

**information
= pouvoir**

SIDA, LE GUIDE DES DROITS SOCIAUX

sommaire

- 1.1 éviter une contamination
- 1.2 la découverte de la séropositivité
- 1.3 droits du malade dans le système de soins

la prise en charge médicale

1

- 2.1 union et désunion
- 2.2 les enfants et adolescents séropositifs
- 2.3 le logement
- 2.4 la commission de surendettement
- 2.5 les assurances
- 2.6 la judiciarisation de la transmission du VIH
- 2.7 les voyages

la vie quotidienne

2

- 3.1 l'embauche
- 3.2 l'exécution du contrat de travail
- 3.3 la rupture du contrat de travail

le milieu du travail

3

- 4.1 les malades étrangers en France
- 4.2 les usagers de drogues
- 4.3 les travailleurs et travailleuses du sexe
- 4.4 les transidentités
- 4.5 les personnes incarcérées

les droits des minorités

4

- 5.1 l'accès aux soins
- 5.2 l'accès aux prestations

les droits et prestations sociales

5

- 6.1 qu'est-ce qu'un recours ?
- 6.2 l'aide juridictionnelle
- 6.3 les recours contre l'administration
- 6.4 les recours spécifiques

les recours

6

annexes

adresses utiles • lexique juridique • abréviations • table des matières • • •

avant propos

SIDA, LE GUIDE DES DROITS SOCIAUX s'adresse aux personnes vivant avec le VIH, aux travailleurs sociaux qui sont amenés à les soutenir, aux responsables administratifs ou politiques et à toutes les personnes que le sida, ou la santé en général, intéresse.

Les droits et prestations dont peuvent bénéficier les personnes vivant avec le VIH forment un ensemble très complexe. D'une part, ces droits relèvent tantôt de dispositifs spécifiques pris face à l'urgence de l'épidémie, tantôt du droit commun. D'autre part, les problèmes sociaux qu'une pathologie grave peut poser, relèvent de domaines très divers, régis par autant de textes, législatifs ou réglementaires, et appliqués de façon différente par les administrations compétentes.

De plus, l'information concernant ces droits, quand elle est disponible, reste souvent lacunaire. Les pouvoirs publics ne la diffusent qu'avec parcimonie. Les travailleurs sociaux ont du mal à maîtriser une telle complexité, et par conséquent à informer les personnes de leurs droits.

SIDA, LE GUIDE DES DROITS SOCIAUX est un outil pratique, rendu nécessaire par cette carence d'information. Il est le fruit de l'expertise des militants d'Act Up-Paris. On y trouvera donc non seulement le résumé des textes qui encadrent les prestations, mais aussi un état des lieux de leur application, des diverses pratiques administratives, des dysfonctionnements repérés, des conseils pour les contourner et des combats qu'il reste à mener.

Sept ans après la deuxième édition, une nouvelle version de ce guide était nécessaire. La politique agressive du gouvernement en termes de droits des malades et de droits des minorités a tout changé : instauration du RSA, mise en place de la LSI, du CESEDA, franchises médicales, loi HPST, etc. Nous avons gardé la même organisation thématique que pour celui de 2003 : la personne dans le système de soins, la vie quotidienne, le milieu du travail, les droits et prestations sociales, les situations spécifiques et enfin les possibilités de recours.

Pour utiliser au mieux ce guide, nous vous conseillons de vous référer à la table des matières située à la fin du guide (page 191). Repérez la prestation, le droit ou le problème qui vous intéresse, lisez le passage concerné et consultez les sections mises en référence. La lecture de certains passages est parfois ardue. Ne vous rebutez pas, n'hésitez pas à demander conseil à un travailleur social ou à une association. Information = Pouvoir.

Malgré le soin attentif à la rédaction de ce guide, nous avons pu commettre des erreurs ou des confusions. Merci de nous les signaler. La liste des acronymes utilisées et leur significations se trouvent en page 188. Contrairement à notre habitude nous n'avons pas féminisé les substantifs et les adjectifs, pour des raisons de place et de lisibilité.

Avertissement : le droit est en constante évolution. Au moment où nous imprimons, par exemple, les décrets d'application de la loi HPST ne sont pas encore parus, et ce n'est qu'une parcelle de ce qui pourrait changer. De plus, les montants, plafonds, conditions de ressources étant réévalués une à deux fois par an, nous ne les avons pas indiqués dans ce guide, mais elles sont mises à jour régulièrement sur notre site. Pour vous tenir informé, lisez Action, la lettre mensuelle d'Act Up-Paris et Action=Vie, brochure d'information sociale pour les personnes vivant avec le VIH. Elles sont disponibles sur notre site Internet : www.actupparis.org

la prise en charge médicale

Ce chapitre présente toutes les informations utiles pour que les personnes atteintes par le VIH aient la meilleure prise en charge possible. Trois questions se posent : comment éviter une contamination ? Que faire lorsque l'on découvre sa séropositivité ? Enfin, quels sont les droits des malades dans le système de soins ? Ce chapitre peut être complété par la lecture de « Votre suivi » à la fin de **sida, un glossaire**.

éviter une contamination

En cas d'exposition accidentelle au VIH (sang, sperme), il est possible de prendre en urgence un traitement préventif, appelé Traitement Post Exposition (TPE) qui a pour but d'empêcher la transmission du virus dans le sang.

En aucun cas cette possibilité ne doit vous faire oublier que le préservatif reste le seul moyen fiable de prévention. En effet, le TPE est un traitement lourd dont l'efficacité n'est pas assurée à 100 %. Prendre ce traitement d'urgence peut s'avérer indispensable en cas de prise de risque, mais cela ne peut absolument pas justifier l'abandon ou un relâchement dans la prévention.

Textes de référence :

- circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003/165 du 2 avril 2003
- Rapport Yéni 2006, chapitre 16 page 302.

Pour connaître le service des urgences le plus proche ou un soutien en cas de refus de traitement :

Sida Info Service 0 800 840 800
7j/7, 24h/24

Le traitement d'urgence : pour qui ? Quand ?

Pour qui ?

Toute personne confrontée à un risque de transmission du VIH peut disposer de ce traitement d'urgence, quelle que soit la raison de l'exposition accidentelle au VIH : le personnel soignant n'a pas à faire de distinction et doit délivrer le TPE, lorsque c'est nécessaire, sans aucune discrimination.

De même, le traitement est accessible aux mineurs, il ne nécessite pas d'accord parental préalable. La circulaire encadrant le dispositif impose également l'accès des personnes incarcérées aux services d'urgence pour bénéficier d'un TPE. Ces traitements doivent être systématiquement proposés aux victimes de viol.

Si vous êtes séropositif, le TPE vous concerne aussi. Il permet à votre partenaire de recevoir un traitement pour réduire le risque de transmission du VIH, en cas de rupture de préservatif par exemple. Il est important que vous puissiez l'informer de votre statut sérologique et de l'existence du TPE. Même s'il s'agit d'une rencontre occasionnelle, n'hésitez pas à l'accompagner aux urgences.

Quand prendre le TPE ?

Le traitement doit commencer le plus tôt possible, dans l'idéal avant la 4e heure suivant l'exposition et dans la limite maximum de 48 heures. Vous devez vous rendre immédiatement au service d'urgences hospitalières le plus proche et indiquez clairement les raisons de votre venue afin de ne pas perdre de temps. Le TPE fait partie des urgences prioritaires. Après explication de votre situation au personnel soignant, un bilan sanguin est réalisé. On vous informe ensuite de la stratégie préventive envisagée. Le TPE est un traitement antirétroviral, pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale. Il est d'abord prescrit pour deux ou trois jours, puis réévalué après une nouvelle visite médicale. Il doit ensuite durer 28 jours, avec au moins deux visites de suivi. Ce suivi doit se faire sur une période de trois mois après l'arrêt du traitement. Un test de séropositivité doit être renouvelé quatre mois après l'accident.

Conseils pratiques

- N'attendez pas pour vous rendre aux urgences, même si l'exposition au risque a eu lieu pendant la nuit. La précocité de la mise sous traitement garantit son efficacité.
- Nous recevons régulièrement des témoignages de personnes confrontées à des refus injustes de mise sous traitement. Cela peut tenir au fait que le médecin des urgences connaisse mal le dispositif ou sous-évalue le risque que vous lui avez décrit. Dans la mesure du possible, faites-vous accompagner. Rappelez au personnel l'existence de la circulaire de 2003 et n'hésitez pas à contacter une association de lutte contre le sida ou Sida Info Service si vous vous heurtez à un refus non motivé.
- Si vous avez été exposé au VIH lors d'une relation sexuelle et que votre partenaire est séropositif et sous traitement, demandez-lui de vous indiquer les traitements qu'il a déjà pris. Ces informations peuvent orienter le choix et l'efficacité du traitement qu'on vous donnera : le virus auquel vous avez été exposé est peut-être résistant à certains médicaments.
- Les effets secondaires des traitements peuvent être parfois très difficiles à supporter. Pendant le mois où vous prenez votre TPE, informez-vous auprès des associations de lutte contre le sida et de votre médecin des moyens de gérer au mieux ces contraintes.
- Initialement, la prise en charge du TPE était à 100 % et portait sur l'ensemble des actes. Aujourd'hui, selon les hôpitaux, il est possible que le ticket modérateur des examens et des consultations reste à votre charge. Si vous n'avez pas de mutuelle, vous pouvez prendre contact avec une assistante sociale de l'hôpital pour obtenir l'annulation de ces frais. Si vous êtes mineur et que vous ne souhaitez pas que vos parents soient informés, signalez-le au médecin qui pourra faire prendre en charge par l'hôpital les frais afférents.

la découverte de la séropositivité

12

Choisir son médecin

Le centre de dépistage qui a diagnostiqué votre séropositivité doit vous orienter vers un médecin compétent et, si vous en sentez le besoin, un dispositif de prise en charge psychologique et sociale. Il vous appartiendra de choisir votre suivi, soit à l'hôpital, soit par un médecin dit de ville (par exemple votre généraliste). Néanmoins le recours à un médecin hospitalier est obligatoire dans certaines circonstances : pour la première ordonnance d'antirétroviraux, pour la délivrance de certains médicaments ou encore si vous êtes suivi dans le cadre d'un essai thérapeutique.

Le choix entre l'hôpital et « la ville » peut être parfois difficile, car il existe des arguments en faveur des deux (convivialité, confiance, disponibilité, etc.). Si vous optez pour un suivi en ville, assurez-vous toutefois que votre médecin dispose des compétences nécessaires en matière de VIH et n'hésitez pas à lui poser franchement la question. Au besoin, rencontrez plusieurs médecins (sans pour autant courir après le médecin parfait, qui, par définition, n'existe pas) : l'histoire qui débute avec votre médecin sera en effet très longue. De bonnes relations, notamment de confiance, sont donc nécessaires. Il doit vous laisser la possibilité d'être acteur de votre suivi. Pour cela, il doit vous présenter clairement vos bilans, exposer les enjeux de chaque décision thérapeutique, et écouter vos craintes ou vos réticences à prendre telle ou telle option thérapeutique. Enfin, il arrive qu'au bout d'un certain temps cette relation s'use ou se détériore : n'hésitez pas à changer de médecin si vous estimez que votre suivi médical en pâtit, ou si vous estimez mauvaises les relations que vous entretenez avec lui.

Quel suivi ?

Pour une description des examens indispensables au suivi de l'infection à VIH, n'hésitez pas à demander ou à consulter notre glossaire (SIDA, UN GLOSSAIRE, téléchargeable sur notre site Internet, www.actupparis.org/rubrique81.html ou sur demande).

Quelle couverture sociale ?

Prise en charge à 100 % par les Caisses primaires d'assurance maladie

→ La demande de prise en charge à 100 %

L'infection à VIH est classée parmi les affections longue durée (ALD). Cela ouvre notamment le droit à une prise en charge intégrale des frais médicaux liés à l'infection, notamment une exonération du ticket modérateur. C'est ce qu'on appelle le 100 %. Pour obtenir une couverture à 100 %, c'est à votre médecin traitant de faire les démarches auprès du médecin-conseil de votre centre de Sécurité Sociale. Il envoie une demande, certificat médical à l'appui, auprès de votre caisse. Le médecin-conseil transmet alors à votre médecin traitant un formulaire à remplir : le Protocole de soins (Cerfa 1162603). Ce formulaire en trois volets indique le diagnostic ; la liste des soins et traitements nécessaires au suivi de la maladie ; les praticiens, avec leur spécialité, qui peuvent être consultés en accès direct dans le cadre de la prise en charge de l'ALD. Une fois complété, le formulaire doit être renvoyé au médecin-conseil. Celui-ci indique les pathologies qui, selon lui, doivent être reconnues comme Affections de longue durée (ALD).

Si les deux médecins sont en désaccord sur le diagnostic et/ou le traitement nécessaire, votre demande peut être rejetée. Vous êtes avisé de ce rejet par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Vous avez la possibilité de présenter un recours selon les modalités indiquées (*Voir Chapitre 6 page 160*).

Si votre demande est acceptée, vous recevez une carte d'assuré social ou une attestation de carte vitale mentionnant la prise en charge à 100 %. Cette mention peut parfois être handicapante puisqu'elle signale un problème grave de santé notamment face à un employeur qui peut vous la demander lors d'une embauche. C'est pourquoi, conformément à l'Article R.161-33-4 du Code de la Sécurité Sociale, vous avez la possibilité de demander auprès de votre caisse de Sécurité Sociale une attestation vierge où la mention du 100 % n'apparaît pas. Il faut très souvent insister auprès de votre centre pour l'obtenir. N'hésitez pas à rappeler ces dispositions et demander le soutien d'une association ou d'un travailleur social en cas de difficulté.

→ Situations particulières de prise en charge

Ces développements concernent les personnes ayant leur propre couverture sociale au moment de la découverte de leur séropositivité. Si vous n'avez pas de couverture sociale, plusieurs possibilités existent telles que la Couverture maladie universelle (CMU) (*Voir page 134*) ou l'Aide médicale d'État (AME) si vous êtes un étranger en situation irrégulière (*Voir page 136*).

- Si vous dépendez de la couverture sociale de vos parents (mineur ou majeur), et que vous voulez avoir votre propre couverture (pour des raisons de confidentialité ou d'anonymat), vous pouvez obtenir dans certains cas une couverture distincte.

- Si vous êtes mineur (*Voir page 34*).

- Si vous êtes majeur et que vous dépendez de la couverture maladie d'une personne à qui vous ne souhaitez pas révéler votre séropositivité (parents, concubin, époux), il n'existe pas de solution idéale. Mais les solutions suivantes peuvent vous permettre de garantir un minimum de confidentialité :

- privilégiez l'utilisation de la carte vitale et le téléchargement qui limite les intermédiaires et les documents papier ;

- demandez à la caisse de Sécurité Sociale dont vous dépendez d'envoyer les feuilles de remboursement à votre nom, et non à celui de la personne dont vous dépendez ;

- assurez-vous auprès de cette même caisse, mais aussi des services de trésorerie hospitalière, que les actes médicaux pouvant révéler votre séropositivité sont correctement codés sur les factures ou les feuilles de soins.

- Si le protocole de soins ne peut pas être rempli par votre médecin traitant notamment lorsque le diagnostic d'une affection de longue durée est fait à l'hôpital, parfois dans un contexte d'urgence, il peut être établi par le médecin qui prend en charge votre ALD. Dans ce cas, l'Assurance Maladie peut ouvrir immédiatement les droits. Cette procédure permet d'être immédiatement pris en charge à 100 % au titre de l'affection de longue durée ; vous disposez ensuite de 6 mois pour faire établir le protocole de soins par votre médecin traitant, que vous l'ayez déjà choisi ou non. À l'issue de cette période de 6 mois, si vous n'êtes toujours pas en mesure d'effectuer ces démarches, il est possible de renouveler cette procédure dérogatoire.

→ Les soins pris en charge par le 100 %

La prise en charge 100 % vous fait bénéficier de la prise en charge à 100 % de vos soins par la Sécurité Sociale ; de la possibilité de percevoir des Indemnités journalières au titre de l’Affection longue durée (ALD) ; de la prise en charge des frais de transport liés aux besoins de votre état de santé ; de certaines prestations liées aux cures thermales ; de certaines dispositions ou prises en charge particulières à votre ou vos pathologies.

Remarque : les délais d’instruction des demandes d’affiliation au 100 % sont souvent très longs et, de fait, mettent en danger la santé des personnes malades. En effet, pendant ce temps-là, des malades ne peuvent plus suivre leur traitement correctement et échappent à un suivi médical pourtant nécessaire. Il est à noter que les franchises médicales ou le forfait à un euro sur les consultations ont remis en cause le 100 % : les personnes les plus malades payent davantage que les personnes en bonne santé.

Les soins non pris en charge par le 100 %

Les soins prodigués pour les infections ou autres maladies considérées comme ne découlant pas du VIH ne sont pas compris dans la prise en charge du 100 %. Vous ne bénéficiez donc pas, pour ces pathologies, de l’exonération du ticket modérateur. Les produits tels que les compléments de vitamines, les oligo-éléments, les acides gras ou les soins dentaires, cardiologiques, la kinésithérapie ou l’ostéopathie, peuvent être sources de charges supplémentaires pour les patients n’ayant pas de couverture sociale complémentaire (mutuelle) : voir la CMU complémentaire (*Voir page 134*) ou les mutuelles (*Voir page 140*).

Remarque : la notion d’infection ou maladie découlant du VIH est interprétée plus ou moins largement, selon le médecin et selon la caisse de Sécurité Sociale. Il en résulte une inégalité possible quant aux frais que doit supporter une personne atteinte par le VIH : si le médecin interprète largement cette notion, les soins seront alors compris dans le 100 % et la personne n’aura pas à engager de frais, sauf éventuelle opposition de la caisse de Sécurité Sociale. Si par contre, le médecin interprète restrictivement cette notion, le patient ne pourra pas bénéficier de l’exonération du ticket modérateur. Faites valoir vos arguments lorsque vous pensez qu’un problème médical n’est que la conséquence du VIH ou du traitement.

Les franchises

Depuis le 1^{er} janvier 2008, la franchise médicale s’applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 euros par an, au total.

Qu’est-ce que la franchise médicale ?

La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d’Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Quels montants ?

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 euros par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple). Tous les médicaments remboursables sont concernés, qu’ils soient allopathiques, homéopathiques ou résultant d’une préparation magistrale.
- 0,50 euros par acte paramédical. Il s’agit de tous les actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues.
- 2 euros par transport sanitaire. La franchise concerne les transports en taxi, en véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance, sauf en cas d’urgence.

La franchise est plafonnée

→ Un plafond annuel : le montant de la franchise est plafonné à 0,50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

→ Un plafond journalier : un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. On ne peut pas déduire : plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Qui est concerné ?

Toutes les personnes sont concernées par la franchise sauf :

→ les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;

→ les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ;

→ les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement).

Les personnes reconnues en affection de longue durée (ALD dont cancers, mucoviscidose, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, sida, etc.) n'en sont pas exonérées. A plus forte raison, elles n'en sont pas les bénéficiaires, contrairement au discours tenu. Les personnes les plus malades sont donc condamnées à payer plus pour leurs soins.

À qui annoncer sa séropositivité ?

C'est vous qui êtes seul maître de cette annonce. En raison du secret médical, personne ne peut vous contraindre à révéler votre statut sérologique et personne ne peut le faire à votre place.

Faut-il révéler votre séropositivité à vos médecins ?

Vous n'êtes pas obligé de révéler votre séropositivité aux médecins qui ne participent pas à la prise en charge du VIH. Mais il est parfois préférable de le faire, notamment pour adapter une prise en charge à votre séropositivité (en particulier pour les problèmes d'interactions médicamenteuses, d'examens médicaux déjà réalisés, etc.). Par contre, informez votre médecin VIH de tout autre problème de santé (diabète, épilepsie, etc.) qui peut interférer avec un traitement antirétroviral. Dans tous les autres cas, l'annonce peut être délicate, voire déconseillée : nous avons eu trop de témoignages de malades racontant que leur chirurgien dentiste, par exemple, refusait de les prendre en charge. C'est une décision qui vous appartient. Si vous faites confiance à votre médecin, dites-le lui. Le plus souvent, cette attitude se révèle positive. Quelle que soit votre décision, vous devez savoir que tout médecin ou professionnel de santé participant à votre prise en charge est tenu au secret médical. Il ne peut parler à personne, pas même à un confrère ou à votre famille, de votre état de santé, à moins que vous ne l'en autorisiez expressément (*Voir page 17*).

Faut-il révéler votre séropositivité à la médecine du travail ?

(*Voir page 68*).

Êtes-vous obligé de révéler votre séropositivité à vos proches ?

Rien ne vous oblige à parler de votre état de santé à vos proches. Il est toutefois indispensable d'avertir les personnes avec qui vous auriez eu des relations sexuelles non protégées afin qu'elles se fassent dépister au plus tôt. Vous n'avez pas à révéler votre statut sérologique à vos futurs partenaires sexuels, mais il est nécessaire, afin d'éviter toute contamination, d'avoir constamment des rapports protégés en utilisant des préservatifs, féminins ou masculins, ainsi que des lubrifiants. Vous pouvez souhaiter communiquer à des proches votre séropositivité pour obtenir d'eux leur soutien. Inversement, vous pouvez craindre des réactions de rejet.

Dans un cas comme dans l'autre, n'oubliez pas que votre médecin peut vous orienter vers un service de consultation psychologique destiné à vous aider. N'hésitez pas non plus à demander conseil auprès des associations de lutte contre le sida.

1.3

droits du malade dans le système de soins

Afin que le malade soit un acteur décisionnel

tout au long des soins, ses droits

s'articulent essentiellement

autour de son information (A),

laquelle bénéficie d'une

protection particulière (B), de son

consentement aux soins ou, le cas

échéant, de son refus de soins (C), du soulagement de

sa douleur et de la possibilité de préparer dignement sa fin de vie (D).

Textes de référence :

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ;

Loi Hôpital Patients Santé & Territoires

(loi HPST, dite « loi Bachelot ») du 21 juillet 2009.

Le droit à l'information et son usage

Droit à l'information du malade

Toute personne a le droit d'être informée de son état de santé.

L'information sur l'état de santé inclut : les investigations, les

traitements ou les actions de prévention proposés ; leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ; les autres solutions possibles ; les conséquences prévisibles en cas de refus ; les risques nouveaux identifiés postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention sauf si la personne soignée n'est pas retrouvée ; dans les établissements et les services de santé publics et privés, les frais occasionnés par les activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge ; auprès des médecins libéraux, avant l'exécution d'un acte, les coûts et les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

→ **Exceptions** : en cas d'urgence ou d'impossibilité d'informer le malade (coma, etc.), le droit à l'information peut être restreint. De la même manière, si vous avez exprimé votre souhait de ne pas être informé sur votre état de santé et hors des cas où des tiers sont exposés à un risque de transmission, le corps médical se doit de respecter votre décision.

- L'information doit être délivrée au cours d'un entretien individuel. Il s'agit de mettre fin à la pratique, malheureusement toujours trop fréquente, des « entretiens » dispensés dans un couloir en présence de personnes non concernées par l'entretien.

- L'information doit être accessible, intelligible et loyale. Elle doit être renouvelée si nécessaire. Donc vous êtes en droit, non seulement de questionner votre médecin si vous ne comprenez pas ce qu'il dit, mais également de lui faire répéter les informations délivrées. Le médecin doit répondre avec tact et de façon adaptée.

Textes de référence :

Articles L. 1111-1 à L. 1111-9 du

Code de Santé Publique (CSP)

- Si vous jugez avoir été mal informé, vous pouvez engager une procédure contre le praticien en cause ou l'établissement de soins dont il dépend. La preuve de l'information est à la charge du médecin et/ou de l'établissement de soins ; elle s'établit par tous moyens. Les indemnisations pour défaut d'information dépendent du lien établi entre le manque d'information et le dommage corporel subi (*voir le Chapitre 6, page 160*).

L'accès à son dossier médical

→ **Principe.** Vous disposez d'un droit d'accès direct à l'ensemble de votre dossier médical. Toutes les informations formalisées et utiles au traitement, notamment « les résultats d'examen, les compte-rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la décision thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

→ Modalités de consultation du dossier médical

- **Qui ?** Vous pouvez faire directement la demande (ou votre représentant légal si vous êtes mineur ou incapable majeur). Vous pouvez également désigner un médecin qui en fera la demande.
- **Comment ?** La demande peut être faite par lettre simple. Mentionnez précisément vos coordonnées. Il est vivement conseillé d'utiliser un recommandé avec accusé de réception qui sera adressé le cas échéant : au directeur de l'établissement de santé où vous avez été soigné, au professionnel de santé qui vous a pris en charge en dehors d'un établissement de santé ou à l'hébergeur des données.
- **Délais.** La communication des informations doit être obtenue dans un délai maximum de huit jours suivant la réception de la demande, après un délai de réflexion minimum de 48 heures. Si les informations datent de plus de cinq ans, le délai est porté à deux mois.
- **Consultation.** La présence d'une tierce personne lors de la consultation du dossier peut vous être recommandée, mais vous avez toujours le droit de refuser. En revanche, dans l'hypothèse d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, la présence d'un médecin de votre choix peut vous être imposée. La consultation sur place du dossier médical est gratuite. Seuls sont à votre charge les coûts de reproduction si vous demandez une copie du dossier. En cas de consultation à distance, les frais de reproduction et d'envoi sont à votre charge.

En cas de refus de communication de votre dossier médical

→ Vous pouvez engager un recours auprès de la Commission d'accès aux données administratives (CADA), compétente pour les établissements publics et privés exerçant dans le cadre du service public hospitalier.

→ Vous pouvez également saisir la Commission de conciliation interne à l'établissement où les soins ont été dispensés pour les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier, puis, en l'absence de solution, à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au Ministère de la Santé. Joignez à votre lettre la copie de votre demande d'accès, le refus de l'hôpital et les renseignements permettant d'identifier votre dossier. La CADA

dispose d'un mois pour émettre un avis et le transmettre à l'hôpital. L'hôpital dispose à son tour d'un mois pour informer la CADA des suites qu'il va donner à son avis.

- En cas de refus persistant, vous pouvez saisir le tribunal administratif deux mois après la saisine de la CADA.
- En cas de contentieux avec un établissement privé ne participant pas au service public hospitalier, il vous appartient de saisir le tribunal de grande instance (voir chapitre 6 page 160).

Le Dossier médical personnalisé (DMP)

Le dossier médical personnalisé (DMP) doit regrouper dans un dossier informatisé l'ensemble des informations sur les soins prodigués. L'objectif du DMP est d'assurer une meilleure coordination des actes de soins, notamment en évitant les actes redondants et les interactions médicamenteuses.

→ **Contenu du DMP.** Le DMP contient l'ensemble des données permettant un suivi des actes et des prestations de soins, c'est-à-dire les éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital, les éléments du compte-rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé, chaque consultation d'un professionnel de santé. Le dossier doit être hébergé chez un hébergeur de données de santé, dans les conditions sécurisées prévues par la loi (Article L. 1111-8 du CSP).

→ **Accès au DMP.** Seul le patient a un accès automatique à son dossier personnel. Vous déterminerez qui peut, en dehors de vous, y accéder. Les services d'urgence auront néanmoins un accès automatique au DMP. En donnant votre carte vitale à votre médecin lors d'une consultation, vous lui permettrez d'accéder momentanément à votre DMP. Progressivement, les pharmaciens auront aussi accès au DMP, pour y inscrire la délivrance médicamenteuse puis pour prévenir certaines interactions médicamenteuses.

L'accès au DMP sera formellement interdit lors de la conclusion d'un contrat ou de son application, y compris pour un contrat relatif à une protection complémentaire santé ou un contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. La médecine du travail n'aura pas accès au DMP ni les forces de police.

Attention ! Vous serez toujours libre de refuser de donner accès à votre dossier. Néanmoins, lorsque le DMP aura été généralisé, le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'Assurance maladie pourra être subordonné à l'autorisation que vous donnerez, à chaque consultation ou hospitalisation, d'accéder à votre dossier et de le compléter. Lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement et à la prise en charge, les professionnels de santé auront l'obligation d'indiquer si vous les avez autorisés à accéder à votre dossier.

Il est certain qu'avec un outil tel que le DMP une vigilance toute particulière doit être portée au respect scrupuleux du secret médical. Le lancement du DMP en France a été particulièrement retardé, notamment en raison de défaillances dans les systèmes de protection des données.

Le consentement et le refus de soins

Textes de référence :

Article L.1111-4 et L.1110-3 du CSP

Le principe d'un consentement libre et éclairé

Aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne.

→ L'obligation d'information évoquée précédemment doit vous permettre de donner votre consentement libre et éclairé aux soins proposés. Il vous appartient donc de prendre, avec l'aide du médecin, toutes les décisions qui concernent votre santé.

Le consentement doit être libre : qu'il ne doit pas être obtenu sous la contrainte, et renouvelé pour tout acte médical.

Il doit être éclairé : la personne doit avoir été préalablement informée des actes qu'elle va subir, des risques fréquents ou graves normalement prévisibles en l'état des connaissances scientifiques et des conséquences que ceux-ci pourraient entraîner.

C'est pourquoi il est nécessaire d'exiger des informations claires et précises de la part des médecins que vous rencontrez.

Le refus ou l'interruption de soins de la part du malade

Le refus de soins de la part du malade est le corollaire du principe du consentement. Il consiste à refuser (ou à interrompre) des soins, des actes médicaux. C'est votre droit. Les membres du corps médical doivent vous informer des risques que vous encourez.

Si par ce refus ou cette demande d'interruption de traitement vous mettez votre vie en danger, le médecin, tenu par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour vous convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut alors faire appel à un autre membre du corps médical. Dès lors que dans un délai raisonnable (apprécié compte tenu de la situation), vous réitérez votre refus, celui-ci s'impose.

La Charte de la personne hospitalisée précise que le devoir d'assistance du médecin doit l'emporter sur le refus de soins dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, dès lors que le malade n'a pas disposé d'un délai minimum nécessaire pour réitérer, en toute connaissance de cause, sa volonté. S'il outrepassé le refus du malade, le soignant risque des sanctions pénales, civiles et disciplinaires, sauf s'il se trouve dans un des cas dérogatoires suivants : lorsque la sécurité publique est menacée ; lorsque le pronostic vital est en jeu.

Si vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, aucune intervention ne peut être réalisée – sauf urgence et impossibilité – sans que la personne de confiance que vous avez désignée, ou à défaut un proche, ait été consultée.

→ **La personne de confiance.** À l'occasion d'une hospitalisation, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou un médecin traitant. La personne de confiance sera consultée au cas où le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La désignation se fait par écrit et peut être révoquée à tout moment (Article L. 1111-6 CSP).

Le secret médical

Un droit inaliénable

Le secret médical renvoie au principe du respect de la personne et de sa vie privée. Il est également à la base d'une relation de confiance entre le patient et le médecin. Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Il n'y a aucune autre exception que celle prévue par la loi.

Textes de référence :
Article 226-13 du Code Pénal et
Article L. 1110-4 du Code de la
Santé Publique.

Personnes tenues au secret médical

- Tous les professionnels de santé, même les étudiants en médecine dès lors qu'ils concourent à un acte de soins. Les médecins ne sont pas libres de se révéler des informations entre eux sans l'accord du malade. Ils peuvent toutefois, sauf opposition du malade dûment averti, échanger des informations qui lui sont relatives afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque le malade est pris en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations le concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe ;
- Le personnel administratif habilité à traiter des informations à caractère médical, astreint de surcroît au devoir de réserve ;
- Les médecins conseils de la Sécurité Sociale. Leurs relations avec les malades sont différentes, puisqu'ils exercent un contrôle sur les malades prestataires et qu'ils décident du versement de certaines prestations sociales : des infractions au secret médical ont déjà été observées ;
- Les médecins du travail. Après une visite médicale, ils ne peuvent transmettre à votre employeur, qu'un avis sur votre aptitude au travail. En aucun cas, ils ne peuvent transmettre des informations sur vos pathologies ou votre état de santé. Cependant, là encore, des atteintes au secret médical ont déjà été constatées ;
- Les médecins experts des compagnies d'assurances. Malgré des obligations strictes, pesant sur eux, des transgressions du secret médical sont fréquentes (*Voir les assurances page 55*).

Le contenu du secret médical

→ **Principe :** le secret médical porte sur les éléments connus du médecin dans l'exercice de sa profession, mais aussi sur ce qu'il a pu comprendre ou interpréter lors d'une consultation. Mais, même en dehors des pathologies, les médecins sont tenus de respecter l'anonymat et la vie privée de leur patient. Les exceptions au secret médical sont prévues par la loi et strictement encadrées. En aucun cas le malade ne peut totalement délier le médecin du secret médical. Seuls des aménagements sont possibles.

- C'est notamment le cas lorsqu'une personne demande un certificat médical pour en communiquer le contenu à des tiers. Cependant, le médecin est tenu de s'assurer que le malade sait ce qu'il fait et qu'il mesure les conséquences de cet acte.
- Les ayants droit peuvent avoir accès au dossier médical du défunt, donc à toutes les informations médicales le concernant, sauf volonté contraire exprimée par lui avant son décès.

- Pour assurer sa propre défense devant un tribunal, le médecin peut déroger au secret médical, mais dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à sa défense.

La loi impose au médecin de procéder à des déclarations obligatoires (naissance, décès, maladie vénérienne, certificat d'internement pour les malades mentaux, déclarations d'alcoolique dangereux, d'incapables majeurs, certificats pour usage illicite de stupéfiants, certificats prénuptiaux, etc.). Ces données transmises respectent l'anonymat. Dans deux cas seulement l'anonymat est levé et la déclaration est nominative : si des mesures d'urgence doivent être prises par les autorités sanitaires (par exemple, en cas de rage ou de méningite) ; s'il s'agit d'une atteinte sexuelle infligée à un mineur (Article 226-14 du Code Pénal).

Remarque : depuis la mise en place de la Déclaration obligatoire de la séropositivité (DOS), nécessaire pour une meilleure connaissance de l'évolution du VIH en France, le médecin ou le laboratoire d'analyse doit signaler à l'Institut de veille sanitaire (InVS) tout nouveau cas de séropositivité. Cette déclaration respecte l'anonymat.

En cas de violation du secret médical

Diverses sanctions sont prévues :

- des sanctions disciplinaires, prononcées par le Conseil de l'ordre concerné, que vous devez saisir ;
- des sanctions pénales prévues à l'Article 226-13 du Code Pénal (un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende) ;

Vous pouvez également obtenir des dommages et intérêts pour le préjudice subi, en agissant devant la juridiction compétente (*Voir Chapitre 6 les recours page 160*).

Prise en charge de la douleur et fin de vie

La prise en compte de la douleur

Une circulaire de la DGS du 30 juin 1996 autorise la prescription de morphiniques pour le traitement de la douleur en fin de vie. Les établissements de soins doivent se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'ils accueillent. Lors d'une hospitalisation, un livret intitulé « Contrat d'engagement contre la douleur » doit vous être remis. Il engage l'établissement à lutter avec vous contre la douleur, notamment en l'évaluant et en la ciblant. Les antalgiques sont les médicaments classiques contre la douleur. La morphine est l'un des plus puissants. On développe aujourd'hui des méthodes non médicamenteuses de lutte contre la douleur : relaxation, massages, soutien psychologique, etc. Faites état de vos consommations d'opiacés : le cumul d'un traitement morphinique avec une consommation d'héroïne ou de méthadone peut provoquer une overdose ; la prise conjointe de Subutex® et de morphine expose à des réactions très violentes, du type « crise de manque ». Le médecin ne doit pas porter de jugement sur vos pratiques, et il est tenu au secret médical.

→ **Le cannabis thérapeutique.** De nombreux malades fument du cannabis pour se libérer de douleurs ou de nausées, pour retrouver l'appétit, pour se détendre, pour dormir. Le cannabis ne permet pas de soigner ces affections mais de soulager des effets secondaires de la maladie ou des traitements.

Plusieurs pays ont modifié leurs législations qui tolèrent désormais l'utilisation du cannabis à des fins médicales. En France, le cannabis est classé parmi les stupéfiants, c'est donc une substance dont l'emploi, la cession (le don), la possession, la vente et la production sont interdits. La loi du 31 décembre 1970 punit l'usage de cannabis comme la cession ou l'offre en vue d'une consommation personnelle ou le don. L'autoproduction (la culture de plants de cannabis à la maison ou dans votre jardin) est également interdite. Vous pouvez être poursuivi au minimum pour usage ou, si les quantités cultivées paraissent importantes, pour trafic.

Attention ! Les traces de consommation de cannabis peuvent rester dans le sang jusqu'à sept semaines.

L'organisation de la fin de vie

→ **La fin de vie (Article L. 1111-10 CSP)** Le médecin doit respecter la volonté d'une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable de limiter ou d'arrêter tout traitement après l'avoir informé des conséquences de son choix. Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la prorogation artificielle de la vie, ce après avoir respecté une procédure précise.

→ **Les directives anticipées (Article L. 1111-11 CSP)** Toute personne peut rédiger des directives anticipées qui indiquent les souhaits relatifs à la fin de vie (limitation ou arrêt des traitements). Valables trois ans, elles doivent être formulées dans un document écrit, daté et signé par leur auteur. Ce dernier s'identifie également par son nom, son prénom, ainsi que sa date et son lieu de naissance. Elles peuvent être renouvelées, modifiées ou révoquées à l'issue des trois ans. Les documents peuvent être conservés par leur auteur mais aussi par le médecin qu'il aura choisi ou par un proche. Dans tous les cas, l'existence de ces directives doit être mentionnée dans votre dossier médical.

Loi HPST

Attention ! A l'heure où nous écrivons ce guide, seuls quelques décrets sont parus, d'autres sont en concertation.

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (loi HPST, dite « loi Bachelot ») a été éternisée le 21 juillet 2009. Inspirée du rapport Larcher, ces grands axes sont : la réorganisation territoriale de l'offre de soins via des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), des incitations pour les cliniques privées à participer aux missions de service public (notamment la permanence des soins) et une modification de la gouvernance qui sera désormais exercée par un directeur d'hôpital.

Selon ses partisans, la loi HPST entend lutter contre l'inégalité dans l'accès aux soins, notamment en repeuplant les déserts médicaux.

En tant qu'association de malades, nous déplorons depuis ses prémices l'esprit de cette loi, sa logique comptable qui pousse à considérer certaines maladies, dont le VIH, comme non-rentables, ses objectifs de « maîtrise des coûts » qui vont inévitablement se traduire par des suppressions de postes et ses incitations à recourir au secteur privé pour le plus grand bonheur d'organismes (privés) complémentaires. Nous déplorons également l'absence de contre-pouvoir face aux instances décisionnaires nouvellement créées. Enfin, la loi ne traite pas du renoncement aux soins que favorise l'augmentation globale du reste à charge (augmentation du forfait hospitalier, franchises...).

Les refus de soins et les discriminations

L'Article 54 de la loi traite des refus de soins et complète l'Article L. 1110-3 CSP qui précise désormais que « toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné », et détaille la procédure, cette saisine valant dépôt de plainte. L'Article L. 162-1-14-1 modifié du Code de la Sécurité Sociale (CSS) précise par ailleurs les comportements des professionnels de santé qui peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie : discrimination dans l'accès aux soins ou dans la prévention, dépassements d'honoraires hors-convention...

Consultation de prévention

Les assurés ou ayants droit âgés de 16 à 25 ans peuvent bénéficier chaque année d'une consultation de prévention, réalisée par un médecin généraliste, pour laquelle ils sont dispensés de l'avance des frais (Article 55 de la loi, Article L. 162-1-18 CSS).

Continuité des soins

La continuité des soins aux malades est assurée, quelles que soient les circonstances. Lorsqu'un médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer le confrère auquel les malades pourront s'adresser en son absence et informer le conseil départemental de l'ordre de ses absences programmées dans les conditions et selon les modalités définies par décret (Article L. 6315-1 CSP).

Médecin traitant, exception et majoration de participation

La loi de 2004 sur la réforme de l'Assurance Maladie a instauré l'obligation d'avoir recours à un médecin traitant dans le cadre du « parcours de soins ». Le cas échéant, votre « participation forfaitaire » est majorée. Sont toutefois consultables sans passer par un médecin traitant (« accès spécifique »), la gynécologie médicale et obstétrique, l'ophtalmologie, la psychiatrie (jusqu'à 25 ans), la neuropsychiatrie et les soins dentaires. Dans le cadre de la loi HPST, l'Article L 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale devait être modifié et préciser formellement les spécialistes auxquels vous pouvez vous adresser en accès spécifique afin de pallier l'interprétation très souvent erronée de la Sécurité Sociale.

L'amendement a finalement été rejeté par la Commission Mixte Paritaire, afin de ne pas « désinciter les usagers à respecter le parcours de soins ».

Toutefois, rien ne vous empêche de choisir un spécialiste comme médecin traitant, et d'en changer. (Formulaire CERFA = <http://vosdroits.service-public.fr/R10884.xhtml>)

la vie quotidienne

union et désunion

Le pacte civil de solidarité (PaCS)

Le PaCS a été institué par la loi du 15 novembre 1999. C'est un contrat qui peut être conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune.

Comment contracter un PaCS

→ **Conditions.** Les contractants ne doivent être ni mariés ni déjà pacsés et non liés par des liens familiaux directs. La nationalité ne rentre pas en compte. Les mineurs, même émancipés, ne peuvent se pacser. Le PaCS est impossible entre membres proches d'une même famille (parents/enfants ; belle-mère ou beau-père/gendre ou bru ; frères/sœurs ; oncles ou tantes/neveux ou nièces).

→ **Enregistrement du PaCS.** Le PaCS doit être signé devant le greffier du Tribunal d'instance du lieu de résidence du couple (à l'ambassade ou au consulat de France si vous résidez à l'étranger). Il n'est pas possible de se faire représenter par un tiers.

En cas d'impossibilité de se déplacer pour l'un des deux partenaires (hospitalisation ou immobilisation à domicile sur justificatif médical), des aménagements sont possibles. Il est possible de demander au greffier de se déplacer, mais sans garantie de résultat. Aucun texte officiel ne les y contraint. Les personnes incarcérées se voient souvent refuser la possibilité de se pacser en raison notamment en raison de l'impossibilité de justifier d'un lieu de résidence commune entre les partenaires, y compris lorsque les partenaires sont incarcérés dans le même établissement pénitentiaire

→ **Pièces à fournir.** En plus du contrat de PaCS en double exemplaire, chaque partenaire doit présenter une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport), une copie intégrale de l'acte de naissance, un certificat de non-PaCS et une attestation sur l'honneur fixant la résidence commune. Si vous êtes divorcé ou veuf, vous devez présenter les pièces justifiant de votre situation. Pour les étrangers nés hors de France, il est demandé un certificat de coutume de moins de trois mois, délivré par les autorités consulaires en France, précisant que vous n'êtes pas déjà engagé dans les liens du mariage ou un autre lien.

Attention ! Certaines ambassades refusent de délivrer ce certificat de coutume si elles ont connaissance d'une union d'un couple de même sexe. En principe, elles ne peuvent pas vous le refuser. En cas de problèmes, contactez une association ou un avocat.

Droits et obligations des partenaires pacsés

→ **Effets sur les biens.** Comme pour le mariage, les pacsés se doivent assistance mutuelle et matérielle. Chacun est solidaire des dettes contractées par l'autre pour les dépenses courantes et celles liées au logement et ce, dès la signature du PaCS. Cela ne couvre pas les dépenses excessives.

→ **Successions et fiscalité.** (Voir page 23).

→ **Régime des biens.** Au moment de la signature ou pendant le PaCS, par le biais d'une convention modificative, les conjoints pacsés peuvent avoir le choix entre le régime de séparation des patrimoines et le régime d'indivision.

→ **Imposition commune.** La déclaration commune doit être faite dès la première année du PaCS, que ce soit pour l'impôt sur le revenu comme pour l'impôt sur la fortune. N'hésitez pas, avec l'aide de votre centre des impôts, à faire des simulations de vos impôts avant de vous pacser.

Attention ! La déclaration commune rend les deux partenaires d'un PaCS solidaires du paiement de l'impôt. En cas de défaut de versement, le Trésor public peut demander des comptes sur l'intégralité de la somme à payer aux deux partenaires ou à un seul d'entre eux.

→ **Droit des salariés.** Des entreprises peuvent proposer des prestations pour les couples pacsés, prestations qui ne sont pas nécessairement inscrites dans le Code du Travail. Renseignez-vous auprès d'un syndicat, du directeur des ressources humaines de votre entreprise ou consultez la convention collective. En matière de congés pour événements familiaux, l'Article L. 226.1 du Code du Travail n'accorde de congé aux pacsés qu'en cas de décès du partenaire. En matière de congé d'adoption et de congé parental d'adoption (Article L. 122-26 et L. 122-28-1 du Code du Travail), la loi ne reconnaît aucun droit aux pacsés.

PaCS, Prestations et minima sociaux

→ **Calcul des ressources et montant des minima sociaux.** Le calcul des ressources, nécessaire pour déterminer le montant des diverses allocations, se fait en incluant les revenus des deux partenaires et ce, dès la signature du contrat. Avant de vous pacser, il ne faut donc pas hésiter, si vous bénéficiez de minima sociaux ou d'autres allocations, à faire des calculs fictifs auprès des CAF.

→ **AAH.** Les revenus du partenaire lié par un PaCS sont pris en compte dans la détermination des critères d'attribution. Si vous êtes allocataire handicapé, la signature du PaCS peut entraîner une baisse voire une suppression de l'allocation en fonction des revenus de votre partenaire.

→ **RSA.** Les revenus du partenaire lié par un PaCS sont pris en compte dans la détermination des critères d'attribution. Dans un couple lié par le PaCS, un seul des deux conjoints et non les deux, peut être allocataire au RSA et faire la demande au nom du couple. Le montant du RSA pour le couple sera alors touché par le conjoint en question.

Le RSA est calculé sur la base des ressources du couple pacsé (Voir page 150). L'allocation logement perçue par le couple lié par le PaCS est aussi prise en compte dans le calcul du RSA. Un montant forfaitaire est alors déduit. Vous avez tout intérêt à faire une simulation sur le site du RSA, www.rsa.gouv.fr.

→ **Assurances « accident et décès ».** Il est possible de percevoir le capital décès de la Sécurité Sociale lorsqu'on est pacsé mais il n'existe pas de droit à indemnité en cas d'accident mortel du travail, ni d'accès à la pension de réversion en cas de décès du partenaire.

→ **Pension de réversion.** (Voir la mort page 27)

→ **Couverture sociale.** Le PaCS permet un accès immédiat à l'assurance maladie et maternité pour le partenaire non assuré dès lors qu'il apporte la preuve qu'il est à la charge effective, totale et permanente de l'affilié. La démarche est à faire auprès des caisses de Sécurité Sociale, afin de vous faire inscrire sur la carte vitale de votre partenaire pacsé.

→ **Capital décès.** (Voir page 27)

→ **Droits extra-patrimoniaux.** Depuis 2006, le PaCS modifie l'état civil des partenaires. Il n'est pas possible de prendre le nom de son partenaire. Depuis 2004, la déclaration de PaCS est mentionné sur l'acte de naissance avec l'identité du partenaire.

→ **PaCS avec un partenaire étranger.** Le PaCS n'est pas reconnu par les autres pays membres de l'Union européenne. Ils n'ont donc pas obligation de délivrer un titre de séjour à une personne pacsée à un de leurs ressortissants.

Pour les étrangers hors Union européenne, les circulaires d'application du PaCS, notamment celle du 10 décembre 1999, demandent trois ans de vie commune pour pouvoir bénéficier d'un titre de séjour, délai à mi-chemin entre celui imposé aux concubins ayant des enfants (5 ans) et celui offert aux conjoints (1 an). Le PaCS n'est qu'un élément d'appréciation parmi d'autres pour juger de la réalité de cette vie commune. Le PaCS n'ouvre donc aucun accès automatique à un titre de séjour.

En dépit d'une jurisprudence qui permet d'apprécier les liens personnels que l'on a avec la France à travers ses liens affectifs avec un citoyen français hors du territoire national, la circulaire du 10 décembre 1999 restreint l'attribution d'un titre de séjour aux partenaires étrangers des couples résidant en France. Les visas délivrés aux étrangers pacsés avec un citoyen français et désirant le rejoindre pour vivre ensemble en France sont des visas « long séjour », qui ne donnent pas le droit de travailler. De plus, l'obtention du visa n'est pas garantie automatiquement par la conclusion du PaCS.

→ **Droit au séjour et acquisition de la nationalité française.** Le PaCS n'est pas une assurance de régularisation. C'est simplement un élément intervenant dans l'appréciation faite par le préfet de la vie privée du conjoint étranger. Les couples de même sexe sont quotidiennement menacés de séparation par la reconduite à la frontière d'un des deux. Contrairement aux couples hétérosexuels, les couples de même sexe ne peuvent pas se marier pour régulariser leur union.

Séropositivité, mariage et divorce

Examens prénuptiaux et pré-grossesse

Un test de dépistage du VIH peut être proposé aux femmes au cours des examens prénuptiaux ou au cours d'une grossesse. Ces tests ne sont pas obligatoires mais doivent être systématiquement proposés. Vous avez tout intérêt à accepter ces tests si vous n'êtes pas sûre de votre statut sérologique. Rien ne vous oblige à parler de votre statut sérologique à votre conjoint, mais il est nécessaire, si vous êtes séropositive, d'adopter des pratiques sexuelles sans risque.

Divorce, séparation et situation des enfants

→ **Le VIH peut-il être cause d'un divorce ?** L'infection à VIH ne peut, à elle seule, être une cause recevable de divorce. Mais ses conséquences peuvent constituer une cause légitime de divorce. Le VIH pourrait entraîner une demande de divorce pour impossibilité de procréer sans risque pour le partenaire et l'enfant à naître, rupture éventuelle des liens sexuels ou révélation d'un comportement adultérin ou de l'usage de drogues.

→ **Garde d'enfants et droit de visite.** Comme pour le divorce, la maladie ne peut pas être un motif pour refuser la garde des enfants ou le droit de visite. Néanmoins, les conséquences ou causes du VIH (usage de drogues par exemple) peuvent être prises comme argument pour demander que le parent n'ait plus la garde de ses enfants, voire plus de droit de visite. En cas de conflit, c'est le Juge des affaires familiales tranchera. En principe, il doit préserver les liens entre le parent et l'enfant.

→ **Prévoir l'avenir de son enfant en cas de décès : tuteur et adoption.** Vous pouvez choisir le futur tuteur de votre enfant et le désigner dans un testament ou une déclaration spéciale devant notaire. Il vaut mieux y joindre la lettre d'acceptation du tuteur. Une fois saisi, le juge des tutelles peut s'opposer à votre choix s'il estime que la personne désignée ne présente pas les garanties suffisantes. Sans désignation, ce sera le conseil de famille (constitué par les plus proches parents), nommé par le juge des tutelles, qui choisira le tuteur, souvent parmi les grands-parents. Ne retardez pas ces démarches si vous les estimez importantes pour votre enfant. Il vaut mieux les envisager avant que votre état de santé ne vous empêche de les accomplir.

Vous pouvez, dans certains cas, faire adopter votre enfant. L'adoption simple permet de maintenir les liens entre l'enfant et la famille d'origine alors que l'adoption plénière empêche toute relation avec la famille d'origine. Adressez-vous à la DDASS de votre département pour plus d'informations.

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Depuis l'arrêté ministériel du 10 mai 2001, le recours à l'Assistance médicale à la procréation (AMP) est autorisé pour les couples dont l'un ou les deux membres est atteint par le VIH et/ou les virus des hépatites. Cependant, cette possibilité est soumise à un certain nombre de conditions et ne peut se faire que dans un nombre limité de centres.

→ **Prise en charge des couples dont l'homme est séropositif.** L'objectif de la prise en charge est la réduction maximale du risque de contamination de la partenaire, en « lavant », avant l'Insémination artificielle (IA), la Fécondation in vitro (FIV) ou l'ICSI (injection de sperme à l'intérieur du cytoplasme), le sperme de l'homme séropositif et en effectuant une charge virale séminale pour s'assurer de l'absence de virus dans le sperme. En voici les principales : le couple doit être stable, il doit donner son consentement éclairé (c'est-à-dire après information du risque résiduel). L'homme séropositif doit être suivi régulièrement pour son affection au VIH, il doit avoir des CD4 supérieurs à 200/mm³ à 2 reprises dans les 4 mois précédant la prise en charge et sa charge virale doit être stable.

→ **Prise en charge des couples dont la femme est séropositive.** L'accès à l'AMP est possible soit pour éviter tout risque de contamination, soit pour surmonter un problème de fertilité. L'insémination artificielle peut être proposée pour éviter tout risque de contamination de l'homme, lorsque le couple est fertile et ne souhaite pas ou ne parvient pas à effectuer lui-même une auto-insémination. En cas d'auto-insémination, un conseil médical est souhaitable pour préciser les conditions optimales de réalisation, par exemple pour le choix du moment de l'insémination en fonction du cycle de la femme ou pour éviter l'utilisation de préservatifs enduits de spermicide, donc toxiques pour les spermatozoïdes. L'AMP peut permettre à un couple confronté à une infertilité masculine ou féminine de concevoir un enfant. Les conditions d'accès à l'AMP sont à peu près les mêmes que pour l'homme séropositif (CD4 supérieurs à 200/mm³ à 2 reprises pendant 4 mois, etc.).

→ **Prise en charge des couples dont les deux membres sont séropositifs.** Les couples fertiles peuvent exprimer le souhait de recourir à l'AMP pour ne pas remettre en cause une attitude de prévention systématique. Vous devez vous adresser aux centres spécialisés pour cette prise en charge. Vous pouvez aussi bénéficier d'AMP en cas d'infertilité. Les critères exigés et les techniques utilisées sont les mêmes que ceux décrits précédemment. Les listes d'attente sont parfois longues puisqu'en France, seule une dizaine de centres est habilitée aujourd'hui à proposer cette prise en charge. Pour connaître les coordonnées des centres ou pour plus de renseignements, n'hésitez pas à nous contacter.

Voir le compte-rendu de la RéPI AMP : www.actupparis.org/IMG/pdf/CR_Repi_AMP.pdf

Ne pas avoir d'enfant

Seules les femmes décident si elles veulent ou ne veulent pas avoir d'enfant. Il n'y a besoin d'aucune autorisation (maritale, parentale, d'un médecin).

→ **Contraception.** Seul le préservatif (masculin et féminin), utilisé avec du gel à base d'eau, est une méthode contraceptive qui assure une protection contre le VIH et les IST. Différentes méthodes contraceptives existent. La plupart sont prises en charge par la Sécurité Sociale à 65 % (la différence est assurée par certaines mutuelles) et à 100 % pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire et l'AME. Les mineures (avec ou sans accord parental) et les non-assurées sociales (françaises ou non) peuvent obtenir gratuitement et anonymement une contraception dans un planning familial. La méthode est choisie en fonction de plusieurs facteurs (mode de vie, âge, contre-indications, préférence personnelle, économique, etc.). Pour les contraceptifs hormonaux, des interactions existent avec certains antirétroviraux (antiprotéases IP et analogues non nucléosidiques INNTI). Le choix de la pilule doit être fait en relation avec les traitements suivis et différents marqueurs biologiques. Privilégiez les pilules œstroprogestatives. L'efficacité des pilules progestatives pures contenant du lévonorgestrel peut être diminuée en cas de prise simultanée d'efavirenz ou de névirapine. Un autre moyen de contraception en dehors du préservatif est la stérilisation : vasectomie pour les hommes ou ligature des trompes pour les femmes. La stérilisation à visée contraceptive est autorisée en France depuis 2001 (Attention ! les majeurs sous tutelles ont un statut particulier).

→ **Contraception d'urgence.** Suite à un rapport non ou mal protégé, vous pouvez avoir accès à des méthodes de contraception de rattrapage. La contraception hormonale d'urgence, dite « pilule du lendemain » doit être prise le plus tôt possible après le rapport, et au plus tard dans les 72 heures.

Attention ! n'oubliez pas l'existence du Traitement Post Exposition pour éviter une infection à VIH (Voir page 7).

→ **Interruption volontaire de grossesse (IVG).** En France l'IVG est autorisée jusqu'à 12 semaines de grossesse, c'est-à-dire 14 semaines depuis les dernières règles (Si vous dépassez ce délai, vous avez la possibilité de vous rendre dans un pays où le délai est plus long, il n'y a alors pas de prise en charge par la Sécurité Sociale). La séropositivité au VIH ne peut pas être un obstacle à son accès, ni modifier le choix de la méthode d'interruption. Deux méthodes existent : la technique instrumentale par aspiration, et la technique médicamenteuse. La seconde est réservée aux femmes dont la grossesse est inférieure aux 5 semaines (7 semaines après les dernières règles).

Si vous apprenez que vous êtes enceinte et que vous voulez avorter, vous devez réagir rapidement. Prenez rendez-vous dans un établissement agréé ou avec un médecin de votre choix (comme votre gynécologue). Après 7 jours de délai (ramenés à 2 jours en cas d'urgence), dit « de réflexion », obligatoire, vous aurez un deuxième rendez-vous au cours duquel sera fixé le rendez-vous pour l'IVG en elle-même. Pour les mineures, une consultation sociale est prévue (obligatoire) pendant la semaine de réflexion (et au moins 48 heures avant l'IVG).

La Sécurité Sociale prend en charge 80 % des frais (la différence est assurée par certaines mutuelles) et 100 % pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire et l'AME. Les mineures (avec ou sans accord parental) et les non-assurées sociales (françaises ou non) sont prises en charge à 100 %. Un système d'anonymisation de l'acte a été mis en place par les hôpitaux : ni l'acte ni le remboursement n'apparaissent sur le décompte de la Sécurité Sociale.

→ **Accouchement sous X.** Un dernier moyen est d'accoucher sous X. Renseignez-vous auprès des services concernés de la maternité qui vous suit ou des associations spécialisées (Planning familial notamment).

Pour vous renseigner, vous pouvez appeler le N° Vert Écoute Sexualité
Contraception Avortement : 0 800 803 803 (Nord de la France) ou
0 800 105 105 (Sud de la France), ou consultez le guide du Ministère de la
Santé : www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/sommaire.htm.
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/ivg/majeure.pdf

La mort

Préparer sa mort - écrire son testament, préparer une donation, mais aussi réserver une place dans un cimetière ou rédiger ses dernières volontés - n'est pas quelque chose que l'on fait forcément de gaieté de cœur. Mais c'est un sujet essentiel qui mérite qu'on s'en préoccupe en amont si on tient à soulager ses proches après son décès.

Comment préparer l'avenir de mes proches ?

Rappel : à chaque fois que le notaire est requis pour une rédaction quelconque, cela engendre des frais.

→ **Comment rédiger mon testament ?** Pour rédiger un testament valable, vous devez être majeur, ne pas être sous tutelle, être reconnu sain d'esprit, c'est-à-dire que votre conscience n'est pas altérée. Deux personnes, même mariées ou pacsées, ne peuvent faire un testament commun. Si vous êtes condamné à perpétuité, il vous faut faire une demande d'autorisation préalable pour que votre testament soit valide. Votre testament peut être rédigé devant un notaire, ce qui engendre des frais, mais peut éviter des problèmes d'interprétation à son ouverture. Il peut aussi être rédigé sur papier libre, avec ou sans témoin. Il est conseillé de le mettre en lieu sûr, chez un notaire ou dans un coffre de banque par exemple. En cas de modification, il vaut mieux le réécrire intégralement et détruire le précédent pour éviter toute ambiguïté ou litige.

→ **Qui héritera si je ne fais pas de testament ?** Sans testament, vos biens seront répartis entre vos héritiers qui se répartissent entre plusieurs ordres : d'abord vos enfants, ou s'ils sont morts, vos petits-enfants, puis vos parents, frères et sœurs, et leurs descendants ; puis les grands-parents ; puis les cousins, tantes, etc. L'absence de testament met un époux dans une situation délicate, notamment s'il y a des héritiers, puisqu'il ne pourra bénéficier que d'une partie des biens en usufruit, à moins qu'il ne se lance dans des démarches pour en obtenir plus. Le PaCS ne permet pas d'hériter automatiquement : si son nom n'est pas sur votre testament, votre conjoint pacsé aura simplement le droit de jouissance temporaire (un an) sur l'habitation dont vous étiez propriétaire.

→ **Qui puis-je faire bénéficiaire de mon testament ?** Une part de vos biens (la réserve) est attribuée automatiquement à vos héritiers. Elle correspond à la moitié de vos biens si vous laissez un enfant, les deux tiers si vous en laissez deux, les trois quarts si vous en laissez trois ou plus. Si vous n'avez pas d'enfant, la réserve est ensuite affectée aux héritiers suivants. Vous pouvez répartir la part restante qu'on appelle quotité disponible. N'oubliez pas que, sans testament à son nom, votre conjoint pacsé ou votre concubin ne pourra pas prétendre à l'héritage. Le testament peut aller au-delà de la répartition des biens matériels. Vous pouvez aussi y noter vos dernières volontés, ce que vous souhaitez qu'il adienne de votre corps ou de vos cendres, etc.

→ **Et si je veux répartir mes biens de mon vivant ?** Une autre façon de préparer sa succession est de faire une donation de son vivant aux personnes de son entourage. Comme pour le testament, vous ne disposez que d'une quotité limitée si vous donnez à d'autres personnes que vos descendants et ascendants. Cette quotité est la même que dans le cas du testament. Il existe plusieurs formes de donation, devant notaire ou non. La donation-partage et la donation au dernier vivant sont des donations spécifiques qui doivent se faire devant notaire et sont fiscalement très intéressantes. A votre mort, les donations sont prises en compte dans le calcul des droits de succession.

→ **Comment améliorer la sécurité financière de mon entourage avec des contrats d'assurance-vie ou de prévoyance ?** Même si le fait d'être atteint par le VIH est dans la grande majorité des cas un frein à l'accès aux contrats d'assurance-vie ou autres systèmes de capital versés au décès d'une personne, ce frein n'est pas absolu : certains contrats, notamment par l'intermédiaire de l'employeur, ne sont pas conditionnés à un questionnaire médical. Lorsque c'est le cas, vous pouvez donc indiquer comme bénéficiaire de ces contrats la ou les personnes de votre choix.

Comment préparer une fin de vie digne et de qualité ?

→ **Où avoir accès à des soins de fin de vie de qualité ?** La prise en charge médicale de la fin de vie est spécifique et implique de penser à de nombreux facteurs : éviter de tout médicaliser et de multiplier les interventions thérapeutiques, tout en soulageant la douleur du malade ; tenter d'échapper à l'acharnement thérapeutique sauf si celui-ci est la volonté de la personne ; pouvoir parler de l'euthanasie et la pratiquer alors qu'elle est interdite en France ; laisser le malade dans le cadre de vie qu'il désire ; respecter la volonté des proches. Tous ces paramètres doivent entrer en ligne de compte afin de proposer les meilleurs soins de fin de vie possibles. Parfois cet accès se passe mal, par manque de place dans des établissements de soins palliatifs compétents et agréables, par manque de personnel, par blocage de la famille. Quelques structures existent comme : la Maison de Gardanne, la Maison sur Seine, etc.

→ **Salarié dans le privé, comment me rendre disponible pour soutenir un proche en fin de vie ?** Vous pouvez prendre des congés de solidarité familiale. Les bénéficiaires en sont les salariés ayant un ascendant, un descendant ou une personne vivant sous leur toit qui souffrent d'une pathologie engageant leur pronostic vital. Vous devez faire la demande auprès de votre employeur 15 jours avant le début du congé, par lettre recommandée avec accusé de réception, ou remise en main propre contre récépissé. Vous devez joindre à ce courrier un certificat médical indiquant que la personne que vous accompagnez a bien son pronostic vital engagé. En cas d'urgence, qui doit être motivée par le médecin, le congé peut démarrer dès la réception de la demande, et non 15 jours après. Le congé dure trois mois, renouvelable une fois. En cas du décès de la personne, le congé se terminera automatiquement trois jours ouvrés après la mort. Le renouvellement doit être demandé à l'employeur avec lettre recommandée 15 jours avant la fin de la première période. Vous pouvez à tout moment suspendre ce congé à la condition d'avertir votre employeur trois jours ouvrés auparavant. Ce congé ne peut vous être refusé. Pendant cette période, vous ne pouvez pas exercer d'activité professionnelle, sauf s'il s'agit d'un temps partiel et sous réserve de l'accord de votre employeur. Vous ne recevez pas votre salaire mais des indemnités versées par la Sécurité Sociale. Ces congés sont comptés comme temps de travail dans le calcul de votre ancienneté.

→ **Fonctionnaire, comment me rendre disponible pour soutenir un proche en fin de vie ?**

Pour les fonctionnaires, il existe un autre dispositif, le congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. La procédure est identique à celle des congés de solidarité familiale dans le secteur privé : demande 15 jours avant avec certificat médical, possibilité d'un congé en urgence sur justificatif du médecin. La période de congé compte pour votre ancienneté et le calcul de la retraite. Les fonctionnaires stagiaires devront prolonger le stage d'autant de jours qu'ils ont bénéficié de ce congé. La durée est de trois mois, non renouvelable et ne peut être prise sur la période de congé annuel. Le congé se termine trois jours après le décès de la personne, ou à votre demande. A la fin de ce congé, vous devez réintégrer votre emploi.

Quelles démarches devez-vous faire après le décès d'un proche ?

Rappel : toutes ces démarches peuvent être facilitées par un service de Pompes Funèbres.

→ **Comment déclarer le décès ?** La déclaration de décès est obligatoire et doit être faite 24 heures après que la mort a été constatée. Vous devez déclarer le décès à la mairie du lieu où la mort est survenue. Pour cela, il faut se munir d'une pièce d'identité, d'un justificatif de l'identité du défunt (carte d'identité, livret de famille, extrait d'acte de naissance) et du certificat de décès signé par le médecin qui a constaté la mort. Ces démarches sont prises en charge par les services hospitaliers si le décès a eu lieu à l'hôpital, ou par une entreprise de Pompes Funèbres, si vous y avez recours.

La réglementation sur les soins pratiqués aux personnes décédées avec le VIH/sida

L'arrêté du Ministère de la Santé du 20 juillet 1998 fixe dans son Article 2 les maladies qui interdisent des soins funéraires pour conserver les corps. 14 ans après la découverte du VIH et de ses modes de transmission, le secrétaire d'État à la Santé de l'époque intégrait l'infection au virus du sida dans cette liste, au même titre que la rage. Un maire est donc en droit de refuser les soins de conservation du corps d'une personne séropositive. C'est d'autant plus absurde que l'article estime par contre que des autopsies à titre scientifique peuvent être pratiquées.

Dans un avis daté du 12 mars 2009, le CNS estime que cette réglementation « rajoute trouble et complications administratives » en plein deuil d'une famille et « renforce par ailleurs une représentation de l'infection du VIH comme une maladie dangereuse qui nécessite des procédures dérogatoires au droit commun ». Le CNS estime ces procédures injustifiées et demande la suppression de l'Article 2 de cet arrêté, en tant qu'il mentionne le VIH, et conseille une réflexion sur d'autres pathologies mentionnées, comme les hépatites virales. Nous ne pouvons que soutenir une telle demande tant cet article est insultant et obscurantiste.

Que faire ?

En pratique, ce refus n'est heureusement pas systématiquement appliqué. Des cas sont cependant régulièrement rapportés où des maires, parfois des médecins, s'opposent à ces soins ou utilisent le décret de façon abusive.

Il convient donc d'abord de s'assurer du caractère réglementaire de la décision. L'interdiction des soins funéraires ne signifie pas la mise en bière immédiate - précaution rendue obligatoire dans le cas de l'Article 1 du décret qui concerne des maladies comme la peste ou le choléra, mais pas le VIH. Le décret n'autorise pas non plus le médecin concerné à s'opposer au transport du corps avant la mise en bière - seules les maladies de l'Article 1 le lui permettent. Si vous vous retrouvez face à des décisions abusives, il vous faut donc confronter les responsables au texte même du décret.

Si vous vous retrouvez face à une décision d'interdiction de soins funéraires, au sens strict de l'Article 2, vous pouvez essayer de convaincre le maire responsable de la décision de revenir dessus, en lui soumettant l'avis du CNS (www.cns.sante.fr/spip.php?article292#nh5). N'hésitez pas non plus à demander le soutien des associations, notamment d'Élus Locaux Contre le Sida, dont le rôle est notamment de sensibiliser les élus aux enjeux de la lutte contre le sida, et qui a saisi le CNS et la HALDE sur cette question.

→ **Quelle démarche faire pour inhumer ou incinérer la personne ?** La mairie du lieu où le corps va être enterré doit autoriser l'inhumation. Il faut s'y rendre avec le certificat de décès et le permis d'inhumer délivré par la mairie du lieu du décès, si ce n'est pas la même. L'inhumation ne peut être refusée si la personne était domiciliée dans la commune, si elle y est morte, si elle y avait un caveau de famille ou si elle vivait à l'étranger, mais qu'elle était inscrite sur la liste électorale de cette commune. L'inhumation dans une propriété individuelle doit être autorisée par le préfet. C'est avec la commune que vous devez négocier le type de concession qu'elle va vous accorder pour l'inhumation.

L'autorisation d'incinérer est donnée par le maire de la commune où le décès a eu lieu, sur présentation d'un certificat médical indiquant que la mort ne pose aucun problème médico-légal, ou une autorisation du procureur de la République qui pourra demander une autopsie. Doivent aussi être présentées les dernières volontés écrites du défunt indiquant qu'il veut la crémation, ou, à défaut, la demande expresse d'un proche, sur justification de son identité. Les cendres sont recueillies dans une urne et traitées ensuite selon les dernières volontés de la personne décédée.

→ **Quelles démarches pour une personne morte à l'étranger ?** Lorsque le décès survient à l'étranger, vous devez le déclarer auprès du consulat ou de l'ambassade. Le consulat prend ensuite automatiquement contact avec la famille du défunt pour vérifier qu'il existe une assurance prenant en charge le retour du corps en France également pour savoir si les proches désirent rapatrier le corps ou les cendres. Si c'est le cas, le consulat procède aux formalités réglementaires. S'il n'y a pas d'assurance, les frais de retour du corps ou des cendres, ou ceux découlant d'une inhumation sur place, sont à la charge de la famille.

→ **Comment prendre en charge les frais liés à un décès ?** Si le défunt était salarié et en activité au moment de son décès, s'il était chômeur indemnisé (jusqu'au douzième mois après la fin de son indemnisation), un capital décès peut être touché. Ce n'est pas possible si la personne était retraitée, sauf si sa cessation d'activités datait de moins d'un an. Un capital décès est versé aux personnes qui étaient à sa charge, à défaut, à son conjoint, ses descendants ou ses ascendants (dans cet ordre). Le montant équivaut à 3 mois du dernier salaire dans le secteur privé (avec un plafond défini par la Sécurité Sociale) et à un douzième du salaire annuel pour les fonctionnaires. L'ayant-droit doit faire la demande auprès de la Caisse de la personne décédée, en joignant copie de la carte Vitale, le certificat de décès, les justificatifs d'état civil prouvant la parenté et les bulletins de salaire prouvant la cotisation. Un partenaire pacsé y a droit.

Si le défunt avait souscrit une assurance décès, un capital auprès d'un établissement bancaire qui incluait dans ses produits un capital décès ou une mutuelle qui prévoit le

versement d'une somme destinée à payer les frais d'obsèques, c'est à vous en tant qu'ayant-droit, de faire les démarches pour obtenir ces revenus. Certaines municipalités ou associations peuvent également accorder des aides exceptionnelles, généralement sous conditions de ressources. Contactez la mairie du lieu de résidence du défunt.

Quelle démarche faire vis-à-vis du fisc ?

→ **La déclaration de revenus du défunt.** Si le défunt était célibataire, veuf ou divorcé, vous devez déclarer à son centre des impôts les revenus acquis entre le 1^{er} janvier et la date du décès. S'il était marié ou pacsé, son conjoint doit remplir deux déclarations : dans les 6 mois qui suivent la mort, la déclaration commune des revenus entre le 1^{er} janvier et la date du décès. Puis, à la date officielle de la déclaration de revenus, une déclaration individuelle concernant ses propres revenus depuis le décès jusqu'à la fin de l'année fiscale.

En cas de difficulté de paiement suite au décès d'un conjoint et en cas de rupture des revenus du foyer fiscal il est possible de demander des délais de paiement supplémentaires. Contactez la trésorerie du centre des impôts du défunt dès réception de votre avis d'imposition. En cas de difficultés financières trop importantes, vous pouvez demander une remise gracieuse, partielle ou totale, auprès de votre centre des impôts. Vous devez joindre une lettre expliquant votre situation, la photocopie de votre avis d'imposition et tout ce qui justifie de vos problèmes financiers. En cas de refus, il n'est pas possible de faire de recours, mais vous pouvez renouveler votre demande et faire valoir une aggravation de votre situation financière.

→ **La déclaration de succession.** Tout héritier (ou bénéficiaire d'une donation) doit s'en acquitter et la déposer auprès du Service des impôts et des entreprises (SIE) du domicile du défunt, dans un délai de 6 mois suivant le décès. Ce délai est d'un an si la personne est morte à l'étranger. Des délais spécifiques sont prévus pour les personnes résidant dans les DOM. Sont exonérés de déclaration les héritiers directs, époux et pacsés si l'héritage est inférieur à 50 000 euros, sauf s'ils ont bénéficié auparavant d'une donation.

Les formulaires, à remplir en deux exemplaires et à signer, sont à retirer aux services des impôts et accessibles sur le site www.impots.gouv.fr

La déclaration doit contenir les éléments d'état civil, le contrat de mariage ou le PaCS, l'éventuel testament, les donations accordées par le défunt de son vivant, une estimation de tous ses biens et de ses dettes et une déclaration sur l'honneur attestant de l'exactitude des informations remises.

→ **Quels sont les droits de succession et de donation ?** Ces droits seront calculés sur les actifs nets hérités, après des déductions faites notamment en fonction du lien de parenté des héritiers. Les frais funéraires peuvent être déduits avec un plafond de 1 500 euros. Les conjoints pacsés ou mariés sont exonérés des droits de succession ainsi que les frères et sœurs qui vivaient sous le même toit.

Pour la succession des personnes atteintes par le VIH suite à une transfusion sanguine, pour leur conjoint et leurs enfants éventuellement contaminés, les indemnités versées par le Fonds d'indemnisation, celles qui sont allouées par les tribunaux ou les compagnies d'assurance

sont déductibles de l'actif de la succession. (Article 775 bis du Code Général des Impôts). Pour toute information, contactez un notaire ou la caisse des impôts de votre département.

→ **Quand et comment payer les droits de succession ?** Le paiement est à effectuer au moment de la déclaration au SIE. A certaines conditions (notamment si vous héritez de la nue-propriété d'un bien) et moyennant des intérêts, vous pouvez différer le paiement ou le fractionner. Vous pouvez bénéficier de réductions si vous avez au moins trois enfants à charge.

→ **Le logement.** Si le bail était au nom de votre époux ou de votre partenaire pacsé, il est automatiquement transféré sous votre nom après son décès. Ceci est également vrai, pour les concubins. Si votre pacsé décédé était propriétaire du logement, vous pouvez, en l'absence de testament, conserver la jouissance de la propriété pendant un an.

→ **La pension de réversion.** Au décès d'un actif proche de la retraite ou d'un retraité, son époux peut demander à bénéficier d'une pension de réversion (droits à la retraite du défunt). Cette pension est proportionnelle à la retraite dont bénéficiait ou aurait bénéficié la personne décédée. Elle est attribuée sous certaines conditions qui varient selon les régimes (il existe des régimes propres à certaines professions, tels que les artisans ou les professions libérales, et à certains secteurs d'activité, tels que les fonctionnaires). Pour toute information, renseignez vous auprès de la Caisse d'assurance maladie ou vieillesse auprès de laquelle votre conjoint cotisait.

Ce dispositif ne fonctionne que pour les couples mariés. Les pacsés ne peuvent en bénéficier, ce qui témoigne une fois de plus de l'inégalité de droit et de fait dans laquelle on tient les couples du même sexe, qui n'ont pas accès au mariage. La question est pourtant importante pour les homosexuels qui vieillissent, en couple, avec le sida.

Quelles autres démarches ne pas oublier ?

N'oubliez pas de prévenir rapidement la banque du défunt, mais aussi les prestataires dont la personne décédée était cliente (abonnement téléphonique, journaux, câble, etc.) ainsi que les éventuels établissements de crédit où elle avait un emprunt. Prévenez aussi la caisse d'assurance maladie pour l'obtention éventuelle de remboursement de frais médicaux encore dus, ou le versement d'un capital décès. Éventuellement prévenez aussi la caisse d'allocations familiales dont dépendait la personne décédée. Il faut enfin prendre contact avec l'éventuel notaire pour les questions de succession. Ces démarches doivent être faites dans le mois qui suit le décès.

les enfants et adolescents séropositifs

Les mineurs et l'accès aux soins

A qui demander conseil ?

Sida Info Service offre un service téléphonique d'écoute et de conseils anonyme et gratuit (0 800 840 800). Dans le monde associatif, Sol en Si et Dessine moi un mouton s'adressent spécifiquement aux enfants et adolescents séropositifs, ainsi qu'à leur famille. Localement, vous trouverez des associations qui proposent activités, soutien social ou psychologique, groupe de paroles, pour les enfants et jeunes séropos et leur famille : Envie à Montpellier, GAPS à Bordeaux ou la Maison du Soleil de Aides dans le Gard.

Les recommandations officielles sur la prise en charge des personnes séropositives incitent fortement les médecins à écouter vos problèmes et à vous aider à trouver des solutions, au-delà du seul suivi médical : soutien psychologique, aide pour en parler autour de soi, etc. Les professionnels du service dans lequel vous êtes suivi, notamment les services pédiatriques, doivent donc jouer ce rôle et il ne faut pas hésiter à les solliciter.

Comment me faire dépister sans informer mon entourage ?

Vous pouvez vous faire dépister gratuitement et confidentiellement dans un Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Vous pouvez aussi vous faire dépister par un laboratoire privé avec une ordonnance. Le résultat du test restera confidentiel si vous l'exigez, mais il sera difficile de garder secret sur le dépistage lui-même si les actes d'analyses sont remboursés via la Sécurité Sociale de vos parents.

Ai-je le droit de donner mon avis ? Le médecin doit-il suivre les indications de mes parents ?

La prise en charge médicale par vos parents ne signifie pas que vous n'avez pas un pouvoir de décision. Au contraire, l'Article L. 1111-4 du Code de de Santé Publique indique que « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ». Les professionnels de santé doivent vous permettre de prendre une part active dans les décisions qui concernent votre prise en charge. En cas de désaccord entre vous et vos parents sur la manière de conduire votre suivi médical, le médecin peut outrepasser la

Le Rapport Yéni 2008, chapitre 9, page 188 apporte des éclaircissements importants sur la prise en compte du point de vue des enfants avec une analyse très pragmatique de la loi de 2002.

décision du titulaire de l'autorité parentale et suivre votre avis si cela lui semble indispensable. La médiation des services sociaux sera systématiquement recherchée.

Que faire si j'estime que l'attitude de mes parents est dangereuse pour ma santé ?

Le médecin ou les services sociaux (de l'hôpital ou de votre établissement scolaire) peuvent vous permettre d'améliorer le dialogue avec vos parents sur tous les aspects de votre vie. Ils peuvent aussi alerter la DDASS de votre département, les services de police ou un juge des tutelles s'ils estiment que vous êtes mis en danger par le comportement de vos parents, notamment à l'égard de votre santé. Ce qui conduira à ce qu'on leur retire leur autorité parentale.

Peut-on me refuser des soins ou des vaccins en raison de mon âge et de ma séropositivité ?

Pas plus qu'à un adulte, aucun membre du corps médical (médecin, dentiste, ophtalmologue, gynécologue, kinésithérapeute, etc.) ne peut vous refuser de soins en raison de votre séropositivité, sauf contre-indication médicale. Par exemple, le calendrier vaccinal d'un enfant séronégatif doit être suivi par un enfant séropositif sauf pour le BCG, qui est contre-indiqué. Il en va de même pour tout examen ou soin, qu'il soit ou non directement lié au VIH.

Que faire si je ne veux pas informer mes parents de ma séropositivité ?

Vous avez le droit de ne pas informer vos parents de votre état de santé et d'exiger des médecins qu'ils ne le leur en parlent pas. Le médecin doit d'abord vous encourager à dialoguer

Ce droit est défini par l'Article L.1111-5 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients. Il est aussi réaffirmé par les experts du rapport Yéni 2008 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

avec votre famille, mais si vous maintenez votre

opposition, il ne peut refuser le traitement ou l'intervention. Il vous proposera aussi d'être soutenu par un adulte de votre choix et pourra vous orienter vers une assistante sociale.

Deux difficultés peuvent vous empêcher de faire valoir ce droit : d'une part les réticences du médecin, qui doit, selon la loi, vous convaincre d'informer vos parents avant d'accepter de se passer de leur autorisation ; d'autre part le problème de la prise en charge financière, le remboursement par la Sécurité Sociale de vos soins. En effet, ce sont presque toujours les caisses de Sécurité Sociale des parents qui remboursent les soins des enfants - ce qui signifie que vos parents seront informés de votre état de santé.

Comment payer mes soins ?

Si vous êtes mineur, séropositif et que vos parents connaissent votre état de santé, vous dépendez alors de leur caisse de Sécurité Sociale. Vous êtes pris en charge à 100 % (Voir page 9). Si vous êtes enfant d'étrangers sans-papiers, vous relevez de l'AME (Voir page 136). Si vous ne souhaitez pas que vos parents prennent en charge les soins et les examens, vous pouvez demander à l'hôpital de prendre en charge les frais, notamment par le biais d'un dossier d'AME. Consultez leurs services sociaux pour en voir les modalités.

Vous pouvez aussi chercher à vous émanciper et obtenir la CMU, être ainsi considéré comme une personne majeure. Cette procédure, réservée aux mineurs d'au moins 16 ans, est le plus souvent liée au consentement d'un des deux parents et vous impose de devenir responsable juridiquement et financièrement.

Et si je veux assumer ma vie pleinement avant ma majorité ?

L'émancipation (Article 413-1 et suivant du Code Civil) ne concerne que les mineurs de 16 ans et plus. Émancipé, vous avez pratiquement les mêmes droits qu'une personne majeure et pouvez accomplir presque tous les actes de la vie courante, sauf vous marier sans le consentement de vos parents ou devenir commerçant. Vos parents ont toujours l'obligation de contribuer à votre entretien et votre éducation, mais ne sont plus responsables juridiquement de vous. Vous ne relevez plus de leur autorité parentale, ni de leur Sécurité Sociale.

La demande est à faire auprès du greffe du tribunal d'instance de votre domicile dont dépend le juge des tutelles qui se prononcera sur le dossier. Elle doit venir d'au moins un des deux parents. Le juge des tutelles peut tenter de les convaincre ou réunir le Conseil de famille qui réunit membres de la famille et amis proches sous la présidence du juge des tutelles et qui a pour vocation de s'occuper de vos intérêts. Le Conseil de famille peut alors suggérer l'émancipation (Article 413-4 du Code Civil). La décision du juge des tutelles peut être prise sans qu'il ait discuté avec vous-même si, dans les faits, il vous sollicitera le plus souvent. Sa décision peut être contestée auprès de la Cour d'appel.

Scolarité des enfants et adolescents séropositifs

La scolarité ne peut pas m'être refusée en raison de ma séropositivité

Un enfant ou adolescent atteint par le VIH doit pouvoir suivre une scolarité normale. La séropositivité ne peut en aucun cas être un motif d'exclusion scolaire, ni d'une activité faite dans le cadre scolaire comme un séjour linguistique ou un stage en milieu professionnel. Une circulaire du Ministre de l'Éducation Nationale, datant du 26 septembre 1992, l'affirme sans ambiguïté. Cette règle est régulièrement rappelée dans le Bulletin officiel de l'éducation nationale (BOEN). Par contre, certaines maladies opportunistes peuvent justifier un éloignement de l'école si elles sont contagieuses : c'est le cas de la tuberculose et de certaines méningites.

Aucune orientation ne peut m'être refusée en raison de ma séropositivité

Aucune filière n'est interdite aux séropositifs et personne ne peut exiger de vous un test de dépistage du VIH, ni vous contraindre à déclarer votre statut sérologique tout au long de votre scolarité ou de vos études. C'est tout aussi valable pour les filières sportives, santé ou puériculture que pour l'enseignement ou la chaudronnerie (*Voir le chapitre sur le travail page 67*).

Le personnel de l'Éducation nationale doit me protéger

Le personnel de l'Éducation nationale est tenu de protéger l'élève et de lutter contre les discriminations dont il pourrait être victime en raison de son état de santé - au même titre que des discriminations raciales, sexistes ou homophobes. S'il ne le fait pas, il engage sa responsabilité civile (*Voir page 63*). Ce même personnel est tenu au secret professionnel. Il n'a pas à communiquer à un tiers votre état de santé s'il en a eu connaissance. C'est à vous et à vos parents de décider si vous souhaitez avertir l'administration, l'équipe pédagogique ou encore la médecine scolaire de votre statut sérologique. Si vous craignez une rupture de la confidentialité, vous n'êtes pas obligé de dire les sources du handicap ou d'utiliser un certificat médical descriptif.

Que faire en cas de discriminations ?

Si vous êtes victime de discriminations et d'attitudes stigmatisantes de la part d'autres élèves, vous pouvez en parler à vos parents qui solliciteront la direction et l'équipe enseignante, afin qu'ils mettent en place des mesures pédagogiques et/ou de sanction pour qu'elles cessent. Vous pouvez préférer en parler par vous-même au personnel infirmier, à

l'assistante sociale, à un des professeurs en qui vous avez confiance ou à tout autre adulte de votre choix. Si ces discriminations émanent des adultes eux-mêmes, vous pouvez, avec l'aide de vos parents :

- engager des démarches auprès de la hiérarchie de l'établissement scolaire : direction de l'établissement, inspection académique, rectorat et ministère de l'Éducation nationale.
- solliciter un avis de la HALDE (*Voir page 183*).
- engager une procédure judiciaire en cas d'échec des recours hiérarchiques. Prenez contact avec une association spécialisée pour qu'elle puisse vous conseiller.

La scolarité doit s'adapter à mon état de santé

L'adaptation du parcours scolaire aux handicaps et aux problèmes de santé est toujours insuffisante en France. De plus, l'infection par le VIH entraîne avant tout des handicaps évolutifs (fatigue, neuropathies, diarrhées) et des contraintes (prise de traitements, visites médicales, hospitalisations) auxquels les structures existantes ne sont pas censées répondre. Il s'agit dès lors de trouver des moyens d'adapter votre scolarité à vos problèmes de santé. La règle générale est que c'est à l'institution de s'adapter à votre état, et non l'inverse.

Textes de référence :
Articles D 112-1, D 112 - 2 et R
112-3 du Code de l'Éducation.

Qui contacter ?

Pour toutes les questions administratives (inscription, orientation, conseil de classe) : le responsable de l'établissement ou son secrétariat. Pour les problèmes liés à votre santé et l'adaptation de votre scolarisation : le service médico-social, d'abord le médecin scolaire, puis dans le quotidien, l'infirmière ou l'assistante sociale rattachée à l'établissement. Enfin, le secrétariat de la MDPH (*Voir page 142*) peut aussi vous fournir des informations sur les orientations possibles pour vous si votre handicap s'aggrave, ou sur les prestations auxquelles vos parents peuvent prétendre en tant que responsables d'un enfant handicapé.

J'estime que mon état de santé justifie une adaptation

Dès l'inscription, si vous l'estimez nécessaire, vos parents, avec votre accord, peuvent décrire au médecin scolaire vos difficultés afin qu'il soit procédé aux adaptations nécessaires. Ces adaptations pour les enfants et adolescents séropositifs peuvent prendre un caractère informel, par des directives laissées aux enseignants au coup par coup, sans que ceux-ci soient informés du statut sérologique : aménagement de l'emploi du temps ; suivi de la prise de traitements ; dispense d'EPS ; rattrapage des cours en cas d'absence ; etc. Ces modalités peuvent être systématisées dans le cadre d'un projet d'accueil individualisé (PAI). Mis en place à votre demande, avec l'accord de vos parents, par le service médico-social, il permet de s'assurer que l'équipe éducative prend acte de vos handicaps et met en place les mesures de compensation adéquates. Le PAI est coordonné par le personnel médico-social qui émet des recommandations aux enseignants, mais qui n'a pas à leur parler de votre état de santé.

Mon état de santé nécessite une coordination sur le long terme

En cas de handicaps plus lourds, un projet personnalisé de scolarisation (PPS) peut être mis en place à votre demande, ou sur proposition du médecin scolaire. Une équipe se réunit, au

moins une fois par an, qui inclut professeurs, parents, médecin scolaire, psychologue, travailleur social et des éventuels intervenants extérieurs dans le domaine de la santé. Cette équipe est chargée d'établir un projet qui permette une scolarisation des élèves atteints de pathologies graves ou de handicap lourd. C'est le médecin scolaire qui coordonnera ce projet d'accueil en garantissant la confidentialité de votre état de santé. N'hésitez pas, avec vos parents, à évoquer tout ce qui peut toucher votre scolarité. Pensez par exemple à discuter des problèmes éventuels de prise en charge et de continuité des soins que peuvent poser des activités comme un voyage scolaire ou un stage en entreprise.

A quelle adaptation des examens et des concours ai-je droit ?

Référence : Votre état de santé peut justifier l'aménagement des conditions de concours et d'examens par de l'aide humaine ou matérielle : temps supplémentaire, étalement des épreuves sur plusieurs sessions, dispense ou adaptation de certaines épreuves, conservation de certaines notes d'évaluation pendant plusieurs années dans le cadre de parcours de formation au long cours. La demande doit être faite à la MDPH de votre département qui désignera un médecin agréé. Celui-ci émettra un avis et des propositions d'aménagement que vous soumettrez à l'administration qui organise l'examen ou le concours.

Attention ! Pour les démarches nécessitant de passer une visite médicale auprès d'un spécialiste agréé, les délais sont parfois très longs. Il faut donc s'y prendre des mois à l'avance pour être sûr que vous pourrez bénéficier de ces aménagements.

Que faire en cas d'hospitalisation ?

Des enseignants sont normalement affectés dans chaque hôpital. Vos parents ou vous devez prendre contact avec les services sociaux de l'hôpital qui coordonneront ensuite l'action éducative. En cas de problèmes et de dysfonctionnements, vous pouvez prévenir le médecin scolaire, soit de l'Inspection académique, soit de l'établissement, afin qu'il envisage, dans le cadre du PAI ou du PPS, une solution pour assurer la continuité de votre scolarité.

Que faire en cas d'arrêts maladie ?

Pour un court arrêt maladie, il est sans doute préférable que la continuité de la scolarisation soit coordonnée par les enseignants et assurée par vos camarades qui vous apportent copie des cours et les devoirs à faire. Cette solution est facile - il suffit de prendre contact avec un de vos amis ou le délégué de la classe - et permet de vous maintenir en contact avec vos camarades. En cas de courtes absences fréquentes, n'hésitez pas à parler à vos parents de la mise en place d'un PAI.

Pour des arrêts maladie plus longs, vous pouvez envisager une scolarisation à domicile. Ce dispositif peut aussi s'avérer nécessaire quand vous suivez une scolarité à temps partiel dans le cadre d'un PAI ou d'un PPR. La scolarisation à domicile peut revêtir des formes très différentes d'une académie à l'autre. Là encore, c'est auprès du représentant de la médecine scolaire qu'il faut vous renseigner pour connaître les modalités de chaque dispositif. De nombreuses académies favorisent la scolarisation à domicile par un enseignant que l'élève connaît déjà.

Vous pouvez aussi avoir recours au Centre national d'enseignement à distance (CNED), qui

dispose d'un pôle « handicap ». L'inscription peut s'accompagner d'un soutien à domicile assuré directement par un enseignant du CNED. L'adhésion se fait après avis de l'Inspection d'académie ou de la MDPH. Les renseignements sont à prendre au CNED.

Auxiliaire de vie scolaire

En fonction de votre situation, la MDPH peut décider de vous attribuer un auxiliaire de vie scolaire (AVS). Cette personne doit vous apporter une aide individualisée dans votre vie quotidienne ou dans votre scolarité. Ces auxiliaires, recrutés par les Inspecteurs d'Académie, ont donc de très nombreuses tâches : aide aux devoirs, ou au rattrapage des cours ; suivi lors d'une sortie scolaire ; aide aux déplacements, etc. L'attribution d'un AVS peut se préparer dans le cadre de l'élaboration d'un Programme d'accompagnement individualisé. Renseignez-vous auprès du personnel médico-social de l'école de votre enfant ou auprès de la MDPH.



le logement

Sans logement stable, l'accès aux soins, le suivi médical et social, l'observance deviennent très difficiles à mettre en œuvre ou à maintenir. Pourtant, de plus en plus de personnes atteintes par le VIH et/ou malades vivent dans des logements insalubres ou sont à la rue. Ces situations sont dues au nombre insuffisant d'appartements sociaux, aux dispositifs d'attribution qui ne prennent pas assez en compte le critère du handicap, mais aussi à l'attitude des bailleurs sociaux qui estiment que les personnes touchant une Allocation adulte handicapé (AAH) ou un autre des minima sociaux ne sont pas solvables. C'est pourquoi il est urgent, tant en Ile-de-France que dans les autres régions, de créer de nouvelles places de logements sociaux, mais également de faire respecter les critères d'attribution.

L'accès à un logement ou à un hébergement

Seuls seront abordés ici les logements sociaux de droit commun, les Appartements de coordination thérapeutique (ACT) et les hébergements d'urgence, ainsi que les aides financières possibles.

Quels logements ?

1 Les appartements sociaux de droit commun

→ Pour une inscription à Paris

Si vous habitez Paris, vous devez vous inscrire auprès de la mairie de votre arrondissement de résidence ; si vous n'habitez pas Paris, l'inscription se fait au 6 rue Agrippa d'Aubigné, 75004 Paris.

Lors de votre inscription, vous devez être en possession des photocopies et des originaux des documents suivants : votre carte d'identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité ; votre carte de Sécurité Sociale ou une attestation de Sécurité Sociale ; vos justificatifs des 3 derniers mois de ressources (fiches de paie, avis de versement de retraite, de pension, d'ASSEDIC, de RSA, etc.) ; votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition ; votre bail ou

engagement de location accompagné des 3 dernières quittances de loyer, attestation d'hébergement établie par la personne qui vous héberge, titre de propriété ; votre livret de famille ou fiche familiale d'état-civil ; votre jugement de divorce ou de non-conciliation (instance de divorce) ; vos justificatifs des allocations familiales, de pension alimentaire ; vos certificats de scolarité des enfants à charge. En outre, vous pouvez joindre tout document administratif pouvant apporter des précisions sur votre situation : jugement d'expulsion, lettre de congé, certificat de grossesse.

→ Pour un renouvellement à Paris

Afin de ne pas perdre de temps, il est impératif de vérifier chaque année que votre inscription au fichier des demandeurs de logement est toujours en cours de validité. Toute modification de votre situation (adresse, emploi, etc.) doit être signalée à la mairie de résidence ou rue Agrippa d'Aubigné afin de permettre que le logement que vous obtiendrez corresponde à votre nouvelle situation. Pour cela, veillez à en faire le renouvellement un mois avant son expiration ; profitez-en aussi pour vérifier la mise à jour des données vous concernant (allocations, situations familiales).

→ Pour une inscription hors de Paris

Pour une demande en banlieue ou en province, l'inscription se fait soit auprès de l'office HLM de votre commune, soit auprès de la Préfecture. Vous pouvez faire votre demande aux deux organismes simultanément.

Quels que soient les organismes choisis, il vous faut remplir un dossier, dont la forme peut varier d'un endroit à l'autre, mais qui recense les mêmes informations : état civil, adresse actuelle et antérieure, situation maritale et familiale, nombre d'enfants à charge, type et emplacement du logement désiré, loyer moyen souhaité (déduction faite des aides au logement). Vous pouvez vous faire aider par une assistante sociale de la mairie, de l'Office des HLM ou d'une association d'aide au logement pour remplir votre dossier, notamment afin d'établir un bilan de votre situation sociale qui vous permette de faire valoir le caractère prioritaire de votre demande.

Il est préférable de déposer votre dossier dûment rempli directement auprès de l'organisme. Si vous ne le pouvez pas, envoyez-le en recommandé avec accusé de réception. Vous recevrez un numéro de dossier et une notification de dépôt qu'il faut conserver précieusement. Si vous avez adressé votre demande à plusieurs structures, le numéro de dossier est le même pour tous.

Remarque : selon la loi, le handicap est un des critères prioritaires d'attribution d'un appartement social. Vous pouvez donc joindre à votre dossier, le cas échéant, une copie de votre notification MDPH et de votre carte d'invalidité. Restez néanmoins vigilant quant aux informations à caractère confidentiel et/ou médical que vous seriez amené à faire valoir, présentez plutôt votre carte d'invalidité que des documents faisant état de séropositivité. N'envoyez pas de certificats médicaux à la mairie, au bailleur ; la carte d'invalidité est suffisante pour justifier de votre état de santé. Vous devez joindre à tout courrier le numéro d'inscription de votre demande de logement. Dès l'inscription au fichier central, il est important d'être attentif aux courriers reçus car les bons de visite arrivent peu de temps avant la visite effective, ils ne sont valables que quelques jours, ne ratez pas le coche.

→ La réponse et l'attribution

Votre dossier passera devant une commission d'attribution, composée de divers responsables préfectoraux et municipaux qui sélectionnent les dossiers et les attribuent en fonction du parc locatif disponible. La commission d'attribution examine votre dossier sur différents critères (date d'inscription, ressources, compositions familiales, etc.) en rapport avec le logement proposé. Les délais de réponse varient selon les communes et les départements, mais ils sont souvent très longs. À Paris, ils dépassent fréquemment les 5 ans. Cela est dû essentiellement au nombre de demandeurs (106 000 demandes pour un parc locatif restreint de 5 000 logements) et au faible taux de rotation du parc social qui était de 4,2 % en 2007. Une fois retenu par la commission d'attribution, votre dossier passera devant une 2^e commission, celle du bailleur. Différents problèmes peuvent surgir, comme la non-réactualisation de vos ressources auprès du fichier central, ce qui peut entraîner un mauvais traitement du dossier, le loyer proposé n'étant plus en adéquation avec vos ressources, ou encore un changement dans la composition familiale. Il est important que tous les papiers administratifs aient la même adresse. Faites les changements nécessaires auprès des administrations avant de déposer une demande de logement.

Attention ! Lors de votre inscription au fichier central du demandeur, il est recommandé de cocher tous les arrondissements plutôt que certains pour avoir plus de chance d'obtenir une proposition plus rapidement.

N'omettez pas de signaler tout changement de situation au fichier central des demandeurs. Si votre dossier est accepté, le bailleur vous proposera un rendez-vous et une visite du logement. Si vous acceptez la proposition, vous aurez à signer un bail et vous pourrez emménager dans les délais prévus. Il vous faut alors penser à demander les aides au logement auxquelles vous avez droit, éventuellement avec l'aide d'un travailleur social.

En cas de refus, et pour des raisons d'inadaptabilité, les motifs de ce refus doivent être justifiés et motivés par écrit au réservataire (la mairie ou la préfecture).

Attention ! La visite du logement doit impérativement avoir été effectuée avant de le refuser.

Discriminations au logement.

En cas de refus des bailleurs sociaux, soyez vigilant : beaucoup sont notifiés par une insuffisance des ressources du demandeur, alors que les raisons sont toutes autres. En matière d'attribution de logement social, les discriminations sont nombreuses, fondées sur l'état de santé, l'orientation sexuelle, la couleur de la peau, la nationalité ou encore l'identité de genre. Si vous êtes victime de ce type de discrimination, il est préférable d'intenter une action en justice, d'informer votre mairie ainsi que l'ensemble des travailleurs sociaux et associations qui vous auront aidés. Dans tous les cas, n'hésitez pas à contacter la HALDE.

2 Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Depuis le 1^{er} janvier 2002, les ACT sont ouverts à toutes les pathologies, mais les DDASS (directions départementales de l'action sociale et sanitaire) ne valident souvent que les plus handicapantes (cancer, sclérose en plaque, VIH). Devant le nombre de candidatures, les dossiers médicaux doivent être sérieusement étoffés. Il est conseillé de faire cette demande avec une assistante sociale qui connaît les ACT.

Les ACT sont attribués pour une durée illimitée. Ils s'adressent en priorité aux personnes

précaires dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation mais une prise en charge quotidienne par des équipes spécialisées (assistantes sociales, médecins, infirmiers, psychologues). Ils sont gérés par des associations financées par l'Assurance maladie. La liste de ces associations est disponible dans les DDASS de chaque département, auprès de Sida Info Service ou de la Fédération nationale de l'hébergement-VIH (FNHVIH). La demande est à adresser directement auprès des structures d'ACT.

3 Hébergement d'urgence, résidence sociale, logement transitoire

De l'hôtel social à l'appartement transitoire, un certain nombre de structures proposent des hébergements provisoires ou temporaires aux personnes en situation de grande précarité. Les modalités d'accès varient en fonction des structures, des départements ou des communes, et du statut de la structure d'hébergement (selon qu'elle est spécialisée dans le VIH ou non). Vous pouvez trouver la liste de ces structures auprès de la DDASS, du CCAS de votre mairie ou de Sida Info Service.

Les aides financières possibles

→ **L'Aide personnalisée au logement (APL).** Pour bénéficier de l'APL, vous devez être locataire d'un appartement conventionné, c'est-à-dire ayant fait l'objet d'une convention entre le propriétaire et l'État (ces conventions fixent des contraintes pour le propriétaire qui s'engage à louer sous certaines conditions d'habitabilité et de loyer). Pour savoir si votre logement est conventionné, lisez le bail, ces conditions y sont mentionnées. Le parc locatif de l'Office Parisien des HLM (OPHLM) est soumis à une convention passée entre l'État et l'Office HLM. Cette convention ouvre donc le droit à l'APL. La demande d'allocation est automatiquement effectuée par l'Office HLM auprès de la CAF. L'Office perçoit directement la prestation dès le second mois de la location. Le locataire doit être mis au courant de ces différentes démarches, il reçoit ensuite le relevé des versements effectués par la CAF à l'OPHLM. Il n'y a pas de condition de ressources. Si votre propriétaire est un particulier, vous pourrez choisir avec son accord que l'APL vous soit versée directement.

→ **L'Allocation logement.** Vous pouvez, sous condition de ressources, toucher une Allocation logement. Elle est distincte de l'APL, qui ne concerne que les logements conventionnés. Votre logement doit répondre à certaines normes de confort et à une surface minimum par occupant, différentes selon la localisation ou encore la catégorie du logement. La demande doit être faite auprès de la CAF. Votre dossier comprend votre état civil, une déclaration de ressources (les vôtres et celles de vos colocataires éventuels) et une photocopie du bail. N'oubliez pas de joindre une copie de votre carte d'invalidité, si vous en possédez une ; la mention « station debout pénible » entraîne un abattement de 30 % des ressources prises en compte.

Attention ! Si vous déclarez des revenus inférieurs ou égaux à vos dépenses de loyer, vous risquez un contrôle de la CAF. Les CAF mènent des contrôles pour vérifier que les informations sont exactes : nombre de personnes vivant au foyer, nombre de pièces, liens entre les personnes vivant ensemble. Ces visites doivent vous être annoncées par courrier, mais les CAF ne le font pas toujours. Si elles considèrent que deux personnes forment un

couple (concubinage, PaCS), elles additionnent leurs deux revenus et diminuent les prestations. C'est donc à vous de prouver que votre colocataire et vous ne vivez pas en couple, mais en colocation (bail rédigé aux deux noms, relations amoureuses distinctes, c'est-à-dire deux lits séparés). Cette démarche est délicate et compliquée.

→ **Le Fonds de solidarité logement (FSL).** Le FSL est destiné à toute personne en situation de précarité ayant des problèmes d'accès au logement, de maintien dans son logement ou dont la situation nécessite un logement d'urgence. Il est soumis à des conditions de ressources qui varient selon les départements. Le plus souvent, la demande doit être faite auprès de la CAF. Pour faire une demande de FSL, la situation doit présenter un impayé de 3 mois et le demandeur doit avoir repris le paiement du loyer.

• **FSL d'entrée.** L'aide du FSL pour l'accès au logement (ou FSL d'entrée) doit, en théorie, couvrir le dépôt de garantie et le 1^{er} mois de loyer, mais les délais d'instruction sont tels que le versement intervient souvent six mois après l'entrée dans les lieux. Les frais de déménagement, l'ouverture des compteurs et le mobilier de première nécessité peuvent eux aussi être pris en charge, si aucune autre aide spécifique, notamment municipale, n'a été débloquée. Les délais de versement sont les mêmes, soit six mois.

• **FSL de maintien.** Le FSL de maintien dans les lieux peut prendre en charge 6 mois d'impayés de loyer si la situation administrative du demandeur est bloquée, afin de suspendre une procédure d'expulsion. Mais il faut obtenir l'accord du FSL dès l'arrivée dans les lieux. Ce système est mis en place automatiquement en cas de demande d'un FSL d'entrée. Si cette démarche n'a pas été faite, la couverture des impayés vous sera refusée quand vous en aurez besoin.

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

Remarques :

- Trop souvent les ACT et les logements transitoires servent de caution à la politique globale du logement et pallient les faiblesses du nombre de construction de logements sociaux. Ainsi, beaucoup de malades du sida logent encore dans des ACT alors qu'ils n'ont plus besoin des services spécifiques qui y sont proposés. Ces municipalités doivent augmenter leur parc de logements sociaux afin de libérer les ACT pour les personnes qui en ont réellement besoin.
- Le nombre d'appartements sociaux reste très restreint. Par ailleurs, leur accès est souvent soumis à des conditions de ressources beaucoup trop élevées. De fait, en sont exclus les bénéficiaires de minima sociaux, de pension d'invalidité ou de salaires faibles. Ces appartements doivent prioritairement être ouverts aux personnes les plus précaires.
- Depuis la loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à lutte contre les exclusions, le handicap est considéré comme un critère d'attribution prioritaire. Mais souvent, cela est volontairement ignoré par les services d'attribution qui arguent du respect du secret médical pour ne pas appliquer ce critère. La présentation d'une carte d'invalidité et d'un bilan social pourrait pourtant suffire.
- Dans le cadre d'un paiement en espèces, exigez un reçu lors du versement de la somme en plus de la quittance obligatoire.

Le Droit A un Logement Opposable (DALO)

La loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 a créé un droit au logement opposable. L'Article 300-1 du Code de la Construction et de l'Habitation dispose que « le droit à un logement décent et indépendant, [...], est garanti par l'État à toute personne qui, résidant sur le territoire français de façon régulière et dans des conditions de permanence définies par décret en Conseil d'État, n'est pas en mesure d'y accéder par ses propres moyens ou de s'y maintenir ». Le mécanisme mis en place se distingue par son accès restreint, sa complexité et sa lenteur, pour arriver en définitive à un pouvoir de contrainte limité sur l'État. Ainsi pour faire jouer son droit au logement opposable, chaque demandeur devra répondre à un certain nombre de critères, et devra respecter une procédure ardue, qui n'assure en rien qu'un logement adapté lui sera transmis. Enfin, aussi léger soit-il, ce dispositif ne s'appliquera que progressivement : les recours devant le juge administratif n'ont été possibles qu'à partir du 1^{er} décembre 2008 pour certaines catégories de demandeurs, et pour les autres, le 1^{er} janvier 2012.

1 Qui peut bénéficier du caractère opposable du droit au logement ?

→ **Régularité et permanence du séjour.** Seuls les étrangers « admis à séjourner régulièrement sur le territoire français dans des conditions de permanence » peuvent bénéficier du DALO, et ce, contre l'avis de la HALDE. Cette double condition de régularité et de permanence devrait être précisée par un arrêté qui n'a pas encore été publié. En l'absence de cet arrêté, on peut penser que la nature requise du séjour est identique à celle prévue pour le regroupement familial, c'est-à-dire d'avoir un titre de séjour au moins égal à un an. Mais, lors des débats parlementaires, il a été évoqué que les titres de séjours exigés soient ceux pour lesquels la signature d'un contrat d'accueil et d'intégration est nécessaire : ceci exclurait alors les titres de séjour « étudiant » et les cartes de séjour délivrées pour raison médicale.

→ **Dépôt d'une demande de logement social restée sans réponse adaptée.** Il faut avoir déposé une demande qui soit toujours en attente de réponse et donc annuellement renouvelée. La loi impose explicitement une condition d'absence de « proposition adaptée ». Si vous avez refusé une proposition de logement inadaptée, vous pouvez tout de même vous prévaloir du DALO. Il sera néanmoins nécessaire d'expliquer en quoi elle ne correspondait pas à votre situation. De surcroît, il est nécessaire que la demande soit sans réponse depuis un « délai anormalement long ». Ce délai est fixé par arrêté préfectoral, il diverge d'un département à l'autre. Il varie de 3 mois à 4 ans.

Attention ! pour l'Île-de-France, si vous faites une demande de DALO, sachez que vous pouvez obtenir un logement dans toute la région, de Paris à Meaux. Le dispositif est saturé, les attributions sont faites au compte-goutte.

→ **Conditions relatives au caractère prioritaire de la demande.** La bonne foi est une condition, assez floue, qui est présumée, c'est-à-dire que c'est à l'administration de prouver qu'un demandeur est de mauvaise foi. Deux autres conditions justifient le caractère prioritaire.

→ **Absence d'un logement stable et conforme aux normes de sécurité/salubrité.** La loi envisage quatre situations. Il s'agit des personnes :

- dépourvues de logement : l'hébergé par un tiers est aussi considéré comme « dépourvu de logement », sauf si le tiers a une obligation alimentaire (ascendant, descendant, conjoint) ;
- faisant l'objet d'une décision de justice prononçant l'expulsion de leur logement ;
- hébergées depuis plus de 6 mois dans une structure d'hébergement ou logées temporairement dans un établissement ou un logement de transition depuis plus de 18 mois ;
- logées dans des locaux impropres à l'habitation ou dans une habitation insalubre ou dangereuse. Le fait de pouvoir bénéficier de plein droit d'un relogement peut empêcher de bénéficier du DALO sur ce critère.

→ **Mal-logement alors que la situation exige une certaine qualité de logement.** Il s'agit des demandeurs qui ont au moins un mineur à charge ; qui présentent un handicap ; ou qui ont à charge une personne présentant un handicap.

Concernant le logement occupé à la date de la demande, il s'agit le cas échéant : des logements « manifestement surpeuplés » ; dont la surface habitable est inférieure à 16 m² pour deux, augmentée de 9 m² par personne supplémentaire dans la limite de 70 m² pour huit personnes et plus. Pour les personnes vivant seules, il s'agit de logements ne disposant pas d'une pièce soit d'au moins 9 m² et 2,2 m de hauteur sous plafond soit d'un volume habitable de 20 m³.

- des logements qui présentent au moins un des risques pour la sécurité ou la santé énumérés à l'Article 2 du décret du 30 janvier 2002 (électricité ou gaz hors normes de sécurité, etc.).
- des logements auxquels il manque au moins deux des conditions de confort fixées par l'Article 3 du décret du 30 janvier 2002 (chauffage, cuisine ou coin cuisine, eau potable et évacuation des eaux usées, électricité, salle de bain, WC dans l'appartement ou pour les studio sur le palier, etc.).

2 Comment bénéficier du caractère opposable du droit au logement ?

La procédure se déroule en deux phases après avoir fait une demande de logement préalable, avant d'engager un recours amiable devant une commission de médiation. Il est ensuite possible, sous conditions, de présenter un recours contentieux devant le juge administratif. Chacune de ces étapes constitue un filtre qui vise à écarter le demandeur. Par ailleurs, la mise en œuvre de ce dispositif est progressive.

→ Phase I : recours amiable devant la commission de médiation

Il faut au préalable avoir déposé une demande de logement. Le recours amiable doit être déposé devant la commission de médiation, mise en place par la Préfecture de chaque département.

Comment saisir la commission de médiation ? Elle regroupe des représentants de l'État, des collectivités locales, des organismes bailleurs et d'hébergement ainsi que des représentants d'associations spécialisées. Elle vérifie l'éligibilité des demandes. et sélectionne les demandes « urgentes » qui, seules devraient être transmises au Préfet. Cette

condition d'urgence se cumule aux autres conditions, mais elle n'est précisée par aucun texte. Il est difficile de prévoir comment sera appliquée cette condition.

La commission peut également considérer qu'une situation est prioritaire pour des raisons particulières, même si le demandeur ne remplit pas exactement les conditions fixées.

Pour saisir cette commission, il faut former un recours amiable à partir d'un formulaire disponible auprès des préfectures. Le recours doit décrire tous les éléments de la situation et réunir toutes les pièces justificatives : demande de logement, titre de séjour, justificatif de ressources, attestation d'hébergement, reconnaissance de handicap, rapport social, justificatif du caractère non adapté d'une précédente demande, etc. Si certains éléments ne sont pas demandés dans le formulaire mais peuvent justifier du caractère urgent et prioritaire de la demande de logement, il est conseillé de compléter le recours sur papier libre.

Le soutien d'une association pour la constitution du recours est conseillé, mais seules celles qui sont agréées à cet effet peuvent aller devant la commission. L'agrément de ces associations est départemental, la liste des associations agréées est donc à demander auprès des préfectures.

Délais et réponse de la commission de médiation. Le demandeur reçoit une attestation de dépôt de son recours. Cette attestation est importante car la commission de médiation doit prendre sa décision dans les trois mois suivant sa saisine, dans les départements d'outre-mer, et dans les 6 mois jusqu'au 1^{er} janvier 2011, dans les départements comportant au moins une ou partie d'agglomération de plus de 300 000 habitants. Quelle que soit sa décision, elle doit en informer le demandeur par écrit. Toutes ses décisions doivent être motivées. Si la commission rend une décision favorable, elle doit préciser les caractères que devra avoir le logement pour être adapté à la situation du demandeur. Elle doit informer le Préfet ou son délégué du caractère prioritaire et urgent de la demande de logement et de ses caractéristiques. La commission de médiation peut néanmoins juger qu'une demande d'hébergement ou de logement temporaire est plus adaptée à la situation du demandeur. Les critères qui peuvent motiver une telle décision n'ont pas encore été définis, mais il est imaginable que la stabilité des ressources et de l'autonomie du demandeur soit prise en compte. Enfin, si la commission estime que la demande n'est pas prioritaire et/ou urgente, elle peut néanmoins réorienter le demandeur vers tout organisme qu'elle jugera compétent.

Droit opposable à l'hébergement. La commission peut également être saisie d'une demande d'hébergement par toute personne française ou en séjour régulier et permanent (cette condition étant appréciée de la même manière que pour le droit au logement) et qui a fait une demande auprès d'un organisme d'hébergement restée sans réponse. Pour les demandes d'hébergement, la commission a six semaines pour statuer et le préfet a six semaines pour proposer une place dans une structure d'hébergement adaptée.

Quelles sont les obligations des Préfets ? Une fois informé du caractère prioritaire et urgent d'une demande de logement, le Préfet ou son délégué doit définir un périmètre géographique dans lequel doit être trouvé le logement. Il désigne un bailleur social disposant de logements adaptés au sein de ce périmètre et lui précise un délai maximum dans lequel

il devra attribuer un logement adapté au demandeur. Le Préfet dispose de plusieurs procédures pour forcer un éventuel bailleur récalcitrant. Il peut également louer à un bailleur, public ou privé, social ou très social, un logement sous-loué au demandeur.

Quoi qu'il en soit, un logement doit être attribué dans les trois mois suivant la décision favorable de la commission de médiation, à défaut de quoi il est possible de former un recours devant le juge administratif. Dans les départements d'outre-mer, et jusqu'au 1^{er} janvier 2011, dans les départements comportant au moins une ou partie d'agglomération de plus de 300 000 habitants, ce délai est porté à 6 mois.

Peut-on contester les décisions de la commission de médiation ? Aucun recours spécifique contre les décisions de la commission de médiation n'a été prévu. Mais ces décisions étant des décisions administratives, elles peuvent donner lieu à des recours de droit commun soit devant l'administration (hiérarchique devant le ministère du Logement, ou gracieux devant la commission de Médiation), soit devant le juge administratif.

Trois motifs de contestation peuvent être envisagés : soit le rejet par la commission du caractère urgent et prioritaire de la demande, soit le choix des caractéristiques du logement à proposer, soit la réorientation vers des dispositifs d'hébergement.

Attention ! Si vous souhaitez contester le choix des caractéristiques du logement qui vous est proposé, il paraît nécessaire de former un recours contentieux devant le juge administratif accompagné d'un référé-suspension. En effet, vu les délais d'instruction des juridictions administratives, il est possible que les préfets vous proposent un logement qui ne soit pas adapté avant que ne soit jugé votre recours. Dans un tel cas, en refusant un tel logement, vous risquez de perdre votre possibilité de faire valoir le caractère opposable du droit au logement.

→ Phase II : recours juridictionnel devant le juge administratif

Caractéristiques du recours. Il faut saisir le juge administratif des référés. Pour pouvoir intenter un tel recours, il faut avoir obtenu une décision favorable de la commission de médiation mais ne pas avoir obtenu de logement adapté dans les trois ou six mois qui suivent (*Voir page 39*).

- Sur la forme : le recours doit être adressé en 4 exemplaires au juge des référés du tribunal administratif ; il n'est pas obligatoire d'être assisté d'un avocat, mais il est possible de demander l'aide juridictionnelle pour les personnes à faibles ressources ; le recours doit comporter une copie de la décision de la commission de médiation ; il doit être signé par le demandeur ou son avocat.
- Sur le fond : le recours doit détailler les raisons de droit et de fait qui fondent l'urgence d'une attribution de logement et justifier que le demandeur remplit les conditions générales du droit au logement opposable (demande préalable de logement, condition réglementaire d'accès à un logement social, régularité du séjour).

Quel est le rôle du juge des référés ? Le juge des référés doit vérifier que la demande a bien un caractère prioritaire et urgent et qu'aucune proposition adaptée n'a été faite au demandeur dans les trois mois qui suivent la décision de la commission de médiation. Le juge peut donc être amené à vérifier si un éventuel logement proposé correspond ou non aux besoins et capacités

du demandeur. Le juge peut ordonner au Préfet de loger ou de reloger le demandeur dans un certain délai. Afin de forcer celui-ci à s'exécuter, il peut également prononcer des astreintes (somme que le préfet doit payer pour chacun des jours de retard entre le délai fixé et la proposition de logement). Cette astreinte est prévue au bénéfice d'un fonds d'aménagement urbain institué au profit des communes et des regroupements intercommunaux.

Le juge des référés a deux mois pour statuer. Sa décision est rendue en dernier ressort, c'est-à-dire qu'il est impossible de faire appel, et que la seule voie de recours est la cassation devant le Conseil d'État. À la différence du référé initial, le pourvoi devant le Conseil d'État nécessite un avocat et doit être formé dans les 15 jours qui suivent la décision du juge des référés.

Éviter l'expulsion

Le point de départ de la procédure d'expulsion : l'impayé de loyer

Références : En principe, le point de départ de toute procédure d'expulsion est l'impayé de loyer. Cependant, d'autres raisons peuvent conduire à l'expulsion, notamment lorsque vous ne disposez pas ou plus d'un titre régulier pour occuper l'appartement (fin de bail, sous-location non-autorisée, etc.) ou lorsque vous êtes responsable d'un grave trouble de voisinage. Ici, seules les procédures d'expulsion lancées pour impayé de loyer seront abordées. Mais sachez que dans le cadre d'une expulsion pour vente de bien, vous devez recevoir une lettre six mois avant la date d'expiration du bail, et que vous êtes prioritaire pour l'achat de ce bien pendant les deux premiers mois. Un impayé peut être le résultat de plusieurs causes : une difficulté financière du locataire qui le met dans l'impossibilité de payer, une volonté de ne pas payer son loyer, etc.

Attention ! si votre propriétaire n'effectue pas des réparations que vous avez demandées, cela ne vous donne pas le droit pour autant de cesser de payer le loyer. Pour obtenir l'exécution des travaux de réparation, faites une demande écrite. Si vous n'obtenez pas de réponse, envoyez une lettre recommandée avec accusé de réception. S'il ne répond toujours pas, assignez-le au tribunal. Cette démarche ne nécessite pas l'assistance d'un avocat. Renseignez-vous auprès du greffe du Tribunal du lieu de résidence du bailleur. Continuez de payer votre loyer régulièrement, à défaut de quoi, vous vous exposez à un risque d'expulsion. On considère qu'il y a un impayé de loyer lorsque, dans le secteur privé, vous ne payez pas un loyer, ou lorsque, dans le secteur public, vous ne payez pas trois loyers successifs. De même, d'importants retards systématiques dans le paiement des loyers peuvent être assimilés à un impayé. Dès les premières difficultés financières, réagissez. Contactez le bailleur pour l'informer et négocier éventuellement un échelonnement de la dette avant qu'elle ne s'aggrave. Devant les juridictions, il est important de pouvoir prouver sa bonne foi. Il est donc essentiel de conserver les accusés de réception et autres preuves des propositions que vous avez pu faire à votre bailleur.

S'il est mis fin au bail pour vente ou récupération familiale et que vous n'êtes pas en mesure de racheter ou de déménager, ne quittez pas le logement, continuez à payer le loyer, même si vous êtes sans droits ni titres et engagez toutes les procédures en gardant les preuves que vous avez chercher toute autre possibilité. N'hésitez pas à saisir un avocat, éventuellement en demandant l'aide juridictionnelle et à vous rapprocher de l'assistante sociale de secteur, surtout si vous avez accès à l'aide juridictionnelle.

Le commandement de payer

Le commandement de payer est un acte d'huissier qui vous ordonne de régler les impayés. Ses conséquences varient selon que votre bail comporte une clause résolutoire ou non.

Si le bail ne comporte pas de clause résolutoire ou vous n'avez pas de bail écrit, il n'y a pas de délai impératif pour payer votre loyer, vous pouvez demander des délais pour payer votre dette locative. À défaut de paiement, votre propriétaire peut vous assigner au tribunal pour vous faire condamner à payer la dette, voire à vous faire expulser. Si le bail comporte une clause résolutoire, il est résilié automatiquement en cas de non-paiement ou retard de paiement du loyer : vous disposez de deux mois après le commandement de payer pour payer vos arriérés. À défaut, au bout de ces deux mois, votre propriétaire est en droit de vous assigner devant le tribunal pour faire prononcer votre expulsion.

Dans les deux cas, réagissez : si vous n'avez pas les moyens de payer, contactez une assistante sociale ou une association afin de voir quelles sont les aides exceptionnelles dont vous pourriez bénéficier (FSL, Commission de surendettement, CAF).

Si vous êtes locataire du public, le bailleur social a l'obligation, dès la constitution d'un impayé de loyer, de saisir, dans un délai de trois mois avant l'assignation, la Section départementale des aides publiques au logement (SDAPL) ou la CAF afin de rechercher des solutions d'apurement de votre dette locative ou d'obtenir des aides diverses. Si cette démarche n'est pas menée, le tribunal peut refuser de juger un locataire non-payeur et dans ce cas, l'expulsion ne peut avoir lieu.

Attention ! en cas d'impayés le propriétaire ou son mandataire le signale à la CAF qui arrête le versement des aides au bout de trois mois.

La saisine du tribunal, l'audience et le jugement

→ **La saisine du tribunal.** Le bailleur peut vous assigner devant le tribunal. L'assignation est un acte d'huissier qui informe le locataire qu'une demande d'expulsion a été transmise au tribunal et qui précise à quelle date vous êtes invité à vous y rendre. Conformément à la loi du 29 juillet 1998, un délai de deux mois sépare obligatoirement l'assignation pour résiliation de bail et l'examen de l'affaire par le juge.

Attention ! cette assignation doit vous être remise en main propre. Si vous n'êtes pas présent, elle sera déposée à la mairie sans que vous soyez systématiquement informé. Il vous revient de vous renseigner par vous-même si vous êtes en situation d'impayé depuis plus de 3 mois. Contactez votre mairie pour savoir si une convocation au tribunal a été déposée

contre vous. Une copie de cette assignation doit être adressée au préfet pour toute demande d'expulsion - cette obligation étant étendue à tous les baux d'habitation. Le préfet est alors obligé, dans un délai de deux mois, de demander aux services sociaux de réaliser une enquête sociale (origine de la demande, causes de l'impayé, aides susceptibles d'être mobilisées), réalisée par un travailleur social. Les conclusions sont communiquées au juge.

→ **L'audience.** C'est le moment où le locataire et le bailleur (ou leurs représentants) se présentent au tribunal, devant le juge qui écoutera les arguments du bailleur et du locataire. La présence du locataire est essentielle : elle lui permet de donner des explications, de faire état de ses efforts pour apurer la dette, de proposer un échéancier de règlement de sa dette. Il faut donc absolument vous rendre à cette audience si vous voulez éviter une expulsion.

→ **Le jugement.** Il doit être motivé et écrit. Il est rédigée par le greffier, sur instruction du juge. Ce dernier peut suspendre les effets de la clause résolutoire et accorder au locataire des délais pour s'acquitter de sa dette. La procédure est alors arrêtée et le bail est maintenu. Les délais fixés par le juge sont impératifs et vous devez tout mettre en œuvre pour les respecter, au risque de subir une nouvelle procédure d'expulsion. Il peut également refuser d'accorder des délais, résilier le bail et ordonner l'expulsion.

Le jugement est ensuite signifié au locataire par voie d'huissier. Celui-ci dispose d'un délai d'un mois pour faire appel et contester la décision. Ne laissez pas passer les délais. Tous les documents par voie d'huissier peuvent être déposés à la mairie de votre résidence. C'est à vous de vous tenir informé.

Attention ! En principe, l'appel suspend l'exécution du jugement, sauf si le jugement comporte la mention « exécution provisoire », ce qui signifie que le jugement sera exécuté sans attendre les conclusions de l'appel. Parfois, cela donne lieu à des situations aberrantes : la Cour d'appel vous donne raison et annule l'expulsion, alors que vous avez déjà été expulsé. Dans tous les cas, ne faites appel que si vous avez des raisons valables, sinon, cela peut vous coûter cher (amende, condamnation aux dépens).

Le commandement de quitter les lieux

Lorsque le jugement a prononcé la résiliation du bail et l'expulsion, l'huissier apporte alors au locataire un « commandement de quitter les lieux ». Ce commandement accorde deux mois pour quitter les lieux et saisir le juge de l'exécution, qui est un autre juge dont le rôle est de se prononcer sur d'éventuels délais supplémentaires accordés au locataire. Ce juge peut accorder un délai de grâce, de 3 mois à 3 ans, si les circonstances familiales ou sociales le justifient ou si elles rendent difficiles un relogement. Ce délai doit servir à trouver une solution de relogement. Le juge pourra vous convoquer régulièrement pour faire le point sur votre situation.

À l'issue du délai de deux mois, si la décision de l'expulsion est maintenue, l'huissier se présente au logement pour demander au locataire de quitter celui-ci. Si le locataire s'y oppose ou pose des difficultés, l'huissier dressera un procès-verbal de difficultés. Le bailleur doit alors demander à la Préfecture l'autorisation d'utiliser la force publique pour réaliser l'expulsion.

Attention ! aucune expulsion ne peut intervenir pendant la période de l'hiver légal, c'est-à-dire entre le 1^{er} novembre et le 15 mars, sauf si un relogement décent pour l'occupant et sa famille est proposé, si les locaux, menaçants ruine, font l'objet d'un arrêté de péril, ou si les personnes dont l'expulsion a été ordonnée sont entrées dans les locaux par voie de fait (squatters).

La demande du concours de la force publique

Après que le bailleur a sollicité l'autorisation auprès de la préfecture d'utiliser la force publique, le préfet a un délai de deux mois pour répondre. Comme dans la phase de l'assignation, le préfet doit demander à un travailleur social de secteur une enquête sociale, ainsi qu'un rapport au Commissaire de police du secteur. Ce dernier convoque le locataire pour lui présenter ce qu'est un recours à la force publique. Après l'entretien, le commissaire de police adresse un rapport à la préfecture qui complète l'enquête adressée par le travailleur social. Au vu de ces éléments, le préfet peut, soit refuser le recours à la force publique, et le locataire restera alors dans les lieux, soit accepter le concours des forces de l'ordre.

Dans le cas où le préfet refuserait d'expulser de force un locataire, le bailleur constate que l'État ne respecte pas la loi et se retourne alors contre lui, en demandant des indemnités compensatrices. Dans le cas où il accepterait, le locataire sera expulsé par l'huissier en présence du Commissaire et d'un serrurier. Un procès verbal d'expulsion est alors remis au locataire.

Après l'expulsion

Le locataire dispose d'un délai d'un mois pour récupérer les biens laissés dans le logement. Ils ne peuvent être transportés sans son accord dans un autre lieu. À l'issue de ce délai, le juge de l'exécution, après avoir entendu le locataire et le bailleur, décide du sort des biens restés dans le logement : soit il accorde des délais supplémentaires, soit, sans nouvelle, il constate l'abandon des meubles. Précision importante : le procès verbal d'expulsion doit comporter une liste précise des meubles laissés dans le logement.

De plus, un relogement devra être systématiquement recherché par la Préfecture dans le cadre du Plan départemental d'action pour le logement des défavorisés (PDALD) pour les personnes de bonne foi.

Remarques :

- Lorsque vous ne pouvez pas payer votre loyer, parlez-en à votre bailleur. Votre silence ne permettra pas d'arranger votre situation.
- Contactez une association ou un travailleur social pour vous aider dans vos démarches.
- Gardez toutes les pièces justificatives (quittances, factures, courriers) ainsi que des traces écrites d'éventuels arrangements avec votre bailleur.
- Envoyez tous vos courriers en recommandé avec accusé de réception.

la commission de surendettement

Le but d'un dossier de surendettement, déposé à une commission de la Banque de France, est d'obtenir une aide pour rétablir une situation financière que vous ne pouvez plus gérer et trouver avec vous et vos créanciers une solution adaptée à votre situation actuelle et pour les 10 ans à venir.

Référence : Dossier complet sur le surendettement, sur le site de la Banque de France : www.banque-france.fr/fr/instit/protection_consommateur/surendettement.htm

Loi « Neiertz » du 31 décembre 1989 portant création des commissions de surendettement modifiée par les lois du 08.02.1995, du 29.07.1998 et aout 2003 (« Loi Borloo ») qui a mis en place une procédure de rétablissement personnel, inspirée de la faillite civile, placée sous le contrôle des juges.

Les conditions

- Les emprunts que vous avez faits sont devenus trop importants par rapport à vos ressources ; vous ne pouvez plus rembourser vos mensualités.
- Des événements imprévus (chômage, divorce, maladie, accident, décès dans votre famille, etc.) vous empêchent de payer vos dépenses de la vie courante (loyer, charges, etc.).
- Vous devez pouvoir présenter un justificatif d'identité en cours de validité qui prouve que vous êtes de nationalité française ou que vous résidez en France (titre de séjour en cours de validité).
- Vous devez être « de bonne foi ». La bonne foi est présumée, mais un de vos créanciers peut déclarer le contraire sur les faits suivants : fausses déclarations, don de documents inexacts, détournement ou dissimulation de tout ou partie de ses biens (ou tentative), contraction de nouveaux emprunts sans l'accord du juge.

Les personnes décisionnaires

Dans l'idéal, le but de la commission est d'obtenir un accord à l'amiable entre vous et vos créanciers sur les mesures qu'elle conseille de mettre en œuvre. Par contre, si les créanciers refusent toutes propositions, alors la commission peut imposer certaines décisions, avec ou sans l'aide du juge. C'est ce qu'on appelle les mesures recommandées, ordinaires ou extraordinaires. Les créanciers peuvent faire appel, mais ces mesures peuvent être assorties d'une « force exécutoire » immédiate. C'est souvent le cas pour une liquidation judiciaire notamment avec effacement des dettes.

En cas de saisine du juge, il s'agit du juge d'exécution, appelé le « Jex ». Vous pouvez le saisir vous-même, mais il vaut souvent mieux suivre les conseils de la commission.

Pour toutes les décisions, vous serez consulté et votre avis vous sera demandé par la commission de surendettement et/ou par le juge du Tribunal de Grande Instance. Donc il est capital de rester joignable au moins par écrit (adresse postale impérative), voire par téléphone, tout au long des années de procédure. Il faut se présenter à toutes les convocations sans exception, car la commission ou le juge peuvent clore définitivement votre dossier sans autres formes de procès.

Les solutions proposées

Après vous avoir confirmé que votre dossier relève de la commission de surendettement, celle-ci peut mettre en place une des solutions suivantes :

→ établir un échéancier, pour étaler soit une partie de vos dettes, soit la totalité, tout en vous laissant au moins l'équivalent du montant du RSA-socle comme « reste à vivre ». C'est souvent la première solution proposée,

→ en cas de non solvabilité, le juge peut geler les dettes par un moratoire. Elles ne pourront plus vous être exigées par vos créanciers, sur une période de deux ans maximum. Les moratoires sont utilisés pour un dossier sur cinq environ.

→ en cas de situation « irrémédiablement compromise », ou après avoir échoué dans l'une ou l'autre des solutions précédentes, la commission peut alors saisir le juge pour établir un plan de rétablissement personnel (PRP). Cette mesure est accompagnée d'une inscription au Fichier national des Incidents de remboursement des Crédits aux Particuliers (FICP) pendant huit ans. Depuis 5 ans, les mesures de rétablissement personnel ne sont prononcées que pour moins d'un tiers des dossiers instruits, même si la fréquence de ces mesures a doublé en cinq ans !

→ en cas de « situation désespérée », uniquement avec un plan de rétablissement personnel et en recommandation extraordinaire, le juge peut prononcer une « faillite personnelle », c'est-à-dire l'effacement de toutes vos dettes ainsi qu'une liquidation judiciaire de votre patrimoine personnel, hormis le nécessaire vital. Depuis cinq ans, les faillites personnelles ne sont prononcées que pour un dossier instruit sur trente environ (3,4 %) et la tendance est à la baisse : d'environ 4 % en 2005 jusqu'à 2,38 % en 2009.

Quelle que soit la solution envisagée, elle doit régler votre situation définitivement dans un délai maximal de dix ans suite à la première décision de la commission. En cas d'échéancier par exemple, celui-ci ne pourra être étalé sur plus de dix ans à compter du jugement.

Les risques

Si cette commission peut réellement vous permettre de rattraper une situation désespérée, elle peut aussi, en cas d'abus manifeste de votre part, de fausse déclaration ou de falsification de preuves, vous sanctionner de manière conséquente. Il ne faut jamais oublier que cette commission dépend de la Banque de France, donc qu'elle a les moyens d'accéder à tous les fichiers nécessaires et qu'elle peut exiger de la part de vos créanciers et de toutes les administrations françaises, tous les documents pour recouper les informations que vous aurez déclarées dans votre dossier ou au cours de l'instruction.

Un dossier de surendettement permet d'être aidé, respecté et écouté, et même de pouvoir reprendre le cours d'une vie moins chaotique financièrement.

Les interlocuteurs

Cette démarche peut s'avérer complexe, longue, éprouvante et vous imposer de remuer un passé pas forcément facile ni agréable. Le personnel de ces commissions, à l'accueil de la Banque de France, a l'habitude de recevoir et d'accompagner un public dans des situations

délicates et leurs conseils sont aussi précieux que leur patience. Il y a bien sûr des exceptions. Il est important de savoir qu'un dossier mal constitué dès le départ peut vous entraîner dans des démarches encore plus compliquées. La commission peut même quelquefois, à tort, décider de rejeter votre dossier. Les solutions de recours existent mais elles sont complexes à mettre en œuvre. Depuis 5 ans, c'est un dossier sur six environ (15,8 %) qui est rejeté par la commission en première demande. C'est pourquoi il est utile de se faire assister par une tierce personne ayant de l'expérience pour monter un dossier de surendettement. Il peut s'agir d'une assistante sociale ou d'une association spécialisée, comme le réseau Crésus par exemple (*Voir contacts dans les adresses utiles p171*). N'hésitez pas à demander à vos interlocuteurs quelle est leur expérience d'accompagnement d'un cas de surendettement et s'ils ont déjà obtenu des résultats concrets en assistant des personnes dans votre situation. Toutefois, des personnes autonomes ayant l'habitude des subtilités administratives peuvent quand même arriver à mener à bien leur dossier. Une personne surendettée prise en charge par la commission, après décision acceptée ou imposée aux créanciers, sera considérée en situation de désendettement jusqu'à l'apurement de sa dette. Ceci fut le cas pour environ 700 000 personnes au 1^{er} trimestre 2009.

Surendettement et santé

La survenue d'une maladie, a fortiori d'une maladie invalidante et/ou chronique est un cas de force majeure pouvant aggraver nos capacités à gérer à notre situation financière. Il peut s'agir d'une maladie connue de longue date et qu'on a pourtant bien su gérer jusque-là, ou bien d'un nouvel événement de santé venant compliquer une situation déjà fragile, voire des changements administratifs dont l'impact peut aussi remettre en cause nos capacités de gestion. En 2007, 11 % des dossiers de surendettement instruits concernaient des personnes touchées par la maladie ou victime d'un accident et jusqu'à 20 % pour les PRP. Depuis 2007, le coût des franchises médicales et du reste à charge pour les malades a explosé, pourtant les frais liés à la santé représentent en moyenne 6 % du total des dettes instruites.

Il faut être accompagné et soutenu psychologiquement tout au long de ce parcours social et technique par ses proches mais aussi par son entourage médical. Le médecin traitant doit impérativement être informé de ces démarches qui ont des retentissements psychiques forts. De plus, il pourra fournir un certificat médical pour demander à l'avance, le report d'une date de convocation, sinon le juge pourra clore ce dossier en votre absence !

Pour bon nombre de malades ayant pu bénéficier d'aide concrète avec un dossier de surendettement, une stabilisation financière va souvent de pair avec une meilleure gestion de notre santé et une meilleure appréhension des contraintes liées aux maladies.

les assurances

L'assurance emprunteur

Les principes généraux

Dans la majorité des cas, toute demande de prêt est soumise à l'obtention préalable d'une assurance, que l'on nomme assurance emprunteur. Ce contrat garantit à l'organisme de crédit (banque, grand magasin, concessionnaire automobile) la couverture des échéances du prêt, au cas où le client ne pourrait les rembourser. Les événements (décès, invalidité, chômage) qui peuvent empêcher le paiement des échéances sont appelés des « risques ». Lorsqu'ils se produisent, on dit que « le sinistre s'est réalisé ».

Les assurances évaluent les risques qu'elles prennent à couvrir un emprunt. Le calcul du risque dépend du montant du prêt, de la durée du remboursement, mais aussi de données personnelles sur le client : âge, situation socioprofessionnelle et état de santé. Dans ce contexte, les personnes atteintes de pathologie grave présentent pour les assureurs un risque aggravé, le risque que le sinistre se réalise (décès, invalidité, chômage) étant plus grand que dans la population générale. Pour évaluer ces risques, les assureurs sont autorisés à poser des questions ayant trait à votre santé. Un questionnaire médical est donc inséré dans la plupart des contrats et vous êtes tenu d'y répondre honnêtement. Mais déclarer dans un questionnaire médical sa séropositivité, c'est s'exposer à un refus quasi systématique des assureurs et des organismes de crédit. Ceux-ci échappent en effet à toute loi contre les discriminations et peuvent exclure quelqu'un des services qu'ils proposent, en raison de son état de santé - et ce, quels que soit les progrès thérapeutiques accessibles en France depuis 15 ans.

Dans le cadre d'un emprunt, vous aurez très rarement comme interlocuteur un responsable des assurances. Jusqu'à un certain montant et suivant les contrats, c'est l'organisme de crédit lui-même qui prendra en charge l'assurance du prêt. Au-delà de ce montant, le contrat d'assurance emprunteur fait en général l'objet d'un contrat d'assurance de groupe passé entre l'organisme prêteur et une compagnie d'assurance. Vous n'aurez donc pas, sauf exception, à faire à cette dernière.

Conseil pour la signature du contrat

→ **Choisir sa propre assurance.** Rien ne vous empêche de proposer vous-même une assurance pour couvrir l'emprunt si vous en trouvez une qui accepte les personnes présentant des risques aggravés. Le contrat de groupe qu'un organisme de crédit vous propose n'est en effet pas obligatoire. Trouver sa propre assurance est souvent la seule solution pour accéder à un prêt quand on est atteint de pathologie grave. Si vous disposez d'une vraie mutuelle, fonctionnant sur le principe de solidarité, les prêts ne sont pas forcément soumis au même questionnaire.

→ **Prendre son temps.** Quand vous signez un contrat de prêt, n'oubliez jamais que vous êtes client d'un organisme commercial. Vous disposez ainsi d'un délai de 24 heures après la proposition du contrat pour emporter l'ensemble du dossier chez vous et l'examiner en profondeur. Prenez donc le temps de lire l'ensemble du contrat et posez toutes les questions

que vous jugez nécessaires à votre banquier ou votre interlocuteur. N'hésitez pas à solliciter les associations de consommateurs et de malades, ou encore l'aide de juristes pour répondre aux questions que vous pourriez vous poser. Par ailleurs, vérifiez bien que vous disposez d'un délai d'annulation entre la signature du contrat et l'achat.

→ **Conserver des archives.** Gardez un double du contrat ainsi que les copies des éventuels courriers que vous avez échangés avec votre banquier et votre assureur. Ces éléments sont indispensables en cas de litige et de recours, à l'amiable ou au contentieux.

Faut-il mentir ?

Quels choix ? L'accès à l'assurance est à ce point bloqué pour les personnes séropositives qu'une fausse déclaration concernant son état de santé est très souvent l'unique moyen pour disposer d'un prêt. Mais si vous prenez cette décision, vous devez en mesurer toutes les conséquences. En effet, l'Article 113-8 du Code des Assurances dispose qu'en cas de déclaration intentionnellement fautive, l'assureur peut rompre le contrat. Il ne prendra pas en charge le remboursement du prêt. Vous vous exposez donc, et vous exposez votre entourage (conjoint, enfants) à des dettes immenses, sans parler d'éventuelles poursuites civiles. Mentir au questionnaire de santé, c'est donc courir un risque, à terme, de surendettement et de poursuites, même si les possibilités des assureurs en la matière sont limitées par la loi. Par contre, si vous répondez honnêtement, vous risquez de vous voir tout simplement refuser le prêt ou de payer des surprimes. On le voit, cette alternative rend toute décision très difficile. C'est à vous d'évaluer les risques que vous pouvez prendre.

Remarque : il est de toute façon clair que le mensonge, même s'il est le seul choix dont vous disposez, ne peut pas être une solution générale à un problème de non-droit qui doit être résolu par la loi, et non par le subterfuge.

→ **Des précautions à prendre.** Avant de courir le risque d'une fausse déclaration, vérifiez que vous n'avez pas épuisé les possibilités d'accéder à l'emprunt. Regardez si vous n'entrez pas dans le cadre de la nouvelle convention sur les assurances, qui vous garantit un accès plus sûr au prêt, moyennant d'éventuelles surprimes. Vérifiez que vous n'avez pas épuisé les autres possibilités de couvrir votre prêt (hypothèque, caution par un tiers) qui ne reposent pas sur un questionnaire de santé. Ces autres possibilités peuvent être, elles aussi, très risquées : à vous de voir quel risque vous préférez prendre.

Évitez de remplir une fausse déclaration de santé si vous avez déjà fait une demande de prêt et si vous avez déjà répondu honnêtement au questionnaire de santé. Dans ce cas, votre dossier a été archivé par les médecins experts, voire des assureurs ou banquiers qui peuvent donc savoir que vous êtes séropositif. Leur envoyer une fausse déclaration de santé vous exposerait à l'annulation du contrat et à des poursuites.

L'accès au prêt dans le cadre de la convention AERAS

La convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a pour objectif de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé. Cette convention est entrée en vigueur le 6 janvier 2007. Elle remplace la convention Belorgey de 2001. Le dispositif de la convention AERAS s'applique aux prêts au

logement et aux prêts professionnels (pour l'assurance décès et invalidité) et aux prêts à la consommation affectés ou dédiés (pour l'assurance décès). Il ne faut pas hésiter à tirer profit de la convention AERAS, si vous pouvez en bénéficier.

Le site officiel de la convention AERAS : www.aeras-infos.fr

Le site de la Fédération française des sociétés d'assurances : www.ffsa.fr

Le site de la fédération bancaire française : www.fbf.fr et www.lesclesdelabanque.com

Le serveur vocal d'information sur la convention AERAS : 0821 221 021 (0,12 euros/mn).

Vous trouverez à cette adresse un bilan de trois ans de Convention AERAS :
www.aerasinfos.fr/sections/les_documents_offici/rapport_bilan_de_/rapport_bilan_de_/a/downloadFile/file/Rapport_bilan_de_/application_de_la_convention_AERAS_version_definitive.pdf?nocache=1259597508.81

→ **Confidentialité.** Un code de bonne conduite rappelant et actualisant ces procédures est annexé à la convention AERAS. Le candidat à l'emprunt doit pouvoir remplir son questionnaire de santé seul, soit sur place, soit à son domicile. Le candidat à l'emprunt peut également, s'il le souhaite, être assisté, dans cette tâche, par un conseiller bancaire. Par ailleurs, les questionnaires de santé doivent respecter plusieurs principes. Les questions sont précises et portent sur l'état de santé de la personne. Elles ne doivent faire aucune référence à des aspects intimes de la vie de la personne (sexualité, etc.). Le questionnaire de santé est ensuite adressé, sous enveloppe cachetée, au service médical de l'assureur astreint à un devoir de confidentialité. Le médecin conseil de l'assureur peut prendre contact avec le candidat à l'emprunt s'il a besoin d'informations ou d'examen médicaux supplémentaires. Pour l'examen de votre dossier, le médecin-expert des assurances peut prendre contact avec votre médecin-traitant. Dans ce cas, vous avez le droit de connaître la nature des informations qui ont été échangées, et avoir copie des courriers éventuellement transmis.

→ **L'assurance des crédits immobiliers ou professionnels.** La convention AERAS reprend pour ces prêts le dispositif de la convention Belorgey, prévoyant trois niveaux d'examen des demandes d'assurance.

- Premier niveau : le contrat de base ou bien un contrat standard qui concerne la quasi-totalité des emprunteurs.
- Le dispositif d'assurances de deuxième niveau intervient lorsque la personne ne peut pas être prise en charge dans les conditions standard, en raison de son état de santé. Le dossier fait alors l'objet d'un examen particulier et individualisé. Cet examen est automatique et le demandeur n'a pas de démarches particulières à faire. Un questionnaire médical complémentaire peut être envoyé au candidat à l'emprunt et, si nécessaire, une demande de visite médicale et/ou d'examen (radio, analyses, etc.).
- En cas de nouveau refus d'assurance ou d'ajournement, le dossier est alors transmis automatiquement à un troisième niveau. Il est soumis à l'examen d'un groupe d'experts des risques « très aggravés », sous réserve que l'encours cumulé de prêts n'excède pas 300 000 euros et que l'âge du demandeur, en fin de prêt, ne dépasse pas 70 ans. Lorsqu'une proposition d'assurance est faite au deuxième ou au troisième niveau, elle peut faire l'objet de surprimes et/ou d'exclusions de garanties par rapport à un contrat standard. En matière d'invalidité, la convention AERAS prévoit un dispositif tendant à rechercher la ou

les solutions adaptées à chaque cas. Dès que cela est possible, les assureurs se sont engagés à proposer une assurance invalidité, lorsqu'elle est nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt. Elle doit assurer au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés prévus au contrat.

A noter : les établissements de crédit s'engagent, par la convention AERAS, à accepter des contrats individuels d'assurance invalidité et décès différents de leurs contrats d'assurance groupe, à partir du moment où ces contrats présentent les mêmes garanties que le contrat de groupe. Les conditions d'emprunt proposées doivent être alors identiques quel que soit le type de contrat d'assurance choisi.

→ **L'assurance décès des crédits à la consommation.** Ces crédits sont ceux destinés à l'achat d'un service ou d'un bien précis comme une voiture ou un ordinateur par exemple. L'assurance peut être obligatoire pour ce type de crédit dans certains établissements. Il est possible de bénéficier d'une assurance décès sans avoir à remplir de questionnaire médicale sous réserve que le montant du prêt ne dépasse pas 15 000 euros, que sa durée n'excède pas 4 ans, que l'emprunteur ait, au plus, 50 ans lors de la demande. Le candidat à l'emprunt doit également signer une déclaration sur l'honneur de non-cumul de prêts de ce type au-delà de 15 000 euros. Si une ou plusieurs de ces conditions ne sont pas remplies, le candidat à l'emprunt doit alors remplir un questionnaire médical.

→ **Les garanties alternatives.** En cas de refus d'assurance pour garantir les prêts, les établissements de crédit doivent rechercher avec le candidat à l'emprunt des garanties alternatives offrant la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur et permettant à ce dernier de réaliser son projet.

→ **Mécanisme de mutualisation.** Ce mécanisme est mis en place pour diminuer le coût des surprimes éventuelles d'assurance. Il s'adresse aux personnes disposant de revenus modestes. Il est mis en place pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels. Les personnes peuvent en bénéficier selon leur revenu par rapport au plafond de la Sécurité Sociale et le nombre de parts de leur foyer fiscal.

→ **Délais de traitement des dossiers.** La convention AERAS a pour objectif d'instruire plus rapidement les demandes de prêt immobilier. La durée globale de traitement de ces dossiers est de 5 semaines au maximum à compter de la réception du dossier complet. Soit 3 semaines pour la réponse de l'assureur puis 2 semaines pour les établissements de crédit après acceptation de la proposition d'assurance par le candidat à l'emprunt. Les candidats à l'emprunt souffrant d'un risque aggravé de santé ont la possibilité de préparer leur dossier en amont. En effet, dans le cadre de la convention AERAS, les assureurs et les établissements de crédit se sont engagés à examiner la demande d'assurance du candidat à l'emprunt même si elle n'est pas directement liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier. Lorsqu'une proposition d'assurance est transmise à un candidat à l'emprunt, elle reste valable pendant quatre mois. Par ailleurs, en cas de refus

d'assurance, le demandeur doit pouvoir prendre contact avec le médecin de l'assureur pour comprendre les raisons de ce refus.

→ **En cas de litige.** Un dispositif de médiation a été créé par la convention AERAS. Pour tout litige lié à l'application de la convention, la personne peut s'adresser à une commission de médiation en joignant les copies de tous les documents utiles.

En cas de litige, si le risque se réalise et que vous ne pouvez plus rembourser

Si le risque couvert se réalise, l'assureur se montre en général très pointilleux et fait toutes les recherches nécessaires pour ne pas payer. Il veillera ainsi à ce que vous n'ayez pas fait de fausses déclarations. Il faut être particulièrement vigilant sur les points suivants :

- le litige éventuel ne peut pas suspendre le versement de la prime d'assurance pour couvrir le risque. L'organisme de crédit est donc tenu de payer. Seul un juge peut décider de le suspendre.
- la charge de la preuve revient à l'assurance. C'est donc à elle de prouver que vous avez fait une fausse déclaration et non à vous de prouver que vous avez été honnête.
- la preuve d'une fausse déclaration doit être dans les mains de l'assureur au moment de la déclaration du sinistre. Cela signifie qu'aucune recherche sur votre état de santé ne peut être réalisée postérieurement par la compagnie d'assurance afin d'apporter la preuve d'une déclaration mensongère. Après le sinistre et en cas de litige, seul un médecin-expert judiciaire nommé par le tribunal peut avoir accès à votre dossier médical. Ce n'est que par lui que le médecin conseil des assureurs aura accès au dossier médical, dans le cadre d'une procédure judiciaire.
- dans le cas d'une violation par l'assureur du secret médical, il ne faut pas hésiter à porter plainte auprès du Procureur et à porter l'affaire au pénal.

Les autres moyens de couvrir un prêt

→ **L'hypothèque.** L'hypothèque consiste à couvrir un emprunt par un bien que vous possédez ou par le bien que vous allez acheter grâce au prêt (hypothèque de 1^{er} rang). Il s'agit d'une solution risquée. En effet, l'hypothèque vous expose ou expose votre entourage à une expulsion si vous n'êtes plus à même d'assurer le remboursement du prêt. Il est possible de faire couvrir son prêt par des placements (SICAV, assurance-vie par exemple), si vous en possédez.

→ **Cautionnement par un tiers.** Vous pouvez demander à un proche de cautionner l'emprunt, qu'il lui faudra alors cosigner avec une mention spéciale. Là encore, cette solution n'est pas sans danger pour ce proche puisqu'en cas de sinistre qui vous empêcherait de rembourser vous faites porter sur lui, ou sur sa propre assurance, le poids de vos dettes.

→ **Solutions alternatives.** Pour des prêts de faible montant, des organismes comme la BRED, la Caisse d'épargne ou la CNP ont mis au point des dispositifs qui peuvent correspondre aux besoins de personnes présentant un risque aggravé. N'hésitez pas à aller chercher des informations générales auprès de ces établissements, tout en restant prudent

et en ne révélant pas votre propre état de santé. Il est possible d'obtenir, dans des conditions très précises, des prêts à taux réduit auprès des CAF. De même, certaines municipalités ou certaines communautés d'agglomérations, peuvent inciter à la construction immobilière ou à l'achat dans leur région, en proposant des prêts à taux réduit. Dans certains cas, ces prêts peuvent se faire sans questionnaire médical, ou sans surprime excessive en cas de risques aggravés. Le ministère du logement propose aussi un emprunt à taux zéro sous certaines conditions de ressources.

Remarque : il s'agit là d'indications générales destinées à vous orienter si vous vous trouvez face à un refus net d'un organisme de crédit. Ces alternatives ne sont en rien idéales, elles ne peuvent pas se substituer à un véritable règlement de l'accès à l'assurance des personnes atteintes de pathologie grave, mais en attendant, elles peuvent vous permettre de faire diminuer le montant du prêt qu'une banque peut vous accorder, et à rentrer dans les critères de la convention AERAS.

Les autres assurances

L'assurance en cas de décès

Grâce à cette assurance, le bénéficiaire désigné perçoit une rente ou un capital en cas de décès de l'assuré. Quelle que soit la forme du contrat, il est pratiquement impossible à une personne atteinte d'une pathologie grave comme le VIH d'y souscrire.

Par contre, si vous avez souscrit ce type de contrat avant le diagnostic de votre séropositivité, l'assurance peut pleinement jouer. En cas de problèmes avec l'assureur, n'hésitez pas à contacter les associations de lutte contre le sida.

L'assurance sur les divers risques de la vie

Il est recommandé de s'assurer sur les divers risques de la vie, qu'ils menacent vos biens (logement, mobilier, voitures), des étapes de votre vie ou de vos ayants droit (assurance scolaire, assurance des vacances et des loisirs) ou qu'ils mettent en cause votre responsabilité civile. Dans la plupart des cas, votre état de santé n'a rien à voir avec le risque assuré (un dégât des eaux par exemple) et l'organisme assureur n'a pas à vous poser de questions médicales. Si c'est le cas, ne signez pas le contrat et renseignez-vous auprès d'une association de malades ou de consommateurs.

Dans certaines situations cependant, l'assureur ou un intermédiaire sera amené à vous interroger sur votre santé. C'est le cas, si vous entrez dans une fédération de sports où l'assurance est obligatoire, et où on peut vous demander des informations sur votre santé pour aider à la prise en charge en cas de problème. C'est aussi le cas si vous souhaitez couvrir des risques liés à un voyage à l'étranger, notamment des frais de rapatriement en cas de maladie grave. En aucun cas votre séropositivité ne peut être un motif d'exclusion. Elle peut par contre entraîner des surprimes.

Pour éviter tout problème, suivez les conseils généraux suivants :

- préférez, quand vous en avez la possibilité, des prestations offertes par des organismes respectant le Code de la Mutualité, et non des Assurances ; assurez-vous que les questions médicales posées sont pertinentes par rapport aux risques couverts ;
- assurez-vous de la confidentialité des informations médicales que vous allez transmettre ;
- lisez et relisez le contrat pour bien connaître les garanties apportées et les motifs de rupture du contrat de la part de l'organisme couvreur.

la judiciarisation de la transmission du VIH

En France, aucun texte de loi ne réprime les séropositifs en cas de transmission du VIH. Pourtant, en 1991 lors de l'examen de la réforme des dispositions du Code Pénal, le Sénat avait adopté un amendement faisant de la transmission du virus du sida une infraction punissable d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende. Suite aux pressions associatives, notamment d'Act Up-Paris, cette disposition avait ensuite été supprimée par l'Assemblée nationale. Depuis plusieurs années, les procès liés à la transmission du VIH-sida se multiplient en France et dans le monde. La position d'Act Up-Paris est ferme : nous sommes opposés à toute forme de judiciarisation de la transmission du virus du sida. Mettre un séropositif en prison n'a jamais permis de lutter contre l'épidémie. De plus, il y a une incompatibilité entre les conditions de la détention et la séropositivité. La pénalisation de la transmission sexuelle du VIH/sida nous semble constituer un frein à des politiques de dépistage. Au contraire, nous réclamons des réponses de santé publique : des campagnes de prévention qui abordent la question de l'infidélité ou qui portent sur la non-discrimination des personnes séropositives. Il est impératif que toutes les personnes concernées, qu'elles soient séropositives ou séronégatives, plaignantes ou accusées, puissent disposer d'une vision claire de l'état du droit et de la jurisprudence.

Le but de ce chapitre est de mettre à disposition des personnes concernées des informations précises sur la judiciarisation de la transmission sexuelle du VIH/sida, non pas d'appuyer la position d'Act Up-Paris ou de la défendre.

La responsabilité pénale

Le droit pénal est la branche du droit qui détermine quelles sont les conduites socialement acceptables. Il concerne les relations entre les individus et la société. L'infraction peut donc être définie comme l'acte qui ne respecte pas les règles de la société et qui est sanctionné à ce titre par une peine. Pour ce qui est de la responsabilité éventuelle de séropositifs dans la transmission sexuelle du VIH à des partenaires, les plaintes déposées l'ont été sur plusieurs fondements. Seul l'un d'entre eux a été retenu par les juges : l'administration de substances nuisibles.

La mise en danger de la personne

Selon l'Article 223-1 du Code Pénal, « le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ». Cela n'a pas été retenu par les juges car il n'est pas possible de reprocher à la personne séropositive de désobéir à la loi ou au règlement en dissimulant son état sérologique alors qu'il en avait connaissance.

6

L'empoisonnement

Selon l'Article 221-5 du Code Pénal, « le fait d'attenter à la vie d'autrui par l'emploi ou l'administration de substances de nature à entraîner la mort constitue un empoisonnement. L'empoisonnement est puni de trente ans de réclusion criminelle ». Plusieurs plaintes ont été déposées à partir de ce fondement contre certains médecins, notamment lors de l'affaire du sang contaminé (D^r Garetta). La Cour de cassation a considéré qu'il n'y avait pas lieu d'appliquer ce texte car il n'y avait pas une intention de tuer. Les médecins qui se sont rendus coupables d'avoir transmis le VIH, n'avaient pas l'intention de tuer les malades, ils prenaient le risque de les contaminer. C'est pour la même raison que ces dispositions n'ont pas été appliquées par les juges aux personnes séropositives qui n'informent pas leur partenaire de leur statut sérologique, ou qui le dissimulent : ils ont été imprudents, ils ont pris le risque de contaminer sans avoir l'intention de tuer.

L'administration de substances nuisibles

Toutes les personnes condamnées pour transmission du VIH l'ont été sur la base de l'Article 222-15 du Code Pénal : la répression de l'administration de substances nuisibles. Comme pour toute infraction, pour condamner une personne pour administration de substances nuisibles, il faut que deux éléments constitutifs soient réunis : un élément matériel et un élément moral. L'élément matériel est la transmission du virus de l'immunodéficience humaine. Jusqu'à présent, cette qualification visait des corps solides comme l'arsenic, liquides ou gazeux et des modes d'administration différents (voies buccale, respiratoire, cutanée, anale). Aujourd'hui, on a affaire à un nouveau mode d'administration : les relations sexuelles supposées mortifères. L'élément moral repose sur la connaissance du caractère nuisible. Il faut donc que la personne sache qu'elle est séropositive et qu'elle risque de contaminer son partenaire. En ce qui concerne la transmission de la mère à l'enfant, le droit français ne conçoit pas la plainte de l'enfant contre sa mère qui lui aurait transmis le VIH. La preuve de cette infraction ne nous semble pas possible de façon certaine. En l'état actuel des connaissances scientifiques, il est impossible d'apporter une preuve scientifique attestant que c'est X qui a contaminé Y. Par ailleurs, la réponse juridique nie complètement la difficulté de dire son statut sérologique et d'assumer une maladie encore honteuse qui entraîne souvent rejet, stigmatisation et discrimination.

Le viol

Certains juristes suggèrent une autre répression possible, celle du viol défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. » On pourrait considérer qu'avoir un rapport sexuel avec une personne en dissimulant sa sérologie constitue un viol dès lors qu'on procède « par surprise » au sens du droit, c'est-à-dire en dissimulant à son partenaire sa séropositivité.

Ce qu'il faut retenir : si vous êtes séropositif, pour la loi française vous n'êtes absolument pas tenu de révéler à quiconque votre statut sérologique. Avec votre partenaire sexuel, vous êtes légalement tenu de le mettre au courant dès lors que vous risquez de le contaminer. Si le préservatif rompt, il faut informer le partenaire car une trithérapie d'urgence est possible. Si vous ne l'informez pas, il pourrait juridiquement vous reprocher de lui avoir fait manquer la chance de ce traitement.

La responsabilité civile

La responsabilité civile se fonde sur deux Articles du Code Civil, l'Article 1382 : « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer » et l'Article 1383 « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

En ce qui concerne la transmission du VIH, les juges considèrent que le fait d'être contaminé par le VIH constitue un dommage et condamnent celui qui a transmis le VIH à le réparer. La condamnation se traduit par le versement de dommages et intérêts et celle-ci est souvent importante.

Néanmoins, une personne qui en contamine une autre peut faire jouer son assurance responsabilité civile si sa responsabilité est mise en cause. Cependant il faut que cette personne soit un tiers : si les partenaires sexuels forment un couple (Mariage, concubinage ou PaCS), pour l'assurance, cela ne marche pas. On se retrouve donc dans une situation paradoxale puisque plus on est proche de la personne, moins on est assuré.

Par ailleurs, si vous êtes séronégatif et que vous vous exposez volontairement à un risque avec votre partenaire séropositif, d'un point de vue du droit civil, il pourra y avoir un partage de responsabilité et une atténuation de la condamnation de l'autre.

La plainte

Si l'on porte plainte contre vous, c'est que la personne se sentira victime d'une infraction pénale. En ce qui concerne la transmission du VIH, l'administration de substances nuisibles est un délit. Toutefois, cette infraction peut être qualifiée de crime en cas de circonstances aggravantes : c'est notamment le cas lorsque la contamination a lieu au sein d'un couple (mariage, concubinage ou PaCS)

→ **Attention !** une fois que la plainte a été déposée il est difficile de faire machine arrière, car même si la personne décide de retirer sa plainte, le ministère public a toujours la possibilité de poursuivre la personne incriminée. Les conséquences d'une responsabilité pénale peuvent être très lourdes : emprisonnement, casier judiciaire, etc.

Il existe deux types de plainte : la plainte simple et la plainte avec constitution de partie civile.

La plainte simple

Il s'agit d'un courrier adressé par la personne plaignante au procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du lieu de l'infraction ou du domicile de l'auteur de l'infraction, soit au commissariat de police le plus proche du lieu de l'infraction, qui transmettra la plainte au procureur de la République après avoir effectué une enquête.

Le procureur de la République est saisi de l'affaire et peut faire mener une enquête par la police. Il peut classer sans suite le dossier s'il considère qu'il n'y a pas lieu de donner suites ou bien le poursuivre, s'il estime que l'infraction est constituée. Dans ce cas, il y aura jugement et les juges le condamneront ou non. Il est possible de faire appel. En règle générale, le délai d'appel est de dix jours à compter du prononcé du jugement ou de l'arrêt de condamnation. Toutefois, le délai d'appel ne court qu'à compter du jour de la signification

du jugement lorsque la décision a été prononcée hors la présence du prévenu et que celui-ci n'a pas été informé de la date à laquelle ce jugement serait rendu.

La plainte avec constitution de partie civile

Si la plainte permet d'engager la responsabilité pénale de l'auteur de l'infraction, la partie civile permet à la personne plaignante de demander réparation financière du préjudice subi. La procédure suivie est celle de la plainte simple avec une qualification que la personne qui a porté plainte a dû préciser, ainsi que l'évaluation de son préjudice, texte du Code Pénal applicable à l'appui. La constitution de partie civile peut suivre une plainte simple.

Cette procédure nécessite une bonne connaissance de la loi et implique généralement l'aide d'un avocat ou d'une association. La personne plaignante ne peut plus témoigner, mais seulement être entendue sans prestation de serment ; donc son audition a moins de valeur. L'instruction est menée par un juge d'instruction : c'est une enquête avec l'aide de la police (perquisition, interrogatoire, etc.)

Le procureur de la République, quant à lui, peut soutenir les poursuites s'il considère qu'il y a une infraction. Sinon, il peut donner un avis au juge d'instruction pour que celui-ci prenne une décision de non-lieu.

Le juge d'instruction peut rendre une ordonnance de non-lieu par laquelle il dit qu'il n'y a pas lieu de poursuivre l'accusé ou une ordonnance de « lieu à suivre » s'il considère que la plainte est recevable. En ce cas, il y aura procès. Il est aussi possible de faire appel.

Pour des recours à un avocat voir le chapitre 6 page 160.

voyages

Liberté de circulation

En France, on ne peut vous interdire de circuler librement pour cause de VIH ou de sida, et vous n'êtes soumis à aucune mesure de surveillance. À l'étranger, c'est la législation de chaque pays qui gère la liberté de circulation. Certains pays peuvent restreindre cette liberté. Pour l'obtention d'un titre de séjour de longue durée, certains pays exigent un test de VIH négatif. En cas de séropositivité, ce titre pourra être refusé.

Union européenne

Au sein de l'Union européenne, une liste des maladies contagieuses permet aux États membres de prendre des mesures restrictives à la liberté de circuler. Le sida et l'infection par le VIH ne font pas partie de cette liste. En Bavière (Allemagne), un résultat de test de dépistage VIH négatif peut être demandé à tout étranger non-européen souhaitant rester plus de 180 mois. En Grèce, un résultat de test de dépistage VIH négatif est demandé aux travailleurs du sexe étrangers. En France, l'entrée d'un étranger peut notamment être refusée en cas de menace à la santé publique, l'ordre public ou la sécurité publique. On peut vous refuser l'entrée en France en cas de maladie contagieuse ou de toxicomanie, par exemple. Mais le VIH n'est pas considéré comme une menace de ce type, étant donné son caractère transmissible mais non contagieux.

Hors Union européenne

Depuis janvier 2010, le Département d'État de la Santé et des Services Humains (HHS) et du Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies (CDC) ont enlevé l'infection du VIH de la liste des maladies susceptibles d'empêcher des étrangers d'entrer sur le territoire des États Unis. Le test de dépistage du VIH ne fera plus partie des examens médicaux requis pour les demandeurs de visa d'immigration longue durée aux États Unis.

Cette interdiction d'entrée sur le territoire perdure dans 11 autres pays : la Russie, les Émirats Arabes Unis, l'Arménie, le Brunei, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, le Qatar, la Papouasie-Nouvelle Guinée, la Guinée Équatoriale et le Soudan.

D'autres pays ont des restrictions particulières pour les séjours courts, ou pour les séjours longs, comme le test obligatoire de dépistage VIH négatif. Vous pouvez vous renseigner sur le site www.hivtravel.org.

Nous vous conseillons de vous renseigner sur les pays dans lesquels vous voulez voyager. Par mesure de prudence, si vous êtes sous traitement, vous pouvez, dans la mesure du possible, envoyer vos médicaments par la poste à une adresse sur place où vous les récupérerez en arrivant. Cela peut faciliter le passage en douane. Si vous êtes en poste dans un consulat ou une ambassade française à l'étranger, il vous est possible de vous faire envoyer vos traitements par le biais de la valise diplomatique. Renseignez-vous auprès des services du Ministère des affaires étrangères (MAE).

Concilier séropositivité et voyages

Lorsque l'on est séropositif, il est plus prudent de préparer son voyage à l'avance, pour ne pas se retrouver en difficulté sur place.

Préparer son voyage

Avec votre médecin, envisagez les traitements préventifs (notamment pour le paludisme), les vaccinations (qu'il faut mettre à jour absolument) et les risques médicaux auxquels vous pouvez être confrontés. Demandez-lui une ordonnance rédigée en dénomination commune internationale (DCI) de manière à pouvoir fournir ce document en cas de visite médicale à l'étranger. Reportez-vous aux conseils pour les voyageurs donnés sur le site du Ministère des affaires étrangères : www.diplomatie.gouv.fr/fr/cav-fiche-pays.php3. Vous y trouverez l'ensemble des recommandations et les zones endémiques des maladies tropicales (paludisme, dengue) ainsi que des données sur les questions de sécurité et les précautions à prendre. Complétez ou croisez ces informations par celle de l'Institut Pasteur.

Par mesure de prudence, demandez également à votre médecin des coordonnées de centres médicaux existants dans la région où vous vous rendez. Renseignez-vous sur la prise en charge du VIH dans la région visitée auprès des associations de malades ou des services hospitaliers.

Transports des médicaments

Vous devez demander un accord à votre caisse d'assurance maladie avant de pouvoir obtenir auprès de votre pharmacie vos médicaments pour une durée supérieure à un mois. Prenez avec vous plus de médicaments que prévu : cela vous permettra de tenir quelques

jours supplémentaires le cas échéant. Faites également attention aux méthodes de conservation de vos médicaments, certains ne supportant pas la chaleur.

Si vous prenez des traitements de substitution aux drogues, vous devez vous renseigner au préalable sur la législation du pays où vous vous rendez. Pour voyager dans l'espace européen Schengen avec vos produits de substitution (méthadone ou Subutex®), vous devez vous munir de votre ordonnance et obtenir une autorisation de transport délivrée par la DDASS du département où exerce votre médecin. L'autorisation est valable 28 jours pour Subutex®, Skénan® et Moscontin® et de 14 jours pour la méthadone. Conservez vos traitements de substitution à température ambiante.

Pour les transports de seringues à usage unique, vous devez détenir une prescription médicale adéquate. Pensez à faire traduire cette prescription, cela peut-être utile aux passages des douanes.

Prenez vos médicaments et votre trousse de secours dans un sac à main. Ne les mettez jamais dans les soutes (pour éviter la perte, le vol ou la détérioration). Si vous vous rendez dans des pays interdisant l'entrée aux personnes séropositives, ou aux usagers de drogues, vous risquez de rencontrer des problèmes lors du passage à la frontière, du fait de la présence de vos médicaments. Renseignez-vous auprès des associations avant de partir.

Prise en charge

Si vous voyagez en Europe, demandez une carte européenne d'assurance maladie auprès de votre CPAM. Elle vous permet d'avoir accès aux soins nécessaires dans des conditions de prise en charge identiques à celles de la France. Cette carte est valable pour les travailleurs, les titulaires de pensions ainsi que les étudiants, à condition qu'ils soient ressortissants communautaires, réfugiés ou apatrides. Elle est valable dans les pays de l'Espace Économique Européen ainsi qu'en Suisse.

Pour les autres pays, renseignez-vous auprès de la caisse d'assurance maladie : des accords spécifiques de prise en charge sont signés avec de nombreux pays.

Consultez le site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr.

Pensez également à souscrire une assurance voyage, vous permettant de bénéficier d'un rapatriement d'urgence et des prestations d'assistance (notamment en cas de perte des bagages), en étudiant bien si elles comportent des conditions restrictives.

le milieu du travail

Références :

Loi du 11 février 2005 sur le handicap
Loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

Numéros de téléphone utiles :

Info Emploi : 0 821 347 347
Allo Service Public : 39 39
Sida Info Droits : 0 810 636 636

Les séropositifs connaissent essentiellement deux types de difficultés dans le cadre de leur emploi : la discrimination en raison de leur état de santé et l'adaptation de leur poste à leur pathologie. Si le Code du Travail ne prévoit aucune législation particulière au sujet de l'infection par le VIH, il met en place un dispositif spécifique pour les travailleurs handicapés qui peut bénéficier aux personnes séropositives.

L'infection au VIH doit donc être considérée au même titre que toute autre maladie. Le droit du travail garantit une protection à tous les travailleurs notamment malades et ce, aux différents stades du contrat de travail : son commencement (avec l'embauche), son exécution, sa rupture (licenciement, chômage). Le dispositif sur les discriminations en raison de l'état de santé s'applique également aux discriminations en raison de l'orientation sexuelle.

l'embauche

Références :

Article L.1132-1 du
Nouveau Code du Travail

Le principe de non-discrimination pendant l'entretien d'embauche

Principe. Interdiction formelle de discriminer une personne en raison de son état de santé, de son handicap ou de son orientation sexuelle.

Exception : Les différences de traitement fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail sont admises, quand elles sont nécessaires, objectives et appropriées.

La concrétisation du principe de non-discrimination à l'embauche

→ Pendant l'entretien d'embauche

Les questions posées lors de l'entretien d'embauche doivent avoir un lien direct et nécessaire avec l'emploi que l'on vous propose. L'employeur n'a pas le droit de vous questionner sur votre état de santé, ni sur votre vie privée en général. S'il le fait, vous n'êtes pas tenu de répondre et vous avez même le droit de mentir. Seule une fausse information qui par la suite s'avérerait préjudiciable pour l'employeur pourrait justifier la rupture ultérieure du contrat de travail. De plus, si l'information sollicitée est sans lien avec l'emploi, vous pouvez saisir le tribunal, civil ou pénal, selon l'atteinte subie (*Voir le chapitre 6 page 160*).

→ L'examen médical d'embauche

La visite médicale est obligatoire et répond à deux objectifs : rechercher les infections contagieuses (ce que n'est pas le VIH) et s'assurer de l'aptitude au poste de travail proposé. Il est formellement interdit de vous imposer un dépistage VIH. On peut vous le proposer, vous êtes libre d'accepter ou non. Quoique vous décidiez, le médecin est tenu au secret médical (*Voir le secret médical page 17*). Seule une fiche sur votre aptitude à l'emploi pour lequel vous postulez sera communiquée à votre employeur.

Le médecin du travail peut considérer que votre maladie est incompatible avec le poste de

travail. Dans cette hypothèse, il doit informer l'employeur de l'existence d'une incompatibilité sans aborder la question de l'infection. Les hypothèses d'incompatibilité sont rares et concernent davantage les personnes qui seraient au stade sida. En revanche, lorsque l'on postule à un poste dans la fonction publique, la séropositivité seule n'est pas une cause d'incompatibilité d'après les circulaires du 6 juillet 1989 et du 5 mars 1990.

Lors de l'embauche, les employeurs demandent parfois une attestation de carte vitale. C'est une pratique illégale : vous pouvez simplement transmettre votre numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale. Si vous présentez une attestation avec la mention 100 %, cela peut constituer un frein à votre embauche. N'hésitez pas à demander à la Sécurité Sociale une attestation sur laquelle la mention 100 % n'apparaît pas. C'est un droit énoncé à l'Article R.161-33-4 du Code de la Sécurité Sociale. Si votre centre de Sécurité Sociale ne vous l'envoie pas, insistez : il ne peut vous refuser ce droit. Citez-lui le texte mentionné ci-dessus et en cas de difficulté demandez l'appui d'une association ou d'un travailleur social.

Les conséquences d'une discrimination en raison de l'état de santé

→ Dans le secteur privé

En matière de discrimination à l'embauche, une affaire jugée par le Tribunal correctionnel de Châlons-en-Champagne est un cas de référence. Une jeune femme en période d'essai confie à l'une de ses collègues qu'elle est séropositive. L'information va monter jusqu'au directeur qui met un terme à la période d'essai. La jeune femme engage alors un procès à son encontre et obtient gain de cause, grâce notamment aux témoignages de quatre collègues et l'impossibilité pour l'employeur de justifier son refus d'embauche.

Références :

Les Articles 225-1 à 225-3 du Code Pénal prévoient la sanction d'une telle discrimination par trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende.

→ Dans le secteur public

C'est l'administration qui statue sur votre embauche. Elle peut la refuser si elle l'estime incompatible avec votre état de santé ou si vous êtes jugé inapte. La séropositivité ne peut justifier un refus d'admission aux concours de la Fonction Publique, un refus de recrutement ou de titularisation. En cas de sida avéré, des médecins agréés et des comités médicaux donnent un avis sur la compatibilité de votre état de santé avec le poste proposé.

La permanence « Droits Sociaux » d'Act Up-Paris s'est occupée d'un refus d'embauche pour cause de séropositivité dans le secteur public. Après l'obtention d'un concours, un séropositif avait signé une promesse d'embauche avant de passer la visite médicale. Suite à celle-ci et à un dépistage du VIH effectué en toute illégalité, il n'eut aucune nouvelle concernant son embauche. Après plusieurs courriers de notre part soulignant la discrimination avérée, son employeur a finalement honoré la promesse d'embauche.

Des refus d'embauche ou des licenciements en raison de l'état de santé du demandeur d'emploi sont fréquents. Si vous êtes victime de ce type de pratiques illégales, vous devez agir contre votre employeur. Mais bien que vous ayez la loi de votre côté, il n'en reste pas moins difficile d'obtenir réparation. S'il est vrai que vous n'êtes pas tenu de répondre aux questions de l'employeur concernant votre vie privée (et par conséquent votre état de santé), celui-ci pourra tout de même en tirer des conséquences à votre sujet.

De plus, lorsqu'un employeur vous refuse un poste ou vous licencie à cause de votre état de santé, il est souvent très difficile de le prouver, l'argument employé étant bien souvent tout autre. C'est la raison pour laquelle il est important de réunir le maximum de preuves, comme des témoignages, afin d'attester que c'est bien votre maladie et elle seule qui a entraîné votre licenciement ou votre refus d'embauche.

Attention ! Il est notoire que les médecins du travail pratiquent « une politique maison » et informent parfois l'employeur de votre état de santé, en violation des textes (*lire la partie sur le secret médical page 17*). Nous vous invitons donc à la plus grande prudence envers les médecins du travail, mais pour autant, nous vous conseillons d'essayer d'obtenir leur soutien. En effet, le médecin du travail est au cœur du dispositif de prévention et en cas de dégradation de votre état de santé, c'est lui qui va être conduit à faire des propositions à l'employeur pour protéger votre emploi.

→ L'adresse et le numéro de téléphone du médecin du travail sont affichés dans toutes les entreprises afin de permettre aux salariés de le contacter.

→ Vous pouvez aussi vous renseigner auprès de la Direction Régionale du Travail ou la DDTE de votre région.

→ La loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions de droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations impose à l'employeur d'afficher visiblement les Articles 225-1 à 225-4 du Code Pénal au sein de l'entreprise.

Le statut de travailleur handicapé et ses conséquences

Références :

L. 5213-1 du Nouveau Code du Travail.

Définition du 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.

Les conditions d'obtention du statut de travailleur handicapé

Vous devez faire la demande, au moyen d'un formulaire unique, auprès de la Maison départementale de la personne handicapée (MDPH) dont vous dépendez, c'est-à-dire la MDPH du département où vous résidez ou bien du

département où vous vous trouvez en traitement ou en rééducation (*Voir les MDPH page 142*).

Hormis la personne handicapée, peuvent faire cette demande : 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. Votre demande est transmise à la Commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées (CDAPH). Après examen de votre dossier, elle procède à votre audition avant de se prononcer sur l'attribution de la qualité de travailleur handicapé. Le silence gardé par la CDAPH pendant plus de quatre mois à compter du dépôt de votre demande vaut décision de rejet.

→ **Attention !** Le dossier doit être rempli très soigneusement. Vérifiez bien qu'il envisage tous les aspects de votre état de santé, en particulier les effets secondaires liés aux traitements.

Dans le cadre de la réforme de l'AAH, la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) a été modifiée. Dorénavant, toute demande d'AAH ou de son renouvellement sera automatiquement accompagnée d'une procédure de RQTH.

Vous ferez l'objet d'un bilan professionnel à l'issue duquel, si votre capacité à travailler a été démontrée, la RQTH vous sera délivrée, à condition que vous ayez parallèlement droit à l'AAH. Dès lors, vous serez « accompagné vers l'emploi ». Différentes pistes s'offrent à vous : les entreprises, les structures d'aide par le travail (Établissements et Services d'Aide par le Travail, anciens CAT) ou des organismes de formations (Centres de Rééducation Professionnelle). En théorie, il semblerait que toute action d'orientation professionnelle engagée par des organismes type « Cap Emploi », devrait valoir RQTH.

Les conséquences du statut de travailleur handicapé

La reconnaissance de ce statut vous permet de bénéficier :

- de l'orientation par la CDAPH vers une entreprise adaptée, un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT) ;
- des stages de préformation professionnelle ou de rééducation professionnelle ;
- du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi ;
- de l'obligation d'emploi à laquelle sont soumis les employeurs du secteur privé et du secteur public ;
- du bénéfice de certaines règles particulières en entreprise (aménagement horaires, doublement de la durée du préavis de licenciement).
- des aides de l'Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph).

Attention ! La reconnaissance du statut de travailleur handicapé n'entraîne pas un droit d'accès à toutes les prestations sociales ou à toutes les facilités aménagées pour les personnes handicapées, chacune pouvant être soumise à des évaluations spécifiques du handicap.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la notion de « lourdeur du handicap » remplace l'ancien classement en catégories (A, B ou C). Ce classement, établi en fonction des capacités professionnelles de la personne, décidait notamment de l'abattement de salaire éventuellement appliqué au travailleur handicapé dont le rendement professionnel était diminué.

Des dispositions transitoires ont été aménagées jusqu'au 1^{er} janvier 2008, en particulier pour la continuité de certains droits acquis par les entreprises employeurs de certains travailleurs handicapés notamment de catégorie C.

La distinction du handicap lourd n'est pas un attribut de la reconnaissance de qualité de travailleur handicapé. Elle compense l'effort de l'employeur pour adapter le poste de travail du travailleur handicapé.

→ **Attention !** L'ancienne garantie de ressources (constituée du salaire versé par l'employeur et du complément de rémunération versé par l'État) est remplacée par une rémunération garantie, versée par l'Établissement ou les services d'aide par le travail (ESAT). Il ne faut pas la confondre avec la garantie de ressources telle que désormais entendue par la loi sur le handicap, destinée aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler mais qui souhaitent conserver leur autonomie (*Voir le chapitre 5 consacré aux prestations sociales page 133*).

Les villes et les organismes de l'État sont soumis à l'obligation de verser une contribution aux fonds de Développement pour l'insertion professionnelle (Article L. 323-8-2 du Code du Travail). Ils ne la respectent pas toujours. Difficile d'exiger alors du secteur privé ce que l'État et les collectivités locales ne font pas, etc.

L'exécution du contrat de travail

Références :

Articles R. 241-43 et L. 122-24-5
du Code du Travail

L'aménagement des conditions de travail pour cause de maladie

Ces règles s'appliquent de façon identique, que vous soyez employé dans le secteur privé ou dans le secteur public. Les aménagements peuvent concerner tant l'adaptation physique du poste de travail que les horaires.

L'adaptation du poste à votre état de santé

1 Le régime classique

Vous ou votre employeur pouvez être à l'initiative d'une demande d'adaptation de votre poste de travail à votre état de santé. L'adaptation du poste par l'employeur peut constituer un élément d'appréciation de la RQTH : en l'espèce, le handicap a des conséquences sur le poste de travail et la réduction des possibilités d'emploi est confirmée.

→ **Dans le secteur privé** : vous faites constater votre inaptitude à exercer votre travail par le médecin du travail, qui se prononce après 2 examens médicaux et une étude du poste et des conditions de travail en vigueur dans l'entreprise. Il peut alors proposer des mesures de mutation ou de transformation de votre emploi. Il ne doit pas préciser les causes de ses propositions à l'employeur ; il est tenu au secret professionnel. Votre employeur doit tenir compte de cette proposition et adapter votre emploi ou vous changer d'emploi en fonction de votre état de santé. L'employeur doit explorer toutes les possibilités de reclassement professionnel, tant dans son entreprise que dans les autres entités du groupe. La jurisprudence impose à l'employeur une recherche « effective » (arrêt de la Cour de Cassation du 20 septembre 2006), le cas échéant, le licenciement éventuel est dépourvu de cause réelle et sérieuse. Si, à l'issue d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise, le salarié n'est ni reclassé, ni licencié, le salaire correspondant lui est dû, sauf s'il est en CDD. En cas d'impossibilité (fonctionnement interne de l'entreprise), le contrat de travail peut être rompu.

Attention ! Le préavis ne pouvant être effectué, l'indemnité compensatrice de préavis n'est pas due, sauf dispositions conventionnelles particulières.

→ **Dans le secteur public** : les circulaires du 6 juillet 1989 et du 5 mars 1990 prévoient que « lorsque l'état de santé de l'intéressé le permet, le maintien en activité professionnelle peut être bénéfique pour son état psychologique et doit alors être recherché dans toute la mesure

compatible avec le bon fonctionnement du service ». Comme dans le privé, dans la mesure du possible, un reclassement ou un aménagement de vos conditions de travail doit être envisagé. L'employeur peut également vous changer de fonction si vous ne pouvez pas être maintenu à votre poste initial en raison de votre état physique et si un aménagement de votre poste est impossible. Néanmoins, ce reclassement ne doit pas être un prétexte pour mettre « au placard » le salarié.

Cela a été le cas d'un usager de la permanence droits sociaux d'Act Up-Paris, pour qui après pressions et négociations, il a été possible d'obtenir un reclassement.

Dans tous les cas, vous pouvez refuser ce reclassement. Cependant, si votre hiérarchie est dans l'impossibilité d'aménager votre poste initial ou de vous proposer un poste qui vous agréé, le contrat de travail est rompu. Vous serez alors licencié.

2 Le travail protégé

Il s'agit d'emplois adaptés aux travailleurs handicapés (TH). Les Établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) ont succédé aux Centres d'aide par le travail (CAT). Le statut d'un travailleur handicapé en ESAT n'est pas soumis au Code du Travail. L'accès à un ESAT n'est possible que sur décision d'orientation de la CDAPH. Après demande formulée au moyen d'un formulaire unique auprès de la MDPH, qui la transmet à la CDAPH, cette dernière prend dans un premier temps une décision provisoire d'orientation, valable pour une période d'essai de six mois au plus, renouvelable une fois. Le décret du 16 juin 2006 a quelque peu amélioré la situation des TH, notamment sur les droits à congés (2,5 jours mensuels à partir d'un mois de présence, accès aux autorisations exceptionnelles d'absence, etc.), les maintiens de salaire en cas d'Arrêts Maladie (subrogation de la structure), ou l'accès au milieu professionnel « ordinaire » pour les travailleurs qui le souhaitent.

L'admission en ESAT vaut reconnaissance du statut de travailleur handicapé. Mais la personne admise en ESAT n'a pas le statut de travailleur soumis au Code du Travail : elle ne signe pas de contrat de travail, mais un contrat de soutien et d'aide par le travail. Elle peut cependant bénéficier du congé de présence parentale et depuis le 1^{er} janvier 2007 d'autres droits à congés, ainsi que de la validation des acquis.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, le travailleur en ESAT perçoit une rémunération garantie comprise entre 55 % et 110 % du SMIC. Cette rémunération n'est pas considérée comme un salaire, mais est soumise au versement des cotisations de Sécurité Sociale.

Cette rémunération est prise en compte pour le calcul de l'AAH.

Textes de référence :

Articles L. 323-3, R. 323-3 et L. 433-1
du Code de la Sécurité Sociale

Le mi-temps à caractère thérapeutique

→ **Principe.** Vous ne pouvez bénéficier temporairement d'un mi-temps thérapeutique qu'après un arrêt total de travail. Dans le cadre d'une visite médicale de reprise, suite à un certain nombre d'arrêts maladie ou congés (voir Articles R.241-51 du Nouveau Code du Travail), le médecin du travail peut émettre un avis d'aptitude avec réserves, sous conditions d'aménagement, dont le mi-temps thérapeutique.

Attention ! La visite médicale de reprise est organisée par l'employeur (et la refuser peut constituer une faute grave), mais le salarié peut en faire la demande.

→ **Votre médecin traitant vous prescrit une reprise d'emploi à mi-temps.** Vous transmettez ce dossier rempli au médecin du travail du service dont vous dépendez, accompagné d'une demande de mi-temps thérapeutique. Le rôle du médecin est alors important car c'est lui qui va donner un avis et voir s'il existe des possibilités d'aménagement du temps de travail avec votre employeur.

Parallèlement, vous adressez une demande au médecin conseil de la Caisse d'assurance maladie dont vous dépendez avec les derniers documents médicaux en votre possession (dernières analyses, derniers certificats de votre médecin). Ce dernier se met alors en rapport avec votre service de médecine du travail.

La CPAM peut vous convoquer pour un examen de contrôle avant de statuer. Aucun accord n'est possible sans l'avis favorable du médecin du travail et celui de la Sécurité Sociale. L'employeur peut refuser la reprise à temps partiel, le refus doit être légitime. En pratique il est souvent motivé par « l'intérêt de l'entreprise ».

Votre employeur vous rémunère alors en fonction des heures travaillées, tandis que la caisse de Sécurité Sociale vous verse des indemnités journalières pour les périodes non travaillées.

Attention ! Dans ce cas vous n'êtes plus en situation de suspension du contrat de travail.

La caisse de Sécurité Sociale est libre d'accepter ou non le mi-temps thérapeutique.

En cas de prise en charge, c'est elle qui fixe le montant et la durée de versement des indemnités journalières. Le Code de la Sécurité Sociale laisse aux Caisses d'assurance maladie l'appréciation et la décision de verser des indemnités journalières. Il convient donc de prendre contact avec votre Caisse d'assurance maladie pour savoir quelle est sa position en la matière.

Le mi-temps thérapeutique est accordé pour une durée maximale d'un an, non renouvelable. Au terme de cette année, vous devez pouvoir reprendre une activité professionnelle à temps plein. Si cela n'est pas possible et si d'autres arrêts de travail sont envisagés, il conviendra probablement de vous orienter vers une solution différente, telle que l'invalidité.

→ **Conseils :**

- Le dossier rempli par votre médecin traitant pour la demande doit être le plus complet possible sur tous les aspects de votre pathologie et plus particulièrement sur son lien avec la nécessité d'un emploi à temps partiel, dans le cadre du traitement.
- Il est important de ne pas oublier que le médecin du travail est toujours et encore tenu au secret professionnel. Il ne doit pas révéler son diagnostic à votre employeur. Il doit simplement lui signifier que votre demande de mi-temps thérapeutique entre dans le cadre des « 30 Affections longue durée (ALD) » retenues par le Code de la Sécurité Sociale (Article D. 322-1).
- Votre employeur n'a aucune obligation légale d'accepter la mise en place d'un mi-temps à caractère thérapeutique. Il lui suffit d'invoquer des raisons économiques ou d'organisation de travail pour s'y opposer.

Dans cette hypothèse, il vous faut tenter de trouver un accord avec votre direction, en mettant en avant votre attachement à votre entreprise et la nécessité pour vous de garder une activité professionnelle correspondant à vos qualifications. N'hésitez pas à faire appel

aux services sociaux de votre entreprise ou à la médecine du travail qui peut faire pression sur l'employeur. Vous pouvez également faire intervenir les syndicats, les délégués du personnel. Si vos démarches échouent, vous devez envisager un Congé longue durée (CLD).

L'aménagement du temps de présence pour cause de maladie

Les arrêts de travail dans le secteur privé

Vous devez avertir votre employeur et votre centre de Sécurité Sociale dans les 48 heures, sous peine de perte de vos droits. Il en est de même en cas de prolongation de votre arrêt. Dans le cas d'un non-respect de cette obligation, vous pouvez être licencié pour cause réelle et sérieuse au motif d'absence injustifiée, voire pour faute grave, au motif d'abandon de poste. Si votre absence a une durée au moins égale à 21 jours, une visite médicale de reprise est obligatoire. La refuser pourrait constituer là aussi une faute justifiant votre licenciement. Vous ne pouvez pas être licencié pendant un arrêt de travail, même pendant la période d'essai, sauf pour une cause étrangère à la maladie (par exemple, suppression d'emploi ou faute professionnelle) ou si votre absence perturbe ou met en péril la bonne marche de l'entreprise. Une absence prolongée ou des absences fréquentes et répétées pour maladie peuvent justifier la rupture du contrat de travail si l'employeur fait valoir que ces absences perturbent la bonne marche de l'entreprise et que votre remplacement définitif est nécessaire.

Pendant votre arrêt de travail, votre contrat de travail n'est pas résilié, il est suspendu. De ce fait, votre employeur ne vous rémunère plus. À la place, c'est la Sécurité Sociale qui vous verse des prestations équivalant à 80 % de votre salaire.

Les conventions collectives prévoient souvent des conditions particulières. Dans certains secteurs d'activité et suivant le Code APE de votre entreprise (classification en fonction du secteur d'activité), le salaire intégral peut être maintenu pendant une durée déterminée par les accords professionnels. En fonction des conventions collectives ou de dispositions particulières prévues par le règlement intérieur de votre entreprise, les règles relatives au maintien du salaire varient. Néanmoins, l'ancienneté constitue un critère déterminant. Les dossiers sont donc examinés par l'employeur au regard, le cas échéant, des dispositions de la convention collective, du règlement intérieur et de la mutuelle complémentaire.

Conseil : Certains employeurs profitent d'une période de faiblesse physique de leurs employés séropositifs ou malades du sida pour les licencier. Dans ces situations, on n'a pas toujours le réflexe, ni la force de se défendre. De plus, les textes relatifs aux aménagements du temps de travail sont trop souvent bafoués. N'hésitez donc pas à tenter des recours contre un licenciement et à consulter les syndicats et les associations.

Les congés maladie dans la fonction publique

1 Les congés maladie des agents titulaires

→ **Le congé ordinaire de maladie (CMO).** Vous pouvez bénéficier d'un congé de 3 mois à plein traitement et de 9 mois à demi traitement (les indemnités de résidence et supplément familial de traitement sont versés intégralement). Votre médecin établit un arrêt de travail. Vous envoyez aussitôt au service du personnel de votre administration les volets 2 et 3 de

vosre certificat d'arrêt de travail. L'administration peut demander une contre-visite par un médecin agréé. Vous présentez alors à ce dernier le volet 1 du certificat que vous avez conservé. Ce volet 1 est également nécessaire en cas de prolongation ou de passage en congé de longue maladie. Si, au bout de 6 mois consécutifs, vous ne pouvez reprendre votre service, le comité médical est saisi pour avis sur les demandes de prolongation pour les 6 mois restant à courir.

→ **Le congé de longue maladie (CLM).** Vous pouvez en bénéficier pour une durée maximale de 3 ans si vous êtes atteint d'une maladie présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée nécessitant un traitement et des soins prolongés. Vous conservez l'intégralité de votre salaire pendant un an et la moitié de votre salaire pendant les deux années suivantes. Toutefois, vous continuez à toucher la totalité des suppléments pour charge de famille et l'indemnité de résidence. Vous ne pouvez bénéficier d'un second congé de longue maladie si vous n'avez pas, auparavant, repris vos fonctions pendant un an.

→ **Le congé de longue durée (CLD).** Si vous êtes atteint de tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite, déficit immunitaire grave acquis, vous pouvez en bénéficier. C'est depuis l'intervention d'Act Up-Paris en 1994 auprès du Ministère de la Fonction Publique que les malades du sida bénéficient du CLD, plus intéressant que le CLM.

La durée maximale est de 5 ans par affection au cours de la carrière. Les trois premières années, vous percevez l'intégralité de votre traitement et les deux années suivantes, un demi traitement. Si vous avez contracté votre maladie dans l'exercice de vos fonctions, vous bénéficiez de cinq ans de plein traitement et trois ans de demi traitement.

À l'expiration du CLD, si vous ne vous sentez pas en état de retravailler tout en espérant réexercer un jour votre fonction, vous pouvez demander à être mis en disponibilité d'office.

Si en revanche, vous ne pensez pas reprendre un jour vos fonctions, vous pouvez demander une mise à la retraite pour invalidité.

Le temps passé en CMO, en CLM ou en CLD est décompté comme temps travaillé. Il est pris en compte pour l'avancement et la retraite. Pour ces types de congés maladie, la plupart des mutuelles de la fonction publique complètent le demi traitement par des allocations journalières qui permettent, dans la plupart des cas, de conserver environ 75 % de son traitement net (hors les primes). Ces allocations ne sont pas imposables.

→ **Comment obtenir un CLM ou un CLD.** Vous devez adresser une demande par voie hiérarchique au supérieur hiérarchique, accompagné d'un certificat médical détaillé adressé directement au comité médical départemental, sous pli confidentiel.

L'administration transmet la demande au comité médical départemental pour avis et fait effectuer une expertise. En cas de contestation, le dossier sera soumis au comité médical supérieur. Ensuite, l'administration prend une décision qui n'est contestable que par voie de recours administratif.

Vous devez être informé : des conclusions du rapport de l'expert avant la réunion du comité médical et de la date à laquelle le comité médical examinera votre demande afin que le médecin de votre choix puisse y assister.

Si l'une de ces conditions n'est pas remplie, la procédure est illégale et en cas de refus de congé, vous pouvez demander le réexamen du dossier dans les formes.

L'examen de cette demande nécessite au moins deux mois de délai pendant lesquels votre absence doit donc être couverte par un certificat médical ordinaire, mais le CLM ou le CLD couvre obligatoirement, dès qu'il est reconnu, la période de congé maladie ordinaire antérieure. Les CLM et CLD sont accordés par période de trois à six mois renouvelables. Avant la fin de la période, il faut donc soit demander la prolongation, soit la réintégration, selon la même procédure que pour la demande. Il faut s'y prendre assez tôt, vu les délais, pour ne pas risquer une rupture de paiement du traitement.

L'avis du comité médical départemental ne lie pas l'administration.

Pour contester un refus de CLM ou de CLD : vous pouvez faire appel devant le comité médical supérieur dans le délai d'un mois après la notification de l'avis médical. N'hésitez pas à faire appel à un syndicat ou à une association.

Par ailleurs, si votre état de santé est de nature à compromettre le bon fonctionnement du service, le supérieur hiérarchique peut établir un rapport. L'administration saisit alors le comité médical et peut demander un examen médical. C'est une procédure exceptionnelle limitée aux situations d'urgence.

S'agissant de votre réintégration, en cas de congé ordinaire de douze mois consécutifs, de CLM ou de CLD, vous ne pouvez reprendre vos fonctions qu'après examen de votre aptitude physique. Il peut vous être proposé un reclassement (si vous ne pouvez reprendre vos anciennes fonctions) ou un aménagement des conditions d'emploi, notamment par mi-temps thérapeutique (durée maximale de six mois).

2 Les congés maladies des agents non titulaires

Vous avez droit à des congés maladie rémunérés d'une durée variable selon votre ancienneté de services. Vous bénéficiez d'un plein traitement :

- pendant un mois après quatre mois de service puis du demi traitement pendant un mois ;
- pendant deux mois après deux ans de service puis du demi traitement pendant deux mois ;
- pendant trois mois après trois ans de service puis du demi traitement pendant trois mois.

Un congé de grave maladie est accordé en cas de maladie grave et invalidante et nécessitant des soins prolongés, vous mettant dans l'incapacité d'assurer vos fonctions. Votre ancienneté de services doit être d'au moins trois ans pour en bénéficier. Il est accordé par périodes de trois à six mois, après avis du comité médical. Le traitement est maintenu les douze premiers mois, puis réduit de moitié les vingt-quatre mois suivants.

L'employeur peut mandater un médecin au domicile du salarié pour effectuer une contre-visite, qui peut être contestée. L'Article L321.1 du Code du Travail évoque une incapacité physique mais le caractère potentiellement psychique de l'incapacité n'a jamais été contesté. Si vous n'avez pas droit à un arrêt de travail rémunéré, vous êtes :

- soit placé en congé sans traitement pour maladie si l'incapacité de travail est temporaire,
- soit licencié si l'incapacité de travail est permanente

Pour bénéficier des indemnités journalières versées par votre caisse d'assurance maladie, vous devez notamment justifier :

- soit de 200 heures de travail au cours du trimestre civil ou des 90 jours précédents ;
- soit avoir cotisé au cours des six mois civils précédents sur des rémunérations au moins égales à 1 015 fois le SMIC horaire.

la rupture du contrat de travail

Le licenciement

L'interdiction de principe d'un licenciement en raison de l'état de santé

Un licenciement qui interviendrait en raison de votre état de santé constituerait un licenciement discriminatoire, ce qui est interdit.

Pendant, certaines hypothèses dérogatoires existent :

- si votre inaptitude à continuer le travail est constatée par certificat médical ;
- si les arrêts de travail que vous avez eu ont une durée qui dépasse la période pendant laquelle la convention collective de votre entreprise interdit le licenciement (cette durée étant variable selon les dispositions de la convention collective, vous devez vous y reporter) ;
- si vos absences fréquentes pour cause de maladie entraînent une perturbation dans la bonne marche de l'entreprise.

Textes de référence :

Articles L1132-1 et L1133-2
du Nouveau Code du Travail.

Dans tous les autres cas, un licenciement fondé sur votre état de santé est discriminatoire et interdit et vous pouvez agir contre votre employeur. Mais généralement, les employeurs qui licencient en raison de l'état de santé de leurs salariés motivent leur décision autrement que par l'infection seule ; dans ce cas, il peut être difficile d'attaquer la décision de licenciement. Il faut donc vous efforcer de démontrer que la véritable cause est l'infection.

Recours contre un licenciement

→ Dans le secteur public : vous devez porter votre action devant les instances administratives.

→ Dans le secteur privé : vous devez vous diriger vers les juridictions prud'homales. Le Conseil des Prud'hommes est compétent pour connaître des litiges entre salariés et employeurs, en particulier pour les contestations de rupture de contrat.

(Voir le chapitre 6 page 160).

Le chômage

Lorsque vous êtes au chômage, vous pouvez parfois bénéficier de prestations supplémentaires aux allocations habituelles en raison de votre état de santé, soit par l'intermédiaire des ASSÉDIC (voir auprès des Pôles Emploi), des MDPH, ou des municipalités. Pour connaître vos droits éventuels à des prestations supplémentaires, renseignez vous auprès de l'ASSÉDIC dont vous dépendez *(Voir le chapitre consacré aux Prestations sociales page 133).*

les droits des minorités

les malades étrangers en France

L'entrée par le visa sanitaire

Les dispositifs permettant de pouvoir venir se faire soigner en France sont quasiment inaccessibles car beaucoup trop restrictifs, et inadaptés. Le CESEDA (Code de l'Entrée et du Séjour des Étrangers et du Droit d'Asile) prévoit un « visa sanitaire » (Article L.313-11) qui permet un court séjour médical en France, mais pas une installation durable que nécessite la prise en charge d'une pathologie de longue durée telle que l'infection à VIH/sida. Les conditions d'éligibilité sont particulièrement restrictives (notamment d'un point de vue financier). Il est donc inadapté à la plupart des situations dans lesquelles se trouvent les étrangers malades du sida. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas développé ce point dans ce guide. Vous retrouverez plus de détails sur notre site : www.actupparis.org/rubrique130

Le droit au séjour pour raison médicale

Le principe

L'Article L.313-11 du CESEDA énumère les différentes catégories d'étrangers à qui les préfetures sont dans l'obligation de délivrer une Carte de séjour temporaire vie privée et familiale (CST), sous réserve qu'ils ne menacent pas l'ordre public. Les malades étrangers résidant de fait en France et « dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » forment la onzième catégorie.

Qui peut en bénéficier ?

Pour bénéficier du droit au séjour pour raison médicale, vous devez répondre à trois critères administratifs, appréciés par le préfet et trois critères médicaux.

→ **Une résidence habituelle en France.** La résidence habituelle désigne le fait d'y vivre durablement, même sans disposer d'un titre de séjour. La circulaire du 12 mai 1998 fixe à une année l'ancienneté du séjour en France. Si vous résidez en France mais que vous ne pouvez prouver y vivre depuis plus d'un an, il est possible d'obtenir une Autorisation provisoire de séjour (APS) à condition de remplir les cinq autres critères. L'exigence d'ancienneté du séjour en France exclut de fait les personnes résidant à l'étranger et peut constituer un obstacle pour les personnes titulaires d'un visa en cours de validité. Dans ce cas, nous conseillons d'attendre l'expiration de celui-ci pour déposer une demande de séjour pour raison médicale.

→ **L'absence de menace à l'ordre public.** Cette notion particulièrement floue ne signifie pas forcément qu'avoir reçu une condamnation pénale vous exclut du droit au séjour pour soins. L'administration devra tenir compte de l'ancienneté de celle-ci, de l'absence éventuelle de récidive et de votre situation actuelle.

→ **L'absence de mesure d'éloignement.** Si vous faites l'objet d'un Arrêté Ministériel ou Préfectoral d'Expulsion (AME ou APE) ou d'une Interdiction du Territoire Français (ITF), il sera nécessaire de demander le relèvement ou l'abrogation de celui-ci et, en attendant, d'obtenir une assignation à résidence pour empêcher l'exécution d'une telle mesure. Si vous faites l'objet d'une Obligation à Quitter le Territoire Français (OQTF) suite à un refus de séjour ou d'un Arrêté Préfectoral de Reconduite à la Frontière (APRF), plusieurs situations sont à envisager :

- Si l'APRF ou l'OQTF date de plus d'un an, vous pouvez vous rendre en préfecture mais un accompagnement est préférable par mesure de précaution. Attention, si la préfecture vous confisque votre passeport au cours d'un entretien, cela peut être le signe qu'elle tente de réactiver une procédure d'éloignement. Faites-vous assister d'une association spécialisée.
- Si l'APRF ou l'OQTF date de moins d'un an mais n'est plus contestable, il faut en demander l'abrogation par voie postale. Il n'y a pas de délai pour cette demande.
- Si l'APRF ou l'OQTF peut encore être contesté devant un juge, il faut le faire en se fondant notamment sur l'impossibilité d'expulser des malades et demander de surcroît la délivrance d'un titre de séjour pour raison médicale.
- Enfin les personnes ayant fait l'objet d'une OQTF suite au refus de reconnaissance du statut de réfugié peuvent, dans le mois qui suit, déposer une demande de titre de séjour pour raison médicale. Parallèlement, l'OQTF devra également être contestée.

→ **Les trois critères médicaux** sont évalués par une autorité médicale qui transmet un avis sur chacun des critères suivants :

- Votre état de santé « nécessite une prise en charge médicale » : cette notion ne se limite pas uniquement aux traitements pharmaceutiques ou chirurgicaux, mais englobe également les actes de suivi médical régulier (consultations médicales programmées, examens biologiques, etc.) pour prévenir ou dépister d'éventuelles complications ou évolutions et le cas échéant, adapter les traitements nécessaires.
- Le défaut de prise en charge médicale « pourrait occasionner des conséquences d'une exceptionnelle gravité » : cela doit être interprété comme l'existence d'un risque médical attesté et significatif d'handicap ou de mortalité prématurée. Il en est de même si l'absence de suivi médical ne permet pas de prévenir, dépister et/ou adapter le traitement à des complications pouvant entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité.
- Vous ne pouvez « effectivement bénéficier du traitement approprié dans votre pays d'origine » : cette notion de bénéfice effectif ne dépend pas seulement de la présence dans votre pays d'origine des médicaments dont vous avez besoin, mais aussi de plusieurs autres paramètres tels que les quantités disponibles au regard du nombre de malades à traiter, le coût de ces traitements par rapport à votre niveau de vie, la distance entre l'hôpital et votre domicile dans votre pays d'origine, la possibilité de faire tous les examens nécessaires (bilans sanguins, charge virale, etc.).

Attention ! La jurisprudence du Conseil d'État semble remettre en cause la prise en compte des aspects financiers et géographiques. Il n'en reste pas moins que cette notion ne peut en aucun cas se restreindre à l'existence théorique du traitement.

La circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 précise utilement l'évaluation des critères médicaux pour les séropositifs au VIH. Ceux-ci remplissent de fait les deux premiers critères y compris « les personnes séropositives asymptomatiques dont la charge virale et le taux de CD4 ne justifient pas une mise sous traitement immédiate » et lorsqu'ils sont originaires d'un pays au système de santé défaillant le troisième critère est également rempli. Les personnes séropositives qui remplissent les conditions administratives et qui viennent de pays du Sud sont, dans leur immense majorité, susceptibles d'obtenir un titre de séjour pour soins.

Quel est le titre délivré ?

Si vous remplissez les six critères, la préfecture est tenue de vous délivrer une Carte de séjour temporaire (CST) portant la mention « Vie privée et familiale » pour la durée de l'accord donné par le médecin de l'administration dans la limite d'un an. Cette carte de séjour ne doit porter aucune mention du motif médical de sa délivrance.

Si vous vivez en France sans pouvoir justifier que vous y résidez depuis plus d'un an, la préfecture devrait vous délivrer une Autorisation provisoire de séjour (APS) renouvelable jusqu'à ce que vous puissiez justifier d'une année d'ancienneté en France donc acquérir le droit à une CST. Ce titre de séjour précaire ne permet pas de travailler ou de bénéficier de la plus grande partie des allocations sociales. Pour obtenir une autorisation de travail, le certificat médical non descriptif à présenter au guichet (*Voir procédure*) devra préciser que votre état de santé vous permet de travailler. Cependant la préfecture n'est pas tenue de vous délivrer une telle autorisation de travail. En revanche, lorsque vous pourrez justifier d'un an de présence en France, vous avez droit à une CST et non plus à une APS.

Quelle est la procédure prévue par les textes ?

Afin de garantir le secret médical, l'évaluation des critères médicaux est à la charge des Médecins inspecteurs de santé publique (MISP) sous l'autorité des DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales). A Paris, il s'agit du médecin-chef de la Préfecture de Police sous l'autorité du préfet. Le reste de la procédure est géré par la préfecture. Les procédures varient d'une préfecture à l'autre, parfois en contradiction avec la réglementation en vigueur. Il convient donc de se renseigner au préalable.

→ Les pièces à fournir :

- Une pièce d'identité qui peut être toute pièce d'état-civil, passeport, carte d'identité, livret de famille (personne mariée et/ou avec enfant) ou extrait de naissance (célibataire) ;
- Les preuves par tout moyen de l'ancienneté de présence en France (sauf pour les renouvellements) : factures nominatives, l'ancienneté du tampon d'entrée sur le passeport, l'attestation du bénéfice de l'Aide médicale d'État, une attestation d'un médecin ou d'une association, etc. ;
- Un document attestant de votre adresse si vous avez un domicile (quittances, factures, attestation d'hébergement d'un tiers) ou, si vous n'avez pas de domicile stable, une domiciliation.
- 3 photographies d'identité ;
- Un certificat médical non descriptif à présenter au guichet (*voir encadré ci-contre*).

- Un rapport médical sous pli confidentiel (*voir encadré*). Certaines préfectures exigent la remise du rapport médical dès le dépôt de la demande, d'autres vous demandent de le transmettre vous-même par la suite.

Attention ! De nombreuses préfectures exigent des pièces qui ne sont pas prévues par la réglementation. (Voir plus bas les principales entraves).

Le certificat médical non descriptif et le rapport médical sous pli confidentiel

→ Deux documents établis par un médecin sont nécessaires à la procédure : un certificat médical non descriptif et un rapport médical sous pli confidentiel. Néanmoins, il convient de bien les distinguer afin de se prémunir de toute violation du secret médical et d'immixtion de la préfecture dans l'évaluation médicale de la demande. Chacun de ces deux documents répond à un intérêt distinct et des conditions de forme et de fond particulières :

→ Le certificat médical non descriptif (à présenter aux guichets) n'est prévu par aucun texte, mais son exigence a été validée par une jurisprudence du Conseil d'État. Son rôle est uniquement d'attester aux agents des préfectures que vous remplissez les critères médicaux sans décrire précisément votre état de santé avant le dépôt de votre demande.

Sur la forme : il doit dater de moins de trois mois ; il doit être signé par un médecin ayant le grade de praticien hospitalier ou par un médecin agréé par la préfecture.

Sur le fond : le certificat médical doit attester (sans donner de précisions) : que votre état de santé nécessite une prise en charge médicale ;

dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; et (pour plus de précautions) que vous ne pouvez effectivement bénéficier du traitement approprié dans votre pays d'origine ainsi que la durée des soins prévus en France et éventuellement que votre état de santé est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle sous réserve de la poursuite de la prise en charge médicale.

→ Le rapport médical sous pli confidentiel doit être adressé au médecin de l'administration pour qu'il ait toutes les informations nécessaires à l'évaluation des trois critères médicaux, son contenu n'a pas à être connu des services préfectoraux. Il vous sera demandé au moment du dépôt de la demande ou plus tard, selon les préfectures.

Sur la forme : il doit dater de moins de trois mois. Il doit être remis sous pli confidentiel, dans une enveloppe fermée portant la mention « confidentiel / Secret médical » et être adressé au MISP ou au médecin chef selon la préfecture. Il doit être signé par un médecin ayant le grade de praticien hospitalier (PH) (si le médecin hospitalier qui vous suit ne détient pas ce grade, il peut faire contresigner son rapport par un praticien hospitalier de son service) ou par un médecin agréé par la préfecture. La liste des médecins agréés vous est remise quand vous retirez votre dossier à la préfecture.

Sur le fond : le rapport médical devra préciser : la nature de/s l'affection/s et les circonstances du diagnostic ; les complications éventuelles et facteurs de risques associés ; les modalités de prise en charge (surveillance, soignants et structures) ; les modalités du traitement (molécules et posologie) ; le pronostic en l'absence de prise en charge ; si possible, les éléments permettant d'évaluer le risque d'exclusion ou d'insuffisance de soins au pays d'origine.

Où introduire la demande ?

Le plus souvent, vous devez vous rendre physiquement à la préfecture ou sous-préfecture dont dépend votre domicile ou domiciliation pour introduire votre demande. Pour les personnes hospitalisées, le service social hospitalier peut introduire la demande par voie postale. Certaines préfectures ont mis en place des procédures spécifiques pour le dépôt des demandes, par voie postale comme dans les Hauts-de-Seine, ou dans des Centre de Réception des étrangers comme à Paris. Il convient donc de se renseigner au préalable (pour l'Île-de-France et la PACA, voir le guide du Comede 2008)

Comment est examinée la demande ?

Si vous remplissez les différents critères prévus par la loi et que vous avez déposé une demande de titre de séjour, la préfecture est tenue d'enregistrer cette demande et de vous remettre un récépissé de première demande ou de renouvellement. Ce récépissé atteste que vous êtes temporairement admis au séjour le temps de l'examen de votre demande. Si vous disposiez d'un titre de séjour avec autorisation de travail, le récépissé de demande de renouvellement conserve tous les droits attachés à votre précédent titre, y compris celui d'exercer une activité professionnelle. Cette attestation est donc capitale pour ne pas subir une rupture de vos droits (en cas de renouvellement) ou pour justifier que vous avez fait une demande de régularisation lors d'un contrôle de police.

Comment vous est donnée la réponse ?

→ Cas 1 Vous obtenez une CST

Si après examen de votre situation, la préfecture reconnaît que vous remplissez les différents critères prévus par la loi, elle est tenue de vous délivrer un titre de séjour, le plus souvent en vous adressant une convocation à l'adresse déclarée. La nature du titre délivré dépendra essentiellement de votre ancienneté de résidence en France (voir supra). A l'occasion de cette délivrance, la préfecture est en droit d'exiger le paiement de certaines taxes :

S'il s'agit de votre tout premier titre de séjour, que vous ne pouvez justifier d'une entrée régulière et que vous venez d'un pays soumis à l'obligation d'un visa pour l'entrée en France, le paiement d'une taxe de chancellerie peut vous être demandé. Celle-ci correspond à la régularisation de votre entrée en France et au double du tarif applicable dans les consulats pour un visa court séjour (soit en 2010, deux fois 60 euros, donc 120 euros). Il est cependant possible d'être exonéré de cette taxe en justifiant de votre indigence par une attestation d'un travailleur social diplômé (sur la base de l'annexe 1 III du décret n°81-778 du 13 août 1981 modifié). Lors du renouvellement d'un titre de séjour autorisant à travailler, le Code du Travail (Article L341-8) prévoit l'acquittement d'une taxe au profit de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), anciennement ANAEM, d'un montant de 70 euros .

→ Cas 2 Délivrance d'une APS

Si vous pouvez établir que vous résidez en France depuis plus d'un an, mais que la préfecture vous délivre une APS au lieu d'une CST, cette délivrance d'APS est abusive. Dès

lors que vous pouvez justifier d'une année de résidence en France, la préfecture doit délivrer une CST. N'hésitez pas à expliquer les conséquences qu'aurait pour vous la délivrance d'une APS (impossibilité de percevoir des allocations telles que l'AAH, difficulté pour obtenir un ACT, un hébergement, un emploi, etc.) si la personne au guichet vous répond que l'avis médical est valable pour une durée inférieure à un an.

En matière de VIH, cela peut s'expliquer si une APS vous a déjà été délivrée depuis la rédaction de l'avis médical, sinon c'est qu'il y a un problème, et nous vous conseillons de contacter une association. Quoiqu'il en soit, exigez que vous soit donnée une CST valable jusqu'à la fin de l'avis médical, comme le prévoit la législation.

→ Cas 3 Refus de délivrance d'une APS

La préfecture refuse de vous délivrer une APS au motif que vous résidez en France depuis moins d'un an. La délivrance d'une APS pour les malades étrangers résidant en France depuis moins d'un an est prévue par l'Article 7-5 du décret n°46-1574 du 30 juin 1946.

Si elle considère que vous ne pouvez prétendre au droit au séjour pour raison médicale elle vous notifiera très probablement un refus de séjour accompagné d'une obligation à quitter le territoire français (voir infra). Attention, si vous recevez un tel refus, vous n'aurez qu'un délai très court pour contester. Il est donc très important que vous puissiez facilement et régulièrement relever le courrier à l'adresse que vous avez donnée lors du dépôt de votre demande.

Depuis la loi du 24 juillet 2006 les refus de séjours sont presque systématiquement accompagnés d'une décision d'éloignement appelée obligation de quitter le territoire français (OQTF). Il s'agit d'une décision demandant à l'intéressé de quitter la France sous un mois à compter de sa notification. Si vous ne vous exécutez pas, l'OQTF devient une mesure d'éloignement donnant pouvoir à l'administration de vous placer en centre de rétention et de vous expulser.

Un agent de la préfecture vous donne une réponse à l'oral :

Il est de plus en plus fréquent que, lors d'un rendez-vous en préfecture, les agents préfectoraux informent les intéressés que le médecin a rendu un avis défavorable, en conséquence retirent le récépissé de demande et éventuellement l'ancien titre de séjour.

Sans décision explicite la procédure de recours devient très différente.

Il est nécessaire de contacter une association afin :

- soit de demander la communication des motifs de l'avis, ce qui a le plus souvent pour effet de pousser la préfecture à notifier un refus explicite contestable devant le juge administratif.
- soit de considérer qu'il s'agit d'un refus implicite de séjour également contestable et pouvant être assorti d'un recours en référé s'il est possible d'en montrer l'urgence. (L'urgence est systématiquement reconnue par la jurisprudence en cas de refus de renouvellement).

Le délai de recours est particulièrement court (1 mois), l'enjeu est de taille et les conditions de forme et de fond sont complexes. Il est donc impératif que vous preniez contact avec une association spécialisée dès la notification du refus de séjour, ou même avant si vous apprenez que l'administration entend refuser votre titre de séjour.

→ Cas 4 absence de réponse

L'examen de votre demande par la préfecture est encadré par des délais stricts : le silence gardé pendant plus de 4 mois vaut rejet implicite de votre demande. A l'exception d'un refus

de séjour signifié par écrit ou de la délivrance d'un titre de séjour, toute autre réponse orale ou écrite de la préfecture vaut comme un silence.

En pratique, les préfectures dépassent très fréquemment le délai de 4 mois et notifient finalement une réponse définitive (titre ou refus de séjour). Il est donc délicat de vous conseiller une attitude à adopter, cela dépend de votre situation personnelle et de la pratique de votre préfecture. Il est préférable de contacter une association qui connaît bien cette préfecture pour vous aider dans vos démarches.

Quelles sont les entraves les plus fréquentes et les solutions à apporter ?

→ Refus d'instruction

Vous souhaitez déposer une demande de séjour, mais la préfecture refuse de l'enregistrer alors que vous avez réuni toutes les pièces demandées. Dans un premier temps, argumentez aussi calmement que possible sur le caractère illégal du refus d'examen de votre situation individuelle. Si la personne persiste dans son refus, envoyez un courrier avec accusé de réception relatant les faits et annonçant que vous allez vous représenter à une certaine date pour une nouvelle tentative de dépôt. Retournez-y accompagné. Si le même refus vous est opposé, il faut que la personne qui vous accompagne rédige un témoignage. Puis contactez une association afin qu'elle intervienne auprès de la préfecture et/ou vous aide à engager un recours devant le juge administratif. Dans une telle situation un référé-liberté est envisageable sur le fondement de l'entrave au droit de voir sa situation individuelle examinée (Article L. 521-2 du Code de Justice Administrative).

Vous pouvez vous appuyer sur deux textes : l'avis du Conseil d'État n° 359.622 du 22 août 1996 « le demandeur de régularisation a un droit, c'est celui de voir son propre cas donner lieu à examen et, éventuellement, à réexamen lorsqu'un élément nouveau apparaît dans sa situation ». Et pour les refus de réexamen : la circulaire du 7 mai 2003, et plus particulièrement le paragraphe 1.2.2., « Réexamen », qui prévoit que « la position consistant à opposer une fin de non-recevoir, sans examen du dossier et, le cas échéant, sans tenir compte d'éléments nouveaux est à proscrire ». Si le refus d'instruction est motivé par le fait que vous avez déposé une demande d'asile toujours en cours d'instruction, sachez qu'il s'agit d'un refus illégal.

Pour plus de détails, voir le Guide de prise en charge médico-psycho-social élaboré par le Comede, (www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf) ou contactez cette association.

→ Exigence de pièces non prévues par la réglementation

Il est fréquent que les préfectures exigent des pièces qui ne sont pas prévues par la réglementation. S'il est parfois préférable pour l'avancée de son dossier de se plier à l'exigence de pièces non prévues, dans certaines situations, il est primordial de la contester :

- Quand vous ne pouvez obtenir une telle pièce ou que son obtention serait trop longue ou trop coûteuse (par exemple : l'exigence d'un passeport pour certaines personnes) ;
- Quand cette exigence pourrait vous porter préjudice (par exemple : une attestation d'hébergement chez un tiers où vous n'êtes pas sûr de récupérer votre courrier) ;
- Quand cette exigence est insupportable (par exemple : lettre de motivation ou autre absurdité)

Alors vous pouvez demander conseil aux associations pour évaluer votre situation.

Situations particulières :

- L'exigence d'un passeport en cours de validité est une pratique illégale très fréquente, aussi il est probable que vous ayez du mal à faire valoir seul vos droits. Pourtant l'Article R313-2 du CESEDA prévoit qu'une telle exigence n'est pas opposable aux personnes demandant une carte de séjour pour raison médicale.
- L'exigence d'une attestation d'hébergement et le refus des domiciliations administratives (création par un organisme d'une boîte aux lettres où l'on peut recevoir ses documents) doivent être fermement combattus, si vous n'êtes pas certain de pouvoir relever votre courrier régulièrement et systématiquement. En effet, les éventuels recours que vous pourriez être amené à faire sont enfermés dans des délais stricts et très courts (par exemple : un mois contre un refus de séjour). Les domiciliations administratives sont interdites par la loi DALO, sauf lorsqu'on fait la demande d'une aide juridictionnelle ou une demande d'AME.

→ Refus de délivrance d'un récépissé

Vous venez de déposer une première demande ou une demande de renouvellement de titre de séjour, mais la préfecture refuse de vous délivrer un récépissé attestant ce dépôt. Cette attestation est capitale pour ne pas subir une rupture de vos droits (en cas de renouvellement) ou pour justifier votre admission au séjour en France lors d'un contrôle de police. Il sera difficile d'obtenir un tel récépissé par la suite, il est donc préférable d'insister poliment mais fermement au moment où vous déposez votre dossier. Rappelez à votre interlocuteur que la délivrance d'un récépissé est prévue par l'Article R311-4 du CESEDA. La situation est plus délicate si la préfecture prévoit l'envoi du rapport médical par la poste. En effet, les services de la préfecture pourront arguer qu'ils attendent que cela soit fait avant de vous envoyer votre récépissé. Dans ce cas, présentez-vous au service de la préfecture une dizaine de jours après avoir transmis votre rapport médical.

→ Taxes abusives

Si vous vous êtes acquitté d'une autre taxe non prévue ou que les deux qui peuvent vous être demandées sont d'un montant supérieur à celui prévu, il est possible de demander un remboursement par courrier avec accusé de réception, en joignant le justificatif de paiement et en rappelant les références textuelle en la matière.

Que faire en cas de refus de séjour ?

→ Les décisions prises par la préfecture

En cas de refus de délivrance de titre de séjour, deux autres décisions sont en général également prises par le préfet : l'OQTF et l'arrêté fixant le pays de renvoi. Depuis la loi du 20 novembre 2007, seul le refus de séjour doit obligatoirement être motivé.

→ Les délais de recours

Comme toute décision administrative, les délais de recours courent à partir de la notification de la décision, c'est à dire à partir du moment où vous êtes censé avoir été au courant de la décision et non pas à partir de la date où la décision a été prise par le préfet.

Les trois décisions : le refus de titre, l'OQTF et l'arrêté, peuvent faire l'objet de deux types de recours : un recours administratif de type hiérarchique (auprès du ministre de l'intérieur) ou gracieux (auprès du préfet), ou un recours contentieux devant le juge administratif dans un délai d'un mois.

Attention ! Les recours hiérarchiques et gracieux ne repoussent pas les délais du recours contentieux comme cela peut être habituellement le cas.

Pour le moment, la demande d'Aide Juridictionnelle (AJ) prolonge les délais si elle a été faite dans le mois. Si vous demandez l'aide juridictionnelle dans le mois qui suit la notification de la décision, vous devrez faire votre recours contentieux dans le mois qui suit la décision d'acceptation ou de refus de l'aide juridictionnelle.

Il est donc indispensable de former un recours contentieux ou une demande d'Aide Juridictionnelle dans le mois. Les recours hiérarchiques et contentieux restent envisageables au surplus d'un recours gracieux.

Pour l'aide juridictionnelle (Voir page 162)

Le dossier de demande doit être fait pour la contestation des trois décisions.

Il est préférable d'avoir obtenu l'acceptation de votre dossier par un avocat spécialisé et compétent en droit des étrangers (voir par exemple pour la région PACA et l'IdF le répertoire du Guide du Comede)

→ L'effet des recours

Le recours contre le refus de séjour n'est pas suspensif, vous ne pouvez pas obtenir un titre de séjour dans l'attente de la décision du juge.

Le recours contre l'OQTF est suspensif. Vous ne pouvez pas être expulsé avant que le juge ait statué sur votre recours. En principe le tribunal administratif doit statuer dans un délai de trois mois à compter du dépôt de vos recours, mais aucune sanction n'est prévue si ces délais ne sont pas respectés.

Cependant, l'administration peut vous placer en rétention en attendant qu'une décision soit prise en urgence (72h) sur votre recours contre l'OQTF et l'arrêté fixant le pays de renvoi.

→ Les conditions de formes

Le recours doit être accompagné d'une copie de la décision contestée, daté et signé par le demandeur ou son avocat et être transmis en trois exemplaires (y compris les pièces jointes). Les pièces jointes doivent être listées et/ou mentionnées dans le recours. Il est recommandé de numéroter les pièces jointes pour faciliter l'étude du recours.

Le droit de vivre en famille

Le droit de vivre en famille est un droit fondamental consacré par la constitution française et la convention européenne des droits de l'Homme (Article 8). Plusieurs dispositions spécifiques transposent ce droit dans la loi française notamment par la procédure de regroupement familial et la carte de séjour mention « vie privée et familiale ». Nous n'aborderons dans ce chapitre que le regroupement familial et le droit au séjour des accompagnants de malades. Pour les conséquences du PaCS en matière de droit au séjour, (Voir page 22). Pour toute autre situation, nous vous conseillons de prendre contact avec des associations plus généralistes telles que la Cimade.

Le regroupement familial

Le regroupement familial est défini au Livre IV du CESEDA. Il s'agit d'une procédure permettant, sous certaines conditions, à l'étranger résidant régulièrement en France de faire venir en France sa famille (conjoint et enfants mineurs) restée dans son pays d'origine. Ce mécanisme peut bénéficier aux malades étrangers, bien qu'il s'agisse d'une procédure restrictive, lourde et complexe donc souvent inadaptée à la situation d'urgence dans laquelle se trouvent les malades étrangers isolés en France.

Pour plus de renseignements sur les conditions du regroupement familial, contactez une association généraliste en droit des étrangers comme la Cimade.

Pour plus d'informations, consultez : <http://vosdroits.service-public.fr/N11165.xhtml>.

Le droit au séjour des membres de familles déjà présents en France et des accompagnants de malades

→ Le principe

Le droit au respect de la vie privée et familiale peut se traduire par la délivrance d'un titre de séjour pour des personnes résidant déjà en France. Le 7° de l'Article L313-11 prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire à l'étranger ayant des liens personnels et familiaux particulièrement intenses en France.

Le fait d'accompagner une personne malade ayant besoin du soutien de ses proches permet de caractériser une telle « intensité ». De fait, de nombreuses préfectures ont mis en place une procédure analogue à celle du droit au séjour des malades étrangers pour examiner les demandes allant dans ce sens. Mais trop souvent elles considèrent qu'il s'agit là d'une régularisation exceptionnelle et non de l'application de la loi. En conséquence elles se contentent de délivrer une APS et non une carte de séjour d'un an telle que prévue par la loi. Cette disposition générale est en principe subsidiaire, on y fera appel que si les autres procédures n'ont pas fonctionné : il est prévu que les personnes pouvant entrer dans le cadre du regroupement familial ou d'une autre catégorie de délivrance d'une carte de séjour « vie privée et familiale » ne peuvent s'en prévaloir.

→ Cas particulier

Deux cas spécifiques sont à distinguer : celui des personnes résidant en France mais pouvant entrer dans la procédure du regroupement familial et celui des parents d'enfants malades :

- **Les accompagnants de malades pouvant bénéficier du regroupement familial** : en principe les conjoints mariés et enfants mineurs, résidant en France, d'un étranger malade sont exclus de cette disposition. En pratique, de nombreuses préfectures rejettent leur demande de titre de séjour en tant qu'accompagnant de malade au motif qu'ils peuvent utiliser la procédure de regroupement et doivent pour cela retourner dans leur pays d'origine. Cependant, de tels refus ont pu être annulés par le juge administratif considérant d'une part que le retour n'était pas possible du fait de la nécessité de l'accompagnement constant du proche malade ; d'autre part lorsque la personne ne peut manifestement pas remplir les

conditions de ressource et/ou de logement exigées pour le regroupement familial, elle peut se prévaloir de cette procédure de régularisation sur place.

• **Les parents d'un enfant malade** : la loi du 24 juillet 2006 sur l'immigration a inscrit dans le CESEDA une possibilité de délivrance d'une APS sans droit au travail pour un seul des deux parents d'un enfant gravement malade et ne pouvant effectivement se soigner dans son pays d'origine (Article L311-12). Avant cette précision, il avait été possible d'obtenir, sur décision du juge administratif, la délivrance d'un titre de séjour d'un an « vie privée et familiale » pour les deux parents. Aussi, il est important de formaliser qu'il s'agit d'une demande de titre de séjour pour les deux parents sur le fondement de l'Article L313-11.

→ La procédure

Comme pour toutes les demandes de titre de séjour, le principe prévu par les textes est celui d'un dépôt physique en Préfecture. Mais les préfetures peuvent organiser un dépôt par voie postale ou dans d'autres locaux (sous-préfecture, centres dédiés, commissariat, etc.).

Les pièces administratives nécessaires sont :

- un justificatif d'identité (de préférence un passeport mais pas nécessairement ;
- un justificatif de votre domicile (quittances, factures, ou le cas échéant une attestation d'hébergement d'un tiers) ou, si vous n'avez pas de domicile stable, une domiciliation ;
- 3 photos d'identités ;
- éventuellement la preuve de votre entrée régulière en France pour ne pas avoir à payer de taxe de chancellerie.

A l'appui de la demande, il faut produire un maximum de justificatifs des attaches en France et de l'ancienneté sur le territoire national. La plupart des préfetures demandent un rapport médical sous pli confidentiel transmis pour avis au MISF. Mais il semble que certaines préfetures soient en train de revenir sur ce dispositif, sauf pour les parents d'enfants malades. Dans ce cas, un certificat détaillé doit être joint au dossier. La précision du certificat, notamment sur la nature de la pathologie, relève évidemment de la décision du malade mais pour que la demande ait un minimum de chance d'aboutir, il faut que le certificat atteste et explique autant que possible les raisons pour lesquelles il est nécessaire pour le malade d'être soutenu. On peut par exemple développer les points suivants : aide à la réalisation des actes de la vie quotidienne du fait d'un handicap ; soutien moral pour une bonne observance du traitement ; soutien matériel pour une meilleure condition de vie ; assistance pour prévenir un médecin en cas de crises ; participation aux actes de soins ou infirmier, etc.

→ Le titre délivré et les éventuels recours

Le titre de séjour délivré doit être une carte de séjour temporaire. Mais de nombreuses préfetures délivrent plutôt des autorisations provisoires de séjour ou rejettent la demande de titre de séjour.

• **En cas de délivrance d'une autorisation provisoire de séjour (APS)**. Bien qu'un titre de séjour soit délivré, cette décision n'en constitue pas moins un refus de délivrer le titre demandé. Il est donc possible de contester cette décision de rejet. Le recours contentieux

doit être introduit dans les deux mois suivant la délivrance de l'APS. Les recours hiérarchiques (au ministère de l'immigration) et gracieux (au préfet) prorogent ce délai. Il est recommandé de prendre attache avec une association spécialisée ou un avocat (si vous avez peu de moyens vous pouvez faire une demande d'aide juridictionnelle *Voir page 162*).

• **En cas de refus pur et simple.** La décision de refus de séjour est quasi systématiquement accompagnée d'une Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). Il s'agit d'une mesure d'éloignement qu'il est primordial de contester. Le délai de recours contentieux est d'un mois. Les recours hiérarchiques et gracieux ne changent rien à ce délai. Il faut donc contacter en urgence une association spécialisée ou un avocat (si vous avez peu de moyens, vous pouvez faire une demande d'aide juridictionnelle)

La vie quotidienne

La carte de résident

Une carte de résident de 10 ans peut être délivrée dans les conditions prévues par les articles 314-1 et suivants du CESEDA. En dehors des situations familiales particulières pour les étrangers admis au séjour pour raison médicale, c'est essentiellement sur la base de l'ancienneté de séjour qu'une telle demande peut être faite. Il faut avoir résidé cinq années consécutives en France sous couvert d'un titre de séjour autorisant à travailler. L'obtention n'est malheureusement pas de plein droit mais au bon vouloir du préfet. De nombreux pays bénéficient de dispositions conventionnelles plus favorables (plein droit et/ou condition de résidence plus courte). Certaines préfectures refusent systématiquement les demandes des malades étrangers. Ces refus sont absolument illégaux car discriminatoires. Si le fondement discriminatoire est prouvé, le préfet s'expose à des sanctions pénales. En revanche, s'il est possible de faire annuler le refus, cela n'aboutira qu'à forcer le préfet à réexaminer la demande. Mais hors des motifs discriminatoires, le préfet peut refuser pour toute autre raison... Prenez contact avec des associations qui pourront vous aider.

La circulation à l'étranger

Il faudra bien sûr vérifier que votre statut administratif vous autorise à quitter le territoire et à revenir au terme du voyage. Les étrangers munis d'une APS ou d'un récépissé de demande/renouvellement d'une carte de séjour doivent s'assurer, pour prévenir tout problème, que la date de leur retour précède largement la date de péremption du titre de séjour et si possible prévenir la préfecture du voyage à venir.

Si possible, préparez votre voyage à l'avance pour vous prémunir de difficultés sur place (*Voir page 64*). D'un point de vue médical, prenez vos dispositions pour continuer à bien prendre votre traitement sur place, en consultant votre médecin pour avoir des médicaments dont le conditionnement sera possible. Consultez le chapitre « Voyage au pays et conseils médicaux » du guide « Prise en charge psycho-médico-sociale » du Comede.

L'éloignement du territoire

Les malades étrangers remplissant les conditions du droit au séjour pour raison médicale font partie des catégories protégées contre l'éloignement. Bien que fermement protégés par la loi, de nombreux malades étrangers font aujourd'hui l'objet de mesures d'éloignement.

Il en existe deux types :

- les mesures de reconduite à la frontière : APRF, arrêté de reconduite à la frontière et OQTF, obligation de quitter le territoire français,
- les mesures d'expulsion : AME et APE, arrêtés ministériels et préfectoraux d'expulsion, et ITF, interdiction du territoire français.

Reconduites à la frontière

L'obligation de quitter le territoire français ne pouvant être prise qu'à l'occasion d'un refus de séjour, nous ne développerons ici que les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière.

L'APRF (Arrêté préfectoral de Reconduite à la Frontière) est une décision préfectorale autorisant, dans certains cas de séjour irrégulier, à placer une personne en centre de rétention et l'éloigner par la force.

→ Les motifs du prononcé d'un APRF

Le préfet ne peut prendre un APRF que dans certains cas (Article L511-1 II du CESEDA). Il s'agit principalement d'étrangers en situation irrégulière qui de surcroît :

- sont entrés irrégulièrement sur le territoire français ;
- sont entrés régulièrement mais n'ont jamais obtenu un titre de séjour ;
- sont entrés régulièrement mais n'ont pas demandé le renouvellement de leur dernier titre de séjour ;
- ont fait l'objet d'une OQTF de plus d'un an.

D'autres motifs sont également prévus, liés à des troubles de l'ordre public. Sauf cas exceptionnel, un étranger entré régulièrement en France qui se trouve en situation irrégulière suite à un refus de séjour non assorti d'une OQTF (y compris les refus de séjour antérieurs à l'entrée en vigueur de ce dispositif) ne doit pas pouvoir faire l'objet d'un APRF.

Depuis la loi du 24 juillet 2006, l'APRF ne peut plus être délivré par voie postale mais uniquement en main propre. En pratique il s'agit d'une décision le plus souvent notifiée suite à une interpellation.

→ Les effets de l'APRF et leur durée de validité

L'arrêté de reconduite à la frontière a trois effets dont la durée de validité varie :

- il autorise, pendant un an, le placement dans un centre de rétention,
- il autorise, sans limite, l'exécution forcée de l'éloignement mais ne permet pas de placement en rétention. Au-delà d'un an, il s'agit donc d'une hypothèse théorique. Ceci oblige néanmoins à une certaine prudence dans les relations avec la préfecture,
- il empêche, pendant un an, le dépôt d'une demande de titre de séjour, mais passé ce délai, il est à nouveau possible de redéposer une demande de titre de séjour, notamment s'il existe des éléments nouveaux.

Enfin, l'APRF disparaît après son exécution : l'étranger éloigné du territoire français peut demander un visa s'il souhaite revenir en France.

→ **Que faire en cas d'APRF ?** Trois cas doivent être distingués :

- L'APRF vient de vous être notifié, vous avez alors 48h à compter de la remise de la décision pour la contester devant le juge. Le recours peut être faxé (depuis le centre de rétention administrative), remis au greffe du Tribunal, ou déposé dans la boîte aux lettres avec horodateur. Soit l'administration prend immédiatement un arrêté de placement en rétention et une fois dans le centre vous devez prendre contact avec l'association habilitée à y être présente (six associations sont présentes en centre de rétention : la Cimade, l'Ordre de Malte, Forum Réfugiés, Collectif Respect, France Terre d'Asile et l'Assfam). Soit la police vous laisse partir et vous devez contacter une association dans les plus brefs délais afin de vous aider à constituer un recours.
- L'APRF vous a été délivré depuis plus de 48h mais il y a moins d'un an, il est alors pleinement exécutoire. Il faut demander son abrogation en mettant en avant le maximum d'éléments nouveaux depuis qu'il vous a été délivré. Cette demande se fait par courrier. Ne vous rendez pas en préfecture. Si vous êtes interpellé, il peut être encore possible de le contester par des voies de recours complexes qui nécessitent impérativement l'intervention de juristes spécialisés en matière d'éloignement.
- L'APRF a plus d'un an, il n'y a pas de procédure particulière à engager mais une certaine prudence s'impose dans vos rapports avec la préfecture, surtout si l'administration détient votre passeport.

Les mesures d'expulsion

Les mesures d'expulsion au sens strict du terme (AME et APE, arrêtés ministériels et préfectoraux d'expulsion, et ITF, interdiction du territoire français) diffèrent, dans leurs effets, des mesures d'éloignement. Non seulement elles permettent le renvoi forcé, mais une fois exécutées, elles interdisent l'entrée sur le territoire français, temporairement ou définitivement. Les malades étrangers remplissant les conditions de délivrance d'un titre de séjour pour raison médicale sont protégés de ces mesures (sauf situation exceptionnelle).

→ **L'arrêté d'expulsion**

• **Qu'est-ce qu'un arrêté d'expulsion ?**

L'arrêté d'expulsion est une décision administrative prise contre un étranger dont la présence sur le territoire français constitue « une menace grave pour l'ordre public ». Il peut être prononcé par le ministre de l'Intérieur (Arrêté ministériel d'expulsion, AME) ou après avis consultatif de la Commission départementale d'expulsion par un préfet (Arrêté préfectoral d'expulsion, APE). Les arrêtés d'expulsion : autorisent le placement dans un centre de rétention ; autorisent l'exécution forcée de l'éloignement ; empêchent le dépôt d'une demande de titre de séjour ; une fois exécutés, interdisent l'entrée en France. Ces effets sont illimités dans le temps, mais l'autorité qui a pris un arrêté d'expulsion doit en réexaminer la nécessité tous les cinq ans.

• **Quelle protection pour les malades étrangers ?**

Les malades étrangers répondant au critère de délivrance d'un titre de séjour pour raison médicale bénéficient d'une protection contre ces mesures (Article L521-3, 5° du CESEDA) sauf en cas de « nécessité impérieuse pour la sûreté de l'Etat ou la sécurité publique », ou de « comportement de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'Etat, ou lié à des activités à caractère terroriste, ou constituant des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou la violence ».

• **Que faire en cas d'arrêté d'expulsion ?**

Les voies de recours contre les arrêtés d'expulsion sont celles du droit commun : ils peuvent être attaqués dans un délai de deux mois devant le juge administratif. Ce recours n'est pas suspensif, il faut donc y joindre un référé-suspension pour s'assurer que la mesure ne soit pas exécutée avant le jugement définitif.

Nous vous déconseillons de quitter volontairement le territoire français pour engager une telle demande car cela risque de vous faire perdre votre ancienneté de résidence sur le territoire français. Sauf si vous vous trouvez déjà hors de France ou si vous êtes incarcéré, il est nécessaire de demander une assignation à résidence (voir infra). Si vous êtes incarcéré, que votre libération approche et que vous faites toujours l'objet d'une mesure d'expulsion, il faut impérativement demander l'aide du SPIP et obtenir une assignation à résidence afin d'éviter une expulsion à la sortie de la détention. Contactez la Cimade.

→ **Les interdictions du territoire français**

• **Qu'est ce qu'une ITF ?**

L'ITF est une peine qui peut être prononcée à l'encontre d'étrangers condamnés pour certains crimes et délits définis par le Code Pénal. Les effets de l'ITF sont similaires à ceux de l'arrêté d'expulsion. Une ITF peut être temporaire, d'un an à plusieurs années, ou définitive.

• **Quelle protection pour les malades étrangers ?**

Seuls les étrangers bénéficiant d'un titre de séjour pour raison médicale sont protégés contre les ITF (Article 131-30-2, 5° du Code Pénal). Cette protection est absolue. Ceux qui remplissent seulement les critères sans avoir obtenu de titre ne sont pas protégés des conséquences d'une ITF. Mais ils peuvent néanmoins mettre en avant auprès du juge pénal les conséquences médicales d'une exceptionnelle gravité, celui-ci pouvant passer outre l'ITF.

• **Que faire face à une ITF ?**

L'ITF étant une sanction pénale, si vous venez d'être condamné à une telle peine il est possible de faire appel ou d'aller en cassation. Demandez conseil à une association ou à un avocat spécialisé car vous pouvez voir votre peine alourdie en appel.

Si la condamnation ne peut plus faire l'objet d'un recours, il faut distinguer deux situations : les ITF prononcées à titre principal (quand elles sont l'unique sanction prononcée) et les ITF prononcés à titre complémentaire (en surplus d'une sanction principale, le plus souvent une peine d'emprisonnement).

Pour les ITF prononcées à titre complémentaire il est possible de former une requête en relèvement auprès du parquet de la juridiction qui a prononcé la condamnation. Cette requête doit mettre en exergue les conséquences médicales d'une exceptionnelle gravité que pourraient avoir une expulsion. Tout comme les demandes d'abrogation d'un arrêté expulsion, la requête en relèvement doit être faite hors de France, en prison, ou sous assignation à résidence. De surcroît elle ne peut être déposée que six mois après la condamnation (sauf en cas d'incarcération).

→ L'assignation à résidence

• Qu'est ce qu'une assignation à résidence ?

Il ne faut pas confondre les assignations à résidence qui constituent une alternative au placement en rétention d'un étranger interpellé et celles qui suspendent l'exécution d'un arrêté d'expulsion ou d'une ITF. Concernant les malades étrangers qui remplissent les critères médicaux de délivrance d'un titre de séjour (voir supra), l'administration est tenue de prendre une telle mesure lorsqu'ils font l'objet d'une mesure d'expulsion.

• Quelles sont les effets de l'assignation à résidence ?

Les effets de l'assignation à résidence des malades étrangers faisant l'objet d'une mesure ou d'une peine d'expulsion sont multiples. Elle empêche l'exécution de la mesure ou de la peine, elle permet le dépôt d'une demande d'abrogation de l'arrêté d'expulsion ou de relèvement de l'ITF, l'intéressé se voit délivrer une Autorisation Provisoire de Séjour (APS) assortie avec autorisation de travail. En contrepartie, la préfecture conserve le passeport de l'intéressé et celui-ci doit se présenter tous les mois à la préfecture et ne pas quitter un certain périmètre géographique (le plus souvent le département). En cas de manquement à ces obligations, l'intéressé est passible d'une peine d'emprisonnement de trois ans au plus.

• Quand et comment demander une assignation à résidence ?

Dans le cas des malades étrangers, l'assignation à résidence doit être demandée dès que vous avez connaissance d'une mesure ou d'une peine d'expulsion devenue définitive. Si vous êtes incarcéré, il est important de faire une telle demande avant votre sortie de détention. Demandez une assistance auprès du SPIP pour cela. Il est parfaitement possible de faire en même temps une demande d'assignation à résidence et d'abrogation d'un arrêté d'expulsion. Concernant les ITF, il est par ailleurs possible d'en demander le relèvement sans attendre la réponse de la demande d'assignation à résidence. La demande se fait auprès de l'autorité qui a pris l'arrêté d'expulsion (Ministère de l'Intérieur ou préfecture). Au bout 4 mois, une absence de réponse vaut refus implicite.

• Quelle est la durée d'une assignation à résidence ?

Sauf les cas où l'autorité médicale considère que la prise en charge médicale nécessaire en France est de courte durée, l'assignation à résidence est prise sans limitation de temps. Deux cas peuvent être distingués :

Cas 1 : la peine ou l'arrêté d'expulsion a disparu. Il convient alors de déposer une demande d'abrogation de l'assignation à résidence car celle-ci n'est pas automatique. Même une fois

le risque d'expulsion écarté, la personne concernée restera plusieurs mois sans pouvoir demander un titre de séjour dans l'attente de l'abrogation de l'assignation à résidence. Pendant ce temps, ces obligations et celles de l'administration restent inchangées.

Cas 2 : l'administration souhaite abroger l'assignation à résidence alors que la peine ou l'arrêté d'expulsion peut encore être exécuté. Dans ce cas, l'administration est dans l'obligation de vous informer de cette possible décision et vous permettre de lui adresser un complément d'informations.

La rétention

La rétention administrative est une privation de liberté spécifique pour les étrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement. Elle est décidée par le préfet « pour le temps strictement nécessaire à son départ », et en tout état de cause pour une période maximale de 32 jours.

→ **Le cadre de la rétention.** Les étrangers placés en rétention ont la possibilité de communiquer avec toute personne de leur choix, avec leurs autorités consulaires et avec un avocat. Ils ont un libre accès à des cabines téléphoniques (et peuvent généralement conserver leur téléphone portable quand celui-ci ne peut pas prendre des photos).

Ils ont droit aux visites dans les plages horaires prévues.

Des intervenants extérieurs assurent des permanences dans les CRA : une association parmi les six habilitées à être présentes au sein des CRA (la Cimade, l'Ordre de Malte, Forum Réfugiés, Collectif Respect, France Terre d'Asile et l'Assfam), une équipe médicale, composée d'infirmiers et de médecins du Centre hospitalier qui a passé une convention avec la préfecture, l'OFII.

→ **Vos recours.** Vous êtes protégé contre la décision de mesure d'éloignement sur les mêmes critères que pour le droit au séjour pour raison médicale, si votre « état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité, à condition qu'ils ne puissent effectivement bénéficier du traitement approprié dans le pays de renvoi. »

Vous pouvez faire une demande d'abrogation de cette mesure, une demande d'assignation à résidence et un recours contentieux contre la mesure d'éloignement.

En parallèle, si vous êtes dans les délais pour le recours contentieux (un mois pour contester une OQTF, 48h pour contester un Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière remis en main propre), saisissez le Tribunal Administratif. Le Juge Administratif est en charge de contrôler la légalité de la mesure de rétention.

Si vous avez dépassé les délais, saisissez l'Administration d'une demande d'abrogation de l'APRF ou de l'Arrêté d'expulsion, ou d'une demande d'assignation à résidence.

Il s'agit de transmettre au médecin de l'Administration les informations médicales permettant d'évaluer les risques que vous encourez en cas d'éloignement vers votre pays d'origine.

S'il existe un risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale, le médecin de l'Unité médicale du Centre de rétention administrative doit transmettre au Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) les informations médicales vous concernant.

Il établit un rapport sur le modèle de la demande de titre de séjour pour soin, qu'il envoie en

urgence au MISP de la DDASS du département du CRA qui transmet au plus vite son avis au Préfet. Le Préfet statue en urgence sur la demande d'abrogation de la mesure d'éloignement ou sur la demande d'assignation à résidence.

Attention ! La fin d'une mise en rétention sur critères médicaux ne régularise pas votre situation. Il vous appartient de déposer une demande de titre de séjour pour soin, en vérifiant que la mesure d'éloignement a été effectivement abrogée. Pour vous conseiller, prenez contact avec la Cimade.

PaCS et droit au séjour

(Voir le PaCS page 22).

les usagers de drogues

Qu'est-ce qu'une drogue ?

Une drogue est une substance naturelle ou chimique susceptible de modifier la conscience, la perception de la réalité. Il existe des drogues légales (alcool, tabac, etc.) et des drogues illégales (cannabis, ecstasy, etc.). Les drogues sont illégales et appelées « stupéfiants » si elles sont classées dans les tableaux I et II de la Convention de 1971, qu'elles soient naturelles ou synthétiques.

Vous trouverez ces tableaux à l'adresse suivante :

www.addictopedia.com/convention_sur_les_substances_psychotropes_de_1971.php

Ils ont été repris en France par l'arrêté du 22 février 1990 fixant la liste des substances classées comme stupéfiants.

La séparation entre drogue légale et illégale n'est fondée sur aucune donnée scientifique. Les drogues illégales ne sont en aucun cas les plus dangereuses et vice versa.

Cette classification est le résultat d'un héritage culturel et moral. L'exemple de l'alcool l'illustre parfaitement. Cette drogue tue 45 000 personnes par an dont 7000 dans les accidents de la route et pourtant elle est entièrement intégrée à notre patrimoine et il n'est pas rare que les parents initient leurs enfants à sa consommation. Comme nous le disons à Act Up-Paris : « Je joue, je fume, je bois, mon dealer c'est l'État ».

Rappel de la loi

La « Loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses » est la base juridique de la politique française de lutte contre la toxicomanie. Elle est fondée sur l'abstinence, prétend désintoxiquer ces individus et éradiquer les substances. Elle pose la consommation de drogues comme un « fléau social ». Elle est insérée dans le Code de la Santé Publique (Article L 628).

L'offre, la cession, la production, le transport et la détention de stupéfiants sont prohibés. Globalement, toutes les substances addictogènes sont illicites, et l'offre, la cession, la production, le transport et la détention sont prohibés.

La circulaire du 9 mai 2008 relative à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances a posé la nécessité de « redéfinir une nouvelle politique pénale », et s'attache à « symboliser aux yeux du consommateur l'interdit légal qui s'attache à l'usage d'un stupéfiant ». Elle distingue cependant l'usager simple de l'usager toxico-dépendant et du « réitérant ».
www.anitea.fr/download/circulaire_2008050.pdf

Le procureur de la République peut imposer un traitement dès les premières étapes du processus pénal ; il s'agit de l'injonction thérapeutique. Les poursuites sont alors suspendues. Tout usager interpellé peut bénéficier de cette mesure au titre de l'Article 3423-1 du Code de Santé Publique. Cette procédure ne concerne que les usagers. La loi du 5 mars 2007 et le décret 2008-364 du 16 avril 2008 modifient les conditions de la procédure d'injonction thérapeutique (création d'un dispositif basé sur le médecin relais).

Secret médical et soins sous couvert d'anonymat

Tant que l'usage de drogues restera interdit par la loi et passible de sanctions pénales, la situation des consommateurs à l'égard du système de soins restera ambiguë et incertaine. L'accès aux soins pose deux types de problèmes : celui du secret médical (les médecins et le corps médical sont-ils tenus de garder secret ce qu'ils savent de vos consommations, même si elles sont réprimées par la loi ?) et celui de l'aide et des soins auxquels peuvent prétendre les consommateurs de drogues « actifs », qui prennent plus ou moins quotidiennement des produits interdits (l'usage de drogues dans un service hospitalier peut-il par exemple justifier l'expulsion d'un malade ?).

On ne peut malheureusement pas apporter de réponses claires à ces questions : la situation diffère selon le type de structure de soins (structures d'accueil « bas seuil », centres spécialisés, hôpitaux, cabinets de ville). Elle peut aussi changer considérablement d'un centre d'accueil, d'un service ou d'un médecin à l'autre.

Dans le cadre de la procédure d'injonction thérapeutique, il existe une levée du secret professionnel qui implique la transparence des informations entre le Parquet et l'autorité sanitaire et entre l'autorité sanitaire et le médecin responsable quant au déroulement et au suivi du traitement.

Cette levée du secret professionnel ne concerne toutefois que la toxicomanie et son traitement. En pratique, on constate que les praticiens sont souvent réticents à informer les Parquets des interruptions de cure ou des rechutes.

Le secret médical

(Voir page 17). La consommation de drogue relève du secret médical qui lie votre médecin. Cependant, le secret peut être levé dans le cadre d'enquêtes sur le trafic de stupéfiants : un juge enquêtant sur un réseau de revente est habilité à réquisitionner des dossiers médicaux, quand bien même le médecin qui les détient refuserait de les lui transmettre.

Les soins sous couvert d'anonymat

La seule manière d'échapper à ce type de risque est d'entrer dans un programme de soins en évitant ou en refusant de décliner son identité. Cette possibilité est prévue par la loi du 31 décembre 1970, qui ouvre la possibilité aux consommateurs de drogues de recourir au système de soins sous le régime de l'anonymat.

→ C'est le cas, notamment dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques à bas seuil d'exigences (CAARUD, bus de prévention, boutiques, etc.), qui proposent généralement des services (échange de seringues, pause-café, permanence sociale, etc.) sans conditions d'accès.

→ Les centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST, bientôt CSAPA) sont soumis au régime de la loi de 1970 : soins et services dispensés gratuitement, autorisation de l'anonymat, etc. Ces centres proposent généralement des accompagnements au sevrage et des traitements de substitution (à la méthadone notamment), mais également un suivi social et psychologique, ainsi que des consultations de médecine générale. L'entrée sous couvert d'anonymat total doit cependant faire l'objet d'une demande expresse (orale ou écrite). Dans le cas contraire, un dossier sera établi à votre nom. Si vous êtes déjà suivi dans un CSST et que vous souhaitez bénéficier de la procédure d'anonymat, le seul moyen est de demander à en sortir et à y rentrer à nouveau sous couvert d'anonymat total, sous réserve que le CSST où vous êtes suivi l'accepte.

→ Ni l'hôpital ni la médecine de ville ne permettent la dispense de soins sous le régime de l'anonymat, sauf exception très particulière (l'accouchement sous X par exemple). Les soins y étant pris en charge par la Sécurité Sociale, ils doivent être nominatifs.

Parlez de vos consommations à votre médecin, autant que possible. Beaucoup s'abstiennent de le faire, par crainte de poursuites ou de stigmatisation. Mais les interactions entre drogues et traitements médicaux sont un risque évident, même si elles sont mal connues. Elles peuvent vous mettre en danger ou vous exposer à de graves problèmes de santé. Il y a vingt ans encore, la grande majorité du corps médical ne pensait que sevrage ou abstinence face à la consommation de drogues. Mais les soignants plus tolérants et/ou mieux avertis sont de plus en plus nombreux. Depuis une quinzaine d'années, réduire les dommages liés aux consommations sans juger des pratiques est devenu un objectif partagé pour beaucoup.

Le droit des malades consommateurs de drogues

Il n'est pas rare que les usagers de drogues admis dans des établissements de soins ne soient pas considérés comme des patients comme les autres. Ils peuvent avoir des problèmes pour obtenir des Traitements substitutifs aux opiacées (TSO) si on ne leur en a pas déjà prescrit, ou être reçus ou traités comme des malades de la drogue, même s'ils se présentent pour des pathologies ou des problèmes somatiques autres. Certains ont pu d'autre part être expulsés de l'établissement parce qu'ils consommaient des produits (notamment illicites) durant leur hospitalisation. Les problèmes sont fréquents et les pratiques varient énormément d'un établissement ou d'un chef de service à l'autre. On peut cependant rappeler quelques règles.

L'admission

Le refus d'admission dans un service d'urgence est interdit par la loi, dès lors qu'il y a danger pour la santé de la personne. On ne peut pas vous refuser l'accès aux urgences sous prétexte que vous êtes « toxicomane ».

La réglementation

→ D'une façon générale la consommation est interdite dans les établissements de soins. Par ailleurs, depuis la mise en œuvre le 1^{er} février 2007 du décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 « fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif », les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer (il est interdit de fumer dans les chambres et les « coins fumeurs » ne sont plus autorisés.) La consommation et l'introduction de boissons alcoolisées sont également interdites à l'hôpital.

→ Des dérogations existent cependant pour le tabac : en court et moyen séjour, des aménagements sont possibles « si la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures » ; pour un long séjour, les patients sont autorisés à fumer dans leur chambre, celle-ci étant assimilable à un espace privatif.

→ Il n'existe pas à l'heure actuelle en France de salles de consommation ou d'autres lieux équivalents où la consommation de drogues illicites serait autorisée. Toutefois, à l'initiative du collectif « Act Up-Paris, Anitea, ASUD, SOS Hépatites Paris, Gaïa et salledeconsommation.fr », une salle de consommation à moindres risques a été ouverte à Paris à l'occasion de la Journée Mondiale des Hépatites en mai 2009 www.salledeconsommation.fr/accueil/index.html

Consommation privée et accès aux soins

La tolérance à l'égard des consommations privées (effectuées hors des locaux) varie avec le type de structure et les établissements.

→ Les centres d'accueil bas seuil (CAARUD) ont pour vocation d'accueillir des consommateurs « actifs ». Ils peuvent difficilement vous reprocher de consommer hors de chez eux.

→ Les centres spécialisés (CSST/ CSAPA) ont pour mission d'accompagner les personnes en démarche thérapeutique de sevrage ou de substitution. Dans le cadre de ce suivi, certains établissements (CSST, services hospitaliers) pratiquent des tests urinaires ou sanguins pour y chercher la trace de consommations et contrôler les déclarations de leurs patients. Si ces pratiques peuvent paraître contestables, aucun texte ne semble ni les interdire ni les imposer.

- Le cas de la méthadone est particulier : son autorisation de mise sur le marché (AMM) stipule en toutes lettres l'obligation de procéder à des examens d'urine. Il s'agit d'une part de vérifier que vous êtes bien dépendant aux opiacés lors de la première prescription (sinon il y a un risque d'overdose), d'autre part de suivre et d'évaluer votre consommation d'autres drogues pendant la durée du traitement. Ces informations sont cependant confidentielles et soumises au secret médical. Les résultats doivent vous être intégralement communiqués par écrit et surtout ne doivent pas conditionner la mise en place ou le maintien du traitement.

- Dans certains établissements, hôpitaux ou cabinets médicaux, la reprise ou le maintien de consommations illicites, parallèlement au traitement ou aux soins, peut motiver une exclusion. Le règlement intérieur ne le précise pas nécessairement. D'une façon générale, aucun texte n'empêche ni n'impose ce type de pratique.

Mais si la vie ou la santé du patient est en jeu, l'exclusion serait contraire aux règles de déontologie des établissements de soins. Renseignez-vous autant que possible sur les pratiques de l'établissement, au moment où vous y entrez. Si le centre hospitalier en est doté, il peut être utile de se mettre en contact avec un CLUD (Comité de LUTte contre la Douleur). Si une hospitalisation vous impose d'arrêter votre consommation (soit que le règlement intérieur l'oblige, soit que vous ne puissiez plus vous procurer de produits) et si cet arrêt doit entraîner des problèmes de manque, vous êtes en droit de demander un traitement de substitution (substituts opiacés ou nicotiques) ou des médicaments contre la douleur.

Observance et compatibilité des drogues avec les traitements

Les consommateurs de drogues sont souvent considérés à tort comme peu ou mal respectueux des consignes de traitement. De nombreuses études ont pourtant prouvé que ces idées reçues étaient fausses : les usagers de drogues, une fois convaincus de l'intérêt du traitement, sont tout aussi rigoureux que les autres, voire même plus.

Un certain nombre de drogues licites ou illicites (l'alcool et la cocaïne notamment) étant connues par ailleurs pour abîmer le foie, beaucoup de médecins hésitent à prescrire des traitements (en particulier les traitements contre l'hépatite) aux consommateurs actifs. Ces pratiques sont en général contredites par les conférences de consensus.

L'attitude des médecins évolue cependant, et toute situation doit pouvoir être négociée. Quelles que soient vos habitudes de consommation, il est important que vous soyez suivi et soigné. En cas de refus de soins motivé par vos habitudes de vie ou votre consommation, n'hésitez pas à contacter des associations.

De plus en plus, les usagers de drogues ont recours à des médicaments détournés de leur usage médical. Il est important de savoir que bon nombre de médicaments présentent des risques d'hépatotoxicité et d'interactions avec d'autres traitements.

Il est capital de trouver un médecin avec qui vous vous sentiez réellement en confiance.

Grâce à cette confiance mutuelle, un suivi au long cours pourra vous permettre de progresser dans votre parcours de santé, de devenir réellement acteur dans la prise en charge médicale et de pouvoir guérir des addictions ou des hépatites.

→ **Attention !** d'une manière générale, il faut considérer avec la plus grande attention la prise d'un traitement antirétroviral et la consommation de drogues. Les mélanges peuvent être à l'origine d'effets plus ou moins gênants : effets secondaires temporaires, diminution de l'efficacité du traitement. Même si l'ensemble des interactions possibles avec les drogues n'est pas encore connu précisément, il faut souligner les fortes interactions entre les antiprotéases et l'ensemble des drogues.

La substitution aux opiacés

Définition

Un traitement de substitution consiste à prescrire des substances pharmaceutiques dont l'activité pharmacologique est similaire à celles des drogues addictives, en restant efficace autant que possible sur de

Ce chapitre s'inspire dans ses grandes lignes du Manuel des droits des usagers de traitements de substitution opiacée, publié par l'association ASUD (Auto-Support Usagers de Drogues) téléchargeable gratuitement à cette adresse : www.asud.org/pub/TSO_net.pdf.

longues durées. Aujourd'hui on en connaît de deux sortes : substituts nicotiques, délivrance d'opiacés de synthèse. Le but est de stabiliser la consommation et/ou de permettre aux individus d'engager des processus de soin. En 2009, 200 000 personnes étaient en traitement de substitution opiacée en France, soit 2 personnes pour 1 000 habitants (chiffres OEDT, 2006).

Liberté de prescription

Tout médecin exerçant en cabinet, dans une clinique, un dispensaire ou à l'hôpital, est autorisé légalement à prescrire n'importe quelle substance inscrite au registre des substances pharmaceutiques. Cependant la législation française limite le droit pour une substance à porter le titre de médicament : pour y être autorisée elle doit bénéficier d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM). Cette autorisation conditionne le droit au remboursement. Toutefois, le médecin est seul responsable de la décision de vous prescrire, à des fins de substitution, une substance opiacée hors AMM.

Quelles molécules ?

Jusqu'à aujourd'hui seules deux substances seulement peuvent se prévaloir d'une AMM pour la substitution aux opiacés, la méthadone et la buprénorphine haut dosage (cette dernière est commercialisée sous le nom de Subutex® ou Buprénorphine Arrow®).

La buprénorphine haut dosage peut être prescrite par n'importe quel médecin. Pour la méthadone en revanche, des circulaires restreignent la possibilité de primo-prescription aux médecins exerçant en centre spécialisé, en établissement de santé pénitentiaire et, depuis le 30 janvier 2002, dans tous les établissements de santé. Un médecin généraliste peut ensuite prendre le relais.

D'autres substances peuvent exceptionnellement faire l'objet d'une prescription médicale, soit à titre exceptionnel, soit dans le cadre d'essais cliniques. Sont parfois utilisés pour les opiacés les sulfates de morphine, la codéine ou le laudanum.

→ **Attention !** le choix du produit de substitution se fait en concertation avec votre médecin, en fonction de votre consommation, des modes de prises (cachet sublingual pour la buprénorphine haut dosage, sirop pour la méthadone), mais aussi des traitements antirétroviraux que vous prenez. Quasiment tous les traitements antirétroviraux ont une interaction in-vitro avec la méthadone. Cette interaction n'implique pas forcément de conséquences cliniques mais des difficultés peuvent se présenter : modification de l'efficacité des traitements VIH et du traitement de substitution. Une personne sous antiprotéase peut rencontrer des crises de manque avec une prescription de méthadone apparemment suffisante. Les antiprotéases diminuent en effet le dosage sanguin de la méthadone et nécessitent parfois une prescription plus importante, à définir avec des dosages plasmatiques.

L'ordonnance sécurisée

La prescription de traitements de substitution aux opiacés doit être faite au moyen d'une ordonnance sécurisée, théoriquement infalsifiable. Si votre médecin n'en possède pas, il est tenu de s'en procurer. Le fait de ne pas posséder un tel document ne peut pas être avancé comme argument pour vous refuser une prescription. La prescription de méthadone ne peut pas excéder 14 jours. Celle de buprénorphine haut dosage peut aller jusqu'à 28 jours non

renouvelables. Le médecin peut choisir de vous délivrer sa prescription en une seule fois, auquel cas il doit expressément le mentionner sur l'ordonnance.

→ **Attention !** votre nom est toujours mentionné sur l'ordonnance, son contenu est personnel, elle est votre propriété et vous devez la conserver. S'il est avéré que votre médicament a été consommé par un tiers, vous pouvez être considéré comme responsable. De plus, la présentation d'une ordonnance à votre nom vous garantit contre le soupçon de détournement en cas de contrôle de Police.

Le choix du pharmacien

L. 162-4-2 du Code de la Sécurité Sociale : les médecins devront désormais écrire le nom d'un pharmacien sur l'ordonnance. Le choix de la pharmacie, cependant, reste entièrement de la responsabilité du patient. Vous devez donc indiquer le nom d'une pharmacie à votre médecin. Si cet endroit ne vous convient plus, vous êtes parfaitement en droit de mentionner une autre officine lors du renouvellement de votre ordonnance.

Refus de délivrance

En cas de refus d'un pharmacien de vous délivrer votre traitement, commencez par analyser ce qui vous est signifié :

- on vous propose de commander le traitement en arguant du fait que le stock du magasin ne dispose pas de la molécule en question ;
- on vous enjoint d'aller chez un confrère ;
- on vous refuse la prescription parce que : « on ne fait pas de ça chez nous ».

Dans le premier cas revenez plus tard : une officine est ravitaillée au minimum deux fois par jour (matin et soir), quelquefois trois, voire quatre.

Dans les deux cas suivants, vous êtes en droit de demander poliment l'identité du pharmacien, puis de porter le cas auprès des juridictions ordinaires (Conseil Régional de l'Ordre). Le refus de délivrance n'est pas un crime ni un délit, ce n'est qu'une infraction qui peut être sanctionnée. Des associations comme ASUD peuvent vous aider si vous décidez de dénoncer cette infraction.

Voyages à l'étranger

Les dispositions relatives à la circulation des traitements de substitution connaissent, selon les pays, trois niveaux de permissivité.

→ **Pays de la C.E. signataire des accords de Schengen.** En théorie vous devez demander à la DDASS dont dépend votre domicile une autorisation de transport de stupéfiants ou substances psychotropes dans le cadre d'un traitement médical, document rempli par un fonctionnaire au vu de l'original de votre ordonnance. Dans le cas où vous n'auriez pas eu le temps, voyagez impérativement muni de votre ordonnance, rédigée de manière lisible, comportant le nom et l'adresse de votre prescripteur, la durée du traitement et sa posologie. Vous pouvez également, après accord préalable entre votre centre et un centre du pays d'accueil, procéder à la mise en place d'un relais thérapeutique, par exemple si votre voyage excède la durée globale de votre prescription.

→ **Pays dispensateurs de traitements de substitution ou autorisant leur transport sous certaines conditions** (États-Unis, Iran, Japon, Amérique du Sud, Afrique du Sud, Israël, Thaïlande). Munissez-vous de votre ordonnance et :

- si votre voyage excède la durée maximale de prescription (par exemple : 14 jours pour la méthadone), d'une attestation de transport de stupéfiants fournie par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSaPS),
- si votre voyage est inférieur au délai maximal de la prescription, d'une simple lettre d'accompagnement rédigée en anglais décrivant votre prise en charge (nom du prescripteur, dosage, durée de prescription, ancienneté de la prise en charge).

En règle générale renseignez-vous auprès de l'ambassade par téléphone et sans donner votre identité. Il existe un site en anglais et en allemand soigneusement mis à jour et renseigné sur la législation de 194 pays concernant le transport ou l'importation d'opiacés de substitution : www.indro-online.de

→ **Attention !** mention spéciale pour les États-Unis où la méthadone est prescrite mais où les usagers et anciens usagers de drogues sont théoriquement interdits sur le territoire américain, comme vous le découvrirez en remplissant la fiche de renseignements aéroportuaire distribuée quelques temps avant votre atterrissage.

→ **Pays extérieurs à Schengen dans lesquels la substitution est illégale.** Dans ces pays (la grande majorité en fait) vous risquez de sérieux ennuis en vous présentant à la douane avec vos traitements, même si vous êtes muni de vos documents de prescription. Ces ennuis peuvent aller jusqu'à la prison ferme dans les cas les plus graves et/ou à l'extorsion d'amendes dénuée de toute base juridique dans les cas les plus courants. Méfiez-vous particulièrement des pays d'Asie du Sud-Est où la lutte contre la drogue est une arme de propagande. Dans tous les cas, renseignez-vous anonymement par téléphone auprès des services de l'ambassade concernée. En cas de problèmes à la frontière, demandez à être mis en relation avec le consulat ou l'ambassade de France avant de signer le moindre document.

Usagers de drogue et détention

Depuis la loi du 18 janvier 1994, c'est le Ministère de la Santé qui est responsable des soins des personnes incarcérées, et non plus l'administration pénitentiaire. Chaque établissement pénitentiaire est lié, via un protocole, avec un hôpital de proximité chargé d'apporter une réponse globale aux besoins sanitaires des personnes détenues. En pratique, dès le mandat de dépôt, le détenu est placé sous la responsabilité de l'hôpital de secteur. La circulaire du 8 décembre 1994 pose l'objectif d'« assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à l'ensemble de la population ». Ce principe est rappelé dans le projet de loi pénitentiaire adopté par le Sénat le 6 mars 2009.

La circulaire DGS/DH n° 96-239 du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes a consacré le principe de la poursuite du traitement de substitution : un détenu substitué doit pouvoir continuer son traitement en prison ; cette circulaire a été confirmée par la circulaire « Santé /Justice » du 5 décembre 1996, qui permet aux personnes incarcérées d'être « initiées » à la substitution. Les autorités médicales dont dépend

l'établissement pénitentiaire sont habilitées à effectuer tous les actes médicaux relatifs à la substitution (initiation/relais/sevrage). Tous les traitements TSO sont donc en théorie accessibles. Vous êtes pris en charge via l'UCSA (Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires, service de médecine générale), le SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) ou un des CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, né du regroupement des Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et de services ambulatoires en alcoologie).

Si l'intervention en milieu pénitentiaire entre seulement dans le cadre des missions facultatives des CSAPA, la Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 sur la mise en place des CSAPA précise qu'une attention particulière devra être portée à la couverture des besoins des personnes incarcérées ou sortant de prison. Théoriquement, le secret médical doit être respecté lors de la délivrance du traitement, en pratique cela suppose une adaptation des normes pénitentiaires : la délivrance à l'infirmerie favorise le « repérage » des personnes sous traitement. Pour signaler un dysfonctionnement, adressez-vous par courrier au chef de service de l'UCSA ou au directeur du CSAPSA, puis éventuellement au médecin inspecteur de la DDASS, avec systématiquement une copie à votre avocat.

Une proposition de loi du 10 janvier 2008 prévoyait un accès à la Réduction des Risques (RdR) en centres de détention via l'insertion d'un article dans le Code de la Santé Publique. A ce jour, aucun décret en ce sens n'est paru. Une enquête relative à la prévalence de l'infection par le VIH et le VHC chez les personnes détenues (PREVACAR) est en cours, ses résultats ne seront pas connus avant 2011, et le CNS s'est prononcé mi-septembre 2009 pour une mise en œuvre rapide du Programme d'Échange de Seringues (PES) en milieu pénitentiaire, l'amendement relatif à cet avis a été rejeté dès le 22 septembre au titre de l'Article 40 de la Constitution : il s'agirait d'une aggravation de la charge publique, son rejet n'a pas à faire l'objet d'un quelconque débat contradictoire.

Attention ! les risques d'overdose sont importants à la sortie de prison, une reprise des anciennes habitudes de consommation lors de la libération peut être dangereuse, du fait de sevrages trop brutaux au cours de l'incarcération, d'un suivi inadéquat pendant la détention, d'une qualité des produits différente, ou d'une baisse de tolérance.

www.cns.sante.fr/spip.php?article306&artpage=3-4#nb38

les travailleuses et travailleurs du sexe

La législation française tient une position abolitionniste face à l'activité prostitutionnelle, c'est-à-dire qu'elle refuse toute réglementation de la prostitution.

Il n'existe donc pas de droits spécifiquement ouverts pour cette activité : les personnes prostituées sont censées bénéficier des dispositifs de droit commun, mais des obstacles interviennent fréquemment dans l'accès aux droits.

Avant toute démarche, n'hésitez pas à vous renseigner auprès des associations de soutien ou des permanences sociales et juridiques d'arrondissement. Beaucoup d'entre elles peuvent vous accompagner dans vos démarches administratives et orienter vos dossiers vers les structures les plus tolérantes.

Cadre légal de l'activité prostitutionnelle

Cadre légal

La loi du 18 mars 2003 relative à la sécurité intérieure a inscrit dans le Code Pénal une nouvelle infraction prévue à l'Article L. 225-10-1 : « Le fait, par tout moyen, y compris par une attitude même passive, de procéder au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération est puni de 2 mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende ». Le délit de racolage est ainsi élargi, il intègre désormais le « racolage passif ». Auparavant, le racolage actif était poursuivi au titre des contraventions de 5^e classe (Article R. 625-8 du Code Pénal).

Les personnes travailleuses du sexe sont contraintes de se cacher pour pouvoir continuer à exercer, et cela favorise le proxénétisme et le manque de sécurité. Les tribunaux, lassés de voir se remplir les salles d'audiences de travailleurs du sexe, appliquent de moins en moins cette loi. Cependant, les consignes du Ministère de l'Intérieur restent dans un sens répressif. C'est souvent le cas au bois de Vincennes où les travailleurs du sexe se voient distribuer des amendes pour stationnement interdit. Ce genre de directives répressives dépend aussi de la politique des commissaires de zones dans lesquelles vous travaillez.

Beaucoup de personnes travaillent sur Internet pour éviter la répression. La LSI condamne le proxénétisme commis « grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de télécommunications. » Certains sites français suppriment les annonces afin de ne pas être condamnés pour proxénétisme ou incitation à la prostitution, en particulier lorsque les annonces affichent un tarif ou des demandes de rencontres tarifées. La plupart des sites d'escort sont domiciliés à l'étranger, dans des pays non abolitionnistes, mais cela n'empêche pas la possibilité, pour la personne travailleuse du sexe, d'être poursuivie en France.

Rapports avec les forces de police

De nombreux témoignages rapportés aux associations font état de rapports difficiles entre les prostituées et les forces de police. Confiscation des préservatifs et des médicaments, insultes racistes et sexistes, chantage, refus d'enregistrer des plaintes pour viol ou agressions

de la part de proxénètes ou de clients. Ces agissements sont totalement illégaux. En cas de problèmes avec la police, il faut impérativement contacter les associations. Elles peuvent vous soutenir dans vos démarches afin de vous apporter le soutien moral dont vous aurez besoin. Elles peuvent également vous défendre et enregistrer ce genre d'exactions pour les dénoncer publiquement, en respectant votre anonymat (par exemple, l'association Cabiria). En ce qui concerne les contrôles d'identité, les arrestations et les gardes à vues, référez-vous aux conseils donnés en annexe de ce guide. Sachez qu'en cas de garde à vue, si vous n'avez pas d'avocat, il vaut mieux contacter une association spécialisée qui se chargera de vous en trouver un dont l'expérience est adaptée à votre problème.

En cas d'agression de la part d'un client ou d'un passant, il faut impérativement porter plainte. Si vous hésitez dans cette démarche, les associations pourront vous aider.

Personnes prostituées étrangères.

En plus des dispositions prévues pour les personnes étrangères (*Voir page 80*), trois particularités s'appliquent aux personnes travailleuses du sexe.

→ Le CESEDA rend possible le retrait d'une carte de séjour « si l'étranger, titulaire d'une carte de séjour temporaire ou d'une carte de séjour « compétences et talents », est passible de poursuites pénales sur le fondement des Articles 222-39, 225-4-1 à 225-4-4, 225-4-7, 225-5 à 225-11, 225-12-5 à 225-12-7, 311-4 (7°), 312-12-1 et 321-6-1 du Code Pénal », c'est-à-dire, entre autres, si la personne est condamnée pour « racolage passif ».

→ En parallèle, est prévu dans l'Article L316-2 du CESEDA la délivrance d'une carte de séjour temporaire « Vie privée et familiale » qui ouvre droit à une autorisation de travail pour les personnes portant plainte contre leur ou leurs proxénètes, ou témoignant contre eux dans le cadre d'une procédure pénale. Une carte de résident pourra être délivrée en cas de condamnation du proxénète. Il s'agit en fait d'une incitation à la délation, qui vise à miner la solidarité entre personnes travailleuses du sexe et multiplier les fausses accusations.

→ Le risque d'arrestation est plus important si vous travaillez dans la rue, car vous êtes exposé à des contrôles policiers plus fréquents. Il est donc important que vous connaissiez vos droits quant aux procédures d'expulsion ou de reconduite à la frontière et aux recours possibles (*Voir chapitre 6 page 160*).

Remarques : des personnes prostituées étrangères arrêtées par la police se sont vues confisquer, voire déchirer leur titre de séjour. Si vous possédez un titre de séjour (APS, carte de résident, carte de séjour), ne conservez sur vous qu'une photocopie de celui-ci (la photocopie ayant la même valeur que l'original). Veillez à ce que l'original de votre titre de séjour puisse être présenté rapidement par quelqu'un que vous pourriez contacter en cas de garde à vue.

Si vous bénéficiez de l'asile politique ou territorial ou si vous êtes demandeur d'asile, vous n'êtes pas expulsable, ni reconductible à la frontière tant que votre situation n'a pas été examinée.

Si vous êtes en cours de régularisation dans un autre pays européen appartenant à l'espace Schengen, vous ne pouvez pas être expulsé vers votre pays d'origine mais uniquement vers le pays où est faite la demande de régularisation (selon les conventions de Dublin du 15 juin 1990 et Dublin II du 27 juillet 2001, relatives à l'examen des demandes d'asile dans l'Union européenne).

Vie quotidienne

Cadre et organisation du travail

Il est important que vous définissiez votre propre cadre de travail et les conditions dans lesquelles vous exercez. Il est nécessaire que vous n'acceptiez que les clients dont les souhaits vous semblent réalisables, en accord avec vos propres limites et votre capacité à rendre un service sexuel. Si vous êtes isolé, soyez davantage vigilant. Vous pouvez contacter les différentes associations pour qu'elles vous conseillent. Vous pouvez aussi vous adresser à vos collègues, leur expérience est significative.

En matière de prévention, il est vital que vous utilisiez toujours des préservatifs et du gel à base d'eau. Les associations tiennent à votre disposition différentes brochures concernant l'usage du préservatif et des conseils d'hygiène pour éviter les IST. Depuis quelques années, on note une recrudescence des pratiques à risques. Il est de votre ressort d'informer vos clients à ce sujet. S'ils émettent des objections, n'ayez pas peur de les sensibiliser aux conséquences de leurs actes (pour eux et leurs familles). Votre corps est votre principal outil de travail, respectez-le ! Dans ce cadre, il est important de vous faire dépister régulièrement. Certaines associations peuvent vous fournir gratuitement en préservatifs. Si vous travaillez dans la rue, il est possible de voir passer certaines d'entre elles. N'hésitez pas à les solliciter, elles sont là pour ça.

Si vous travaillez sur Internet, les sites d'escort proposent des pages prévention. N'hésitez pas à les consulter. Si certains sites ne vous réorientent pas vers un lien, référez-vous régulièrement aux associations de prévention. Pour trouver gratuitement des préservatifs, vous pouvez aussi vous rendre auprès des associations de lutte contre le sida, les dispensaires et les centres de dépistage.

Couverture sociale

→ **Personnes prostituées étrangères.** Selon votre situation et vos revenus déclarés, vous pouvez bénéficier :

- soit de la Couverture Maladie Universelle (CMU), avec ou sans la complémentaire santé gratuite, si vous êtes étranger en situation régulière et que vous pouvez prouver une présence de plus de trois mois sur le territoire français (*Voir page 134*).
- soit de l'Aide Médicale d'État (AME) si vous êtes étranger en situation irrégulière, et que vous pouvez prouver une présence sur le territoire français de plus de trois mois (*Voir page 136*).

Si vous remplissez les conditions pour bénéficier du RSA, faites-en la demande. Cela vous permettra de pouvoir justifier d'un revenu face aux administrations ou aux mutuelles. Si vous percevez le RSA socle, cela vous permettra de bénéficier automatiquement de la CMU et de la CMU Complémentaire (*Voir le RSA page 150*).

→ **Personnes prostituées françaises.** Si vous êtes français et que vous déclarez vos revenus, vous pouvez tenter de vous affilier à l'URSSAF ce qui vous permettra de cotiser aux caisses de retraite et d'assurance maladie et d'opérer dans la légalité. Deux problèmes se posent :

- l'inscription à l'URSSAF n'est possible que sous le régime d'imposition à frais réels, particulièrement inadapté au secteur prostitutionnel ;

- l'activité prostitutionnelle n'étant pas reconnue comme activité professionnelle, il n'est pas possible de se faire inscrire en tant que personne travailleuse du sexe. Vous pouvez donc tenter une affiliation en vous inscrivant dans la rubrique « relations publiques », le travail sexuel n'apparaissant pas comme tel. Certains centres de l'URSSAF compréhensifs acceptent ce type d'inscription.

Vous pouvez également vous renseigner sur le RSA (*Voir page 150*).

Il est par ailleurs nécessaire de prendre une complémentaire santé, afin de couvrir des frais d'hospitalisation ou des soins coûteux. Certaines mutuelles d'assurance privées refusent les personnes prostituées au motif que leurs revenus seraient illégaux. Contactez les associations pour faire valoir vos droits face à ce type de discriminations : certaines préconisent dans ce cas le recours en correctionnelle. Ce type de procédure est difficile. Si vous décidez de vous engager dans cette voie, cherchez un soutien auprès des associations de terrain.

Discriminations au sein des établissements de soins

Si vous estimez faire l'objet d'une discrimination de la part de services de santé à cause de votre activité prostitutionnelle, des recours sont possibles en vertu du principe de non-discrimination et de la loi relative aux droits des malades. N'hésitez pas à contacter des associations de malades dans ce cas.

Les médecins ne peuvent rapporter les informations qu'ils ont reçues pendant l'exercice de leur fonction. La prostitution et le proxénétisme n'échappent pas au secret médical, excepté si le médecin juge qu'il y a maltraitance de mineurs.

Revenus, biens

La législation contre le proxénétisme interdit à toute personne de louer, de vendre ou de mettre à disposition de quelque manière que ce soit un bien immobilier à une personne en sachant qu'elle se livre à la prostitution, infraction désormais élargie aux « véhicules de toutes sortes ». Par ailleurs, toute personne vivant avec une personne travailleuse du sexe et ne pouvant justifier par ses revenus propres, de son train de vie, peut être poursuivie pour proxénétisme (Article 225-4-8 du Code Pénal).

Ces obstacles législatifs rendent les personnes prostituées suspectes notamment aux yeux des propriétaires. Il est donc utile de pouvoir justifier d'autres revenus, tels que ceux déclarés au titre d'une autre activité, un RSA ou d'autres allocations.

→ **Attention !** en cas de contrôle, la CAF peut vous demander de rembourser le trop perçu de vos allocations.

Impôts

Les bénéfices tirés de la prostitution sont imposables, soit dans le cadre des travailleurs indépendants en tant que Bénéfices Non Commerciaux (BNC), soit dans le cadre d'un redressement fiscal, s'il est reconnu manifeste que vous êtes sous la dépendance d'un proxénète, en traitements et salaires.

Il existe deux systèmes de déclaration des BNC : le régime dit spécifique des BNC et le régime réel.

→ Dans le régime spécifique, l'imposition est calculée sur les revenus déclarés auxquels est retiré un abattement forfaitaire de 35 %, correspondant à une estimation des frais professionnels. Ce régime ne peut s'appliquer que pour des revenus annuels déclarés inférieurs à 32 000 euros.

→ Le régime réel implique que soit fait un bilan financier annuel où sont déduits les frais professionnels. Ceux-ci ne peuvent pas comprendre le paiement d'un loyer ou de chambres d'hôtel (à cause des mesures contre le proxénétisme). Il faut justifier tous les frais professionnels (factures).

Il est généralement plus avantageux et plus simple de se déclarer sous le régime spécifique, dit BNC. Vous pouvez aussi vous renseigner sur la possibilité de s'inscrire en tant qu'auto-entrepreneur. Là aussi la limite est de 32 000 euros par an, et les prélèvements sur le chiffre d'affaire sont de 20,5 % pour une activité libérale et 23 % pour une activité de services.

Attention ! la création de sociétés anonymes entraîne généralement plus de complications que d'intérêts (obligation d'une comptabilité très stricte, nombreuses démarches administratives).

Si vous ne déclarez pas vos revenus issus de la prostitution, vous pouvez faire l'objet de redressements fiscaux. Ceux-ci ne sont pas rares, notamment suite à l'achat d'un bien immobilier ou aux dépôts réguliers de sommes d'argent sur des comptes bancaires. Par ailleurs, ils peuvent intervenir suite à une dénonciation. Il est prudent de ne jamais parler de ses revenus.

Comptes bancaires

Selon la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre l'exclusion et l'Article L. 312-1 du Code Monétaire et Financier, vous êtes censé pouvoir ouvrir un compte bancaire sans obligation de titre de séjour et dans l'établissement de votre choix. Si la banque refuse l'ouverture du compte, elle doit fournir un document écrit notifiant son refus. L'intéressé peut alors saisir la Banque de France qui désigne une banque d'office. Or, les banques remettent très rarement ce document écrit qu'il faut réclamer et n'informent pas du « droit au compte » qui peut être actionné auprès de la Banque de France. Pour obtenir un soutien pour l'ouverture d'un compte, adressez-vous par exemple au GISTI.

Pour en savoir plus : www.gisti.org/doc/plein-droit/67/droit.html.

Garde parentale

L'activité prostitutionnelle seule ne peut légitimer le retrait de la garde d'enfants. Celle-ci ne peut en effet intervenir que si la santé ou la moralité du mineur est concernée. Toutefois il est possible que soit demandée une assistance éducative qui n'entame en rien la responsabilité du parent.

Hébergement et réorientation professionnelle

Si vous êtes précaire et que vous avez besoin d'un hébergement, vous pouvez vous tourner vers certaines associations spécialisées dans la thématique prostitutionnelle. Vous devez savoir que la plupart des associations et mouvements qui disposent de ces moyens sont abolitionnistes. Si vous ne souhaitez pas de réorientation professionnelle, déterminez à

l'avance ce que vous attendez de leur part et ce que vous êtes prêt à accepter, car ils vous proposeront des contrats tacites. Vous pouvez dans un premier temps contacter les associations mentionnées dans ce guide. Elles vous réorienteront en fonction de votre cas vers les organismes les mieux adaptés.

Comme il n'est pas possible d'exercer en tant que salarié, vous ne pouvez pas bénéficier de l'allocation chômage. Toutefois, si vous percevez le RSA, il vous est possible de solliciter une formation auprès de votre Pôle Emploi et d'être accompagné dans votre recherche d'emploi. Si vous avez moins de 25 ans, vous pouvez aussi vous adresser aux missions locales de votre secteur. Elles ont pour but l'insertion des jeunes et proposent différents services et conseils personnalisés (qu'il s'agisse d'emploi, de logement, ou d'aides sociales).

Retraite

L'activité prostitutionnelle n'ouvre aucun droit à la retraite. Pour en bénéficier, vous devez cotiser auprès de l'Urssaf en vous référant comme travailleur indépendant en relations publiques (il s'agit du même statut pour la fiscalité). Si durant votre carrière vous avez été employé ou chef d'entreprise, ce sont sur ces cotisations que se baseront vos droits.

Chaque profession recensée a une caisse spécifique, et il existe une caisse-balai qui recueille toutes les autres professions. Depuis 2004, il n'est plus nécessaire que la profession soit admise dans les statuts de la caisse pour admettre une nouvelle profession. Vous pouvez donc tenter de vous y affilier ; il s'agit de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) : <http://service.cipav-retraite.fr>.

Il est fortement conseillé de cotiser auprès d'une caisse de retraite complémentaire.

Si vous êtes âgé, l'association Avec Nos Aînées (ANA) peut vous aider à mettre en place un système de retraite.

Pornographie

La pornographie est la seule ramification du travail du sexe au sein de laquelle vous pouvez bénéficier de droits sociaux. Vous devez effectuer 507 heures de travail sur 10 mois calendaires pour bénéficier du statut d'intermittent du spectacle. Cela vous donne droits aux assédics, aux congés spectacle, à la retraite et à la couverture sociale si le nombre de vos cachets est suffisant.

Vous devez vous méfier de certaines productions. Il est d'usage dans la profession de ne pas déclarer l'intégralité de vos revenus ou de ne pas vous fournir les documents nécessaires (contrats, certificats de travail, feuilles de congés spectacles, attestation assédic). Vous devez pouvoir les exiger à n'importe quel moment. En cas de litige avec votre employeur, contactez l'inspection du travail.

Il n'existe aucune réglementation à l'heure actuelle concernant la sécurité des acteurs X. De ce fait, si vous êtes séropositif, on ne peut pas vous demander un test de séronégativité (c'est une discrimination à l'embauche). Vous pouvez nous contacter pour nous signaler ce genre de discrimination. Il en va de même pour la sécurité des séronégatifs.

En acteur responsable, vous devez refuser les pratiques non-protégées. Elles vous conduisent à prendre des risques inutiles. Tout salarié a le droit de travailler dans des conditions optimales de sécurité. De plus, vous avez une responsabilité vis-à-vis de votre public. Montrer des pratiques bareback à l'écran peut l'inciter à vous suivre dans cette voie.

Sachez que les producteurs ne se soucient que de la rentabilité de leurs films et non de votre bien-être. S'ils exigent de vous une prise de risque, contactez-nous, ainsi que la Direction du travail et les autorités sanitaires compétentes.

Méfiez-vous aussi des productions dites « amateurs ». En effet, ce genre de société peu scrupuleuse vous fera signer des contrats de cession d'image, et non des contrats de travail. De ce fait, s'il vous arrive un accident durant le tournage, vous n'êtes pas couvert par la Sécurité Sociale. Par ailleurs, ces entreprises vous règlent bien en dessous des barèmes en vigueur et ne maîtrisent pas la cyber-diffusion des images. Si une production est réellement amateur, il devrait leur être interdit de vous imposer vos partenaires.

les transidentités

La transidentité concerne les personnes évoluant ou souhaitant évoluer dans un genre différent de celui dans lequel ou auquel on les a assignés en fonction de leur sexe biologique. Contrairement aux idées reçues, une personne trans ne veut pas forcément subir d'opérations de réassignation sexuelle. Certaines personnes souhaitent évoluer dans un genre social différent à leur sexe de naissance sans pour autant passer par la moindre opération chirurgicale alors que d'autres éprouvent le besoin de se faire opérer et de modifier leur corps et/ou leurs organes génitaux.

Prise en charge du parcours trans en France : historique et actualité

En 1989, le Ministère de la Santé adressait à la CNAM une circulaire qui officialisait un protocole de soins créé dans un hôpital parisien. Cette circulaire est à l'origine du mythe de l'existence de protocoles dits officiels avec des psychiatres autoproclamés « spécialistes du transsexualisme ». Or, cette circulaire non publiée et illégale, sera annulée par une décision de la cour de cassation en 2004 (Arrêt de la Cour de Cassation du 27 janvier 2004). En 2004 est signé le décret qui crée une ALD trans, classée dans les Affections Psychiatriques Longue Durée (catégorie d'ALD 23), alors que les associations trans réclamaient un travail de la HAS sur la prise en charge de la transidentité.

La Haute Autorité de Santé a publié un pré-rapport en mai 2009 sur la prise en charge de la transidentité en France, pré-rapport largement décrié par les associations car ce qui devait être un mémoire sur les parcours trans en France (et comment les prendre en charge au mieux) a abouti à ne représenter qu'un seul point de vue sur ces parcours : celui des équipes hospitalières.

En 2010, le Ministère de la Santé travaille sur un projet de Centre(s) de Référence, dont nous ignorons à l'heure actuelle le contenu et les modalités. La prise en charge de la transidentité est donc susceptible de changer au cours de l'année 2010 ; restez à l'affût des publications associatives sur le sujet.

Le Ministère de la Santé a publié en février 2010 un décret qui déclassé la transidentité de l'ALD 23 (Affections Psychiatriques Longue Durée) vers une ALD « hors liste ». Ce changement d'ALD ne change pas pour autant l'aspect psychiatriquant du protocole de soin accordé aux trans. Attention ! désormais l'ALD est accordée sur critères (principalement coût et durée de la prise en charge) et non plus sous un nom de « pathologie ». Si votre praticien, les médecins conseil ou l'assurance maladie sont de mauvaise foi, ils peuvent refuser de valider ces critères pour votre demande d'ALD ou votre demande de renouvellement d'ALD. Cela est anormal. N'hésitez pas à vous adresser à des associations de personnes trans pour qu'elles vous aident dans vos recours.

Le parcours de transition

En France, le parcours d'une personne qui souhaite faire une transition (incluant ou non des opérations chirurgicales) doit en théorie commencer par la consultation d'un psychiatre (de ville ou hospitalier). Généralement, seul le certificat d'un psychiatre diagnostiquant un « transsexualisme » et surtout certifiant que vous ne présentez pas de « pathologie mentale associée (co-morbidité) » vous permettra la délivrance d'hormones. Attention, les équipes hospitalières exigent généralement un suivi psychiatrique de deux ans minimum avant de valider ou non l'accès aux hormones et à la chirurgie, ce qui n'est pas nécessairement le cas des psychiatres de ville. De la même façon, en équipes hospitalières les premières interventions chirurgicales peuvent rarement être effectuées avant huit mois d'hormonothérapie (pour des raisons de protocole mais aussi parce que le planning des chirurgiens est saturé et que les opérations des trans ne sont pas considérées comme prioritaires) alors que dans le privé, ce délai, plus souple, varie en fonction des praticiens.

Cependant, un certain nombre de personnes trans ont effectué leur transition hors parcours protocolaire, en passant par le privé, voire même sans avoir jamais vu de psychiatre. Ce sont alors des médecins généralistes ou des endocrinologues qui leur prescrivent leurs hormones, quand elles ne se les procurent pas sur internet ou tout autre marché parallèle, avec les dangers et risques sanitaires que cela génère (surdosage, contre-indications non détectées, ignorance de la provenance réelle des médicaments, etc.).

Il est à noter que les critères de prise en charge par les hôpitaux d'une personne trans (les « protocoles » de soins) sont variables d'un établissement public à l'autre. Certaines personnes trans ont pu être acceptées sans correspondre au « profil », mais voici les critères officiels de deux équipes protocolaires, à titre d'exemple :

→ **A Paris**, le changement de sexe peut être réalisé sous condition que la personne soit âgée de plus de 23 ans, qu'elle n'ait jamais été mariée, qu'elle n'ait pas d'enfant à charge, qu'elle ne se prostitue pas, qu'elle se destine à être hétérosexuelle dans son genre d'arrivée et qu'elle ait un casier judiciaire vierge. Cette équipe a un site Internet : www.transsexualisme.info.

→ **A Lyon**, en revanche, pour le Groupe de recherche et d'études sur les troubles de l'identité sexuelle (GRETIS), l'entrée dans le protocole médical est soumise à des critères différents : il faut avoir entre 25 et 40 ans (même si certaines personnes de plus de 40 ans ont pu être

4

acceptées) ; avoir un logement stable et des ressources fixes ; ne pas avoir de pratiques actuelles de prostitution ; ne pas avoir d'engagements familiaux importants, notamment d'enfants à charge ; ne pas être isolé (critère relatif) ; ne pas avoir eu de geste d'automutilation (critère relatif) et ne pas être séropositif au VIH.

L'ensemble des critères est discriminant et repose sur des préjugés sexistes, homophobes, etc. La « contre-indication » de la séropositivité repose davantage sur une ignorance patente : une étude médicale américaine, menée par la femme chirurgienne trans Sheila Kirk, a prouvé l'inanité de cette discrimination. Si vous étiez refusé à une opération en raison de votre séropositivité, n'hésitez pas à contacter Act Up-Paris et à saisir la HALDE.

Ces deux équipes sont en train de modifier leurs pratiques et leurs pratiques. L'équipe de Paris a par exemple accordé une demande de transition d'une trans lesbienne, et celle de Lyon retravaille son protocole... Ces évolutions sont néanmoins longues, restez donc vigilant face aux critères demandés.

Pour les psychiatres de ville les conditions de délivrance d'un certificat permettant de s'adresser à un endocrinologue varient là aussi d'un médecin à l'autre mais la tendance d'une grande partie des psychiatres privés qui s'occupent de personnes trans (s'ils sont informés) est de se rapprocher dans leurs pratiques des standards de soins internationaux de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH, anciennement appelée Harry Benjamin International gender dysphoria association), disponibles en français sur le site syndromedebenjamin.free.fr. N'hésitez pas à contacter les associations de personnes trans, qui pourront vous donner des conseils pour trouver un médecin.

Vous pouvez par ailleurs obtenir une prise en charge à 100 % (ALD) si vous en faites la demande à votre médecin. Tout médecin est habilité à effectuer une demande d'ALD. Ceci dit, même sans ALD, les consultations restent bien évidemment prises en charge par le régime général habituel. Sachez par ailleurs qu'en cas de refus de votre demande d'ALD, des recours sont toujours possibles.

La chirurgie

En France, certaines opérations ne peuvent a priori se faire qu'à partir du moment où un « transsexualisme » ou « trouble de l'identité de genre » est diagnostiqué et validé par un psychiatre, ou qu'un endocrinologue en a affirmé la nécessité :

→ La pose de prothèses mammaires et la vaginoplastie (fabrication d'un néo-vagin) dans le cas Male to Female (MTF ou Homme vers Femme).

→ La mastectomie, l'hystéro-ovariectomie (ablation des ovaires et de l'utérus) et la phalloplastie (fabrication d'un néo-pénis) dans le cas Female to Male (FTM ou Femme vers Homme).

En France, pour obtenir un changement d'état civil, vous devez être stérile dans votre genre d'arrivée. Pour les FtM, la justice exige rarement d'effectuer une phalloplastie (trop peu maîtrisée en France) ou une métoidioplastie (pas du tout maîtrisée en France) mais une hystéro-ovariectomie. Pour les Mtf, les techniques de création d'un néo-vagin sont différentes d'un pays à l'autre, et la chirurgie de réassignation évolue de plus en plus vite. Notez tout de même que des trans séropositives ont obtenu leur changement d'état civil sans opération, ayant été établi que leur état ne leur permettait pas de se faire opérer.

En France, la chirurgie est reconnue à l'unanimité (ou presque) comme en deçà des techniques les plus en pointe. Les personnes trans qui le souhaitent se font opérer soit en Europe, en demandant une prise en charge de l'opération par la Sécurité Sociale (formulaire E112) qui peut être accordée si le soin n'est pas maîtrisé en France (donc cela ne vaut pas pour toutes les opérations) soit en dehors de l'Europe. Si la chirurgie est effectuée hors Europe (Asie, Angleterre, Canada, etc.) le coût de l'opération est à la charge du patient, et peut atteindre des sommes très élevées, avec tout ce que cela peut impliquer en terme d'inégalités.

VIH et prise d'hormones

→ **Attention !** le changement de métabolisme dû aux traitements antirétroviraux rend dangereuse la prise incontrôlée d'hormones. C'est pourquoi il est particulièrement important que les séropositifs soient suivis par un endocrinologue au fait de la prise d'antirétroviraux (ARV). L'interaction entre hormones et ARV n'est pas suffisamment connue. Une étude a montré qu'il pouvait cependant être aussi dommageable d'arrêter complètement la prise d'hormones tant cela pouvait avoir des répercussions sur le psychisme et par là réduire l'estime de soi, l'adhérence aux traitements ARV, etc. Pour en savoir plus, consultez les pages suivantes : www.pistes.fr/transcriptases/130_560.htm et www.actupparis.org/article3107.html

→ **Attention !** Si vous êtes une femme trans et que vous avez eu une opération génitale, ou si vous êtes un homme trans et que vous avez eu une hystéro-ovariectomie, vous ne devez pas arrêter votre traitement hormonal, car la présence d'hormones dites sexuelles (produites par les gonades ou administrées quand ces dernières n'existent plus) sont nécessaires au bon fonctionnement du métabolisme.

Soins esthétiques

Pour les MtF, l'épilation électrique ou au laser peut être prise en charge en partie par la Sécurité Sociale dans le cadre de l'ALD. Elle est souvent considérée comme une phase essentielle de la transition des femmes trans, leur permettant, entre autres, d'être beaucoup moins discriminées au quotidien. Pour les FtM, la testostérone est en général assez efficace mais il existe des crèmes et gels qui utilisés en complément peuvent stimuler la pousse localisée des poils (barbe notamment). Une seule d'entre elles (Andractym) peut être remboursée à 35 %.

Changement de prénom ou d'état civil

Depuis le Code Napoléon, l'état civil est une propriété de l'État français. C'est pourquoi toute modification est excessivement contrôlée. Dans les faits, ce contrôle sert un ordre moral qui veut que l'identité sexuelle soit en adéquation avec l'apparence des organes génitaux, et surtout que les personnes trans soient stériles, pour éviter des situations insurmontables pour la société comme des garçons enceints... Ainsi, seules les personnes trans stérilisées peuvent obtenir un changement de leur état civil. Il faut pour cela que le demandeur assigne l'État au Tribunal de Grande Instance de son lieu de résidence ou de naissance. Les frais d'avocats sont à sa charge, mais il peut demander l'aide juridictionnelle (*Voir page 162*). Bien que cela

ne soit pas systématique, le juge ou le procureur peut demander qu'une expertise médicale soit faite pour attester les dires du plaignant et vérifier la véracité des certificats médicaux produits (sic). Cette expertise, véritable viol légalisé, a un coût important (qui varie selon les villes et le nombre d'expertises) et peut être prise en charge par l'État si le plaignant bénéficie de l'aide juridictionnelle. L'expertise peut être triple : psychiatrique, gynécologique, endocrinologique. À l'issue de la procédure, vous pourrez bénéficier d'une identité civile en conformité avec votre genre, mais votre identité de naissance demeurera présente sur l'acte intégral, qui est simplement émarginé. Les extraits d'actes quant à eux ne font figurer que la nouvelle identité.

Pour les personnes ne souhaitant pas effectuer de réassignation sexuelle (ou hystéro-ovariectomie pour les FtM) seul le changement de prénom est possible. La demande s'effectue auprès du juge aux Affaires Familiales (Article 60 du Code Civil). La décision du tribunal est soumise à la notion « d'intérêt légitime » qui est définie par le juge. Les décisions ainsi que les critères de décision sont donc extrêmement variables d'un juge à l'autre. Il peut arriver d'essuyer un refus en première audience, on peut alors faire appel. Il existe toutefois une jurisprudence sur laquelle on peut s'appuyer, il ne faut pas hésiter à demander des copies de jugements positifs et les joindre à son dossier. Il faut compter entre 6 mois et 1 an avant d'avoir le jugement définitif et de pouvoir faire changer ses papiers. Ce changement permet d'obtenir plus facilement des papiers annexes (carnets de chèques, etc.), qui peuvent vous faciliter la vie. Vous pourrez disposer du nouveau prénom sur votre carte nationale d'identité. La mention de sexe, elle, reste inchangée.

Il y a également la possibilité de faire établir un acte de notoriété par un notaire. Ce dernier permet l'utilisation d'un nom d'emprunt (pseudonyme ou nom d'usage) que l'on peut faire figurer sur sa carte d'identité (à l'appréciation - arbitraire - de la préfecture) : figurera alors sur la carte d'identité Mlle Unetelle dite Untel ou Mr Untel dit Unetelle. Que cela soit accepté par la préfecture ou pas, cet acte peut vous permettre de changer de prénom pour grand nombre de services : assurance, abonnements, etc. Dans ce cas, il n'y a pas de tribunal, pas de délai. Cela peut avoir l'avantage de recevoir vos courriers dans une grande mesure à votre nouveau prénom, par exemple.

Changement exceptionnel de l'acte de naissance pour des personnes non opérées

Des jurisprudences existent.

→ Certaines pathologies graves, dont le VIH, peuvent empêcher pour des raisons médicales les opérations de changement de sexe. Les personnes atteintes de ces pathologies peuvent faire une demande de changement d'état civil même si elles ne sont pas réassignées chirurgicalement sur le plan génital.

→ Les personnes intersexes, hermaphrodites, ou ayant un génotype sexuel ne correspondant pas à leur apparence peuvent elles aussi faire une demande de changement d'état civil même si elles ne sont pas réassignées chirurgicalement sur le plan génital.

Numéro de Sécurité Sociale

En France, le 1^{er} chiffre du numéro de Sécurité Sociale code l'identité sexuée officielle de l'assuré à des fins statistiques/démographiques : 1 pour les hommes, 2 pour les femmes. Ce chiffre ne peut a priori être modifié que suite à un changement d'état civil. Il existe un moyen palliatif pour avoir un numéro de Sécurité Sociale conforme à son apparence. À l'ouverture des droits CPAM, un numéro provisoire est donné sur déclaration et avant examen du dossier. Le codage est différent : 7 pour les FTM et 8 pour les MTF. Après l'examen de votre dossier, votre numéro est amené à changer en adéquation avec votre état civil. Il est cependant possible d'utiliser le numéro provisoire pendant des années, si la CPAM ne détient pas votre extrait de naissance. Avec un numéro provisoire, une carte vitale ne peut être délivrée : vos remboursements fonctionneront donc avec des feuilles de soin et vous devrez faire l'avance de frais.

Vie quotidienne et milieu du travail

Il arrive que des familles transphobes expulsent des adolescents trans, leur faisant courir de grands dangers. Il devrait exister une structure pour l'accueil des jeunes trans en rupture de famille qui se retrouvent dans les grandes villes. Il n'en existe pas. Généralement les centres LGBT sont de bons secours, et des associations comme Le Refuge, au départ strictement homosexuelles, accueillent aussi les trans. Beaucoup de personnes trans pensent que leur transition leur facilitera un nouvel accès au monde du travail, notamment à des travaux plus liés traditionnellement à leur nouveau genre. C'est une vision d'abord terriblement sexiste du monde du travail (il n'y a pas de métiers « masculins » ou « féminins ») et c'est ensuite le risque pour la personne de se priver de son expérience de travail antérieure. Il est bien sûr possible de conserver son emploi y compris lorsque la personne a été embauchée avant le début de sa transition. En cas de licenciement, l'employeur s'expose à une condamnation pour discrimination liée au sexe (*Voir les jugements et délibérations de la HALDE*).

Un conseil : syndiquez-vous pour avoir du soutien dans votre entreprise. Pour les plus jeunes, le changement de prénom sur les listes scolaires dépend de la bonne volonté de l'administration. Vous pouvez tenter de vous mettre en contact avec d'autres personnes trans scolarisées et avec des associations de trans ou d'étudiants LGBT pour imaginer des courriers et des entretiens communs, mais il n'y a pas d'efficacité garantie. La recherche d'emploi est particulièrement difficile pour les personnes en début de transition. Ne restez pas seul face à des réactions transphobes de la part des ressources humaines, mais mettez-vous en contact avec des associations de personnes trans, et saisissez la HALDE.

N'hésitez pas à contacter les associations s'occupant de ces questions. Une liste générale est disponible à l'adresse www.transsexualite.com/info.htm, et à la fin de ce guide.

les personnes incarcérées

Garde à vue

Vous devez être informé que vous avez été placé en garde à vue dans le cadre d'une procédure concernant un crime ou un délit dont la nature a été portée à votre connaissance par les enquêteurs parce qu'il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner que vous avez commis ou tenté de commettre cette infraction.

Vous allez être interrogé sur ces faits, pendant le déroulement de la garde à vue qui peut durer 48h, par tranche de 24 heures éventuellement renouvelables sur décision du procureur de la République ou du juge d'instruction. A titre exceptionnel, si l'enquête ou l'instruction le nécessitent, la garde à vue pourra être encore prolongée de 24h, à 2 reprises. Vous devez être informé que vous avez le droit de voir un interprète, de faire prévenir l'un de vos proches, d'être examiné par un médecin et de vous entretenir avec un avocat. Ne signez aucun papier que vous n'aurez pas lu. Faites corriger et retaper votre déclaration tant qu'elle ne correspond pas exactement à vos propos. Ne signez aucune reconnaissance d'actes que vous n'avez pas commis. En garde à vue, vous avez le droit de garder le silence. Si vous disposez d'un avocat, contactez-le, sinon un avocat sera commis d'office.

L'entrée en détention

Toute personne incarcérée passe sa première journée en maison d'arrêt. À votre arrivée dans l'établissement pénitentiaire désigné par le juge, vous allez être placé en cellule arrivant.

Un agent du greffe de l'établissement pénitentiaire procède aux formalités de la mise sous écrou, et relève les renseignements concernant votre identité (empreintes, photo). Sachez que le préalable à toute entrée en détention est le passage à la fouille intégrale c'est-à-dire une fouille à nu. Un numéro d'écrou vous est alors attribué. Vous devrez le rappeler dans toutes vos correspondances et dans tout acte de la vie quotidienne.

Vous devez rapidement pouvoir être en mesure d'informer par courrier vos proches de votre incarcération. L'administration pénitentiaire vous fournit une enveloppe et un timbre soit d'office (dans le pack arrivant), soit lorsque vous en faites la demande au travailleur social (CIP) que vous rencontrerez le jour de votre arrivée ou au plus tard le lendemain.

Chaque prisonnier doit rencontrer le service socio-éducatif (Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation - SPIP) et la direction de la prison.

Le SPIP a pour mission de favoriser l'accès aux droits et aux dispositifs d'insertion de droit commun des personnes incarcérées. En théorie, il participe à la prévention des effets désocialisants de l'emprisonnement sur les prisonniers, vous aide à préparer votre réinsertion sociale et favorise le maintien des liens familiaux et sociaux entre vous et l'extérieur. En pratique, les SPIP sont en sous-effectif chronique, il y a moins de un travailleur social pour plus de 100 prisonniers, c'est pourquoi il ne faut pas hésiter à les solliciter et à vous faire aider par votre entourage, les personnes tenant les permanences d'accès aux droits en prison, les associations d'aide aux personnes incarcérées, etc.

Visite médicale et dépistages sur demande de l'intéressé seulement (VIH, VHC)

→ La visite médicale

Dans les 24 heures suivant votre incarcération, vous allez être soumis à un examen médical, notamment afin de rechercher toute maladie contagieuse ou évolutive qui nécessiterait des mesures d'isolement ou des soins urgents. Vous passerez aussi une radio des poumons pour la détection de la tuberculose. Une seconde visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération.

La visite médicale d'entrée est censée contrôler l'état vaccinal. Désormais, il vous est proposé un bilan de santé relatif à votre éventuelle consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac, il s'agit d'un bilan confidentiel (Article 51 de loi pénitentiaire).

A l'occasion de cet entretien, vous pouvez signaler toute maladie qui nécessite le suivi d'un traitement et le médecin a pour obligation de vous proposer un test de dépistage du sida, un test de dépistage du virus de l'hépatite C et un conseil personnalisé sur ces questions.

Comme à l'extérieur, le dépistage du sida est volontaire, anonyme et gratuit.

Si vous souhaitez obtenir un test, le médecin a l'obligation de vous informer des jours et des heures de passage de l'équipe du Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) en convention avec l'établissement pénitentiaire.

Les résultats d'un test effectué par le médecin du CDAG ne peuvent être transmis au médecin de l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) ou du service médical qu'avec votre accord (circulaire DGS n°9 du 29 janvier 1993, circulaire 739 DH/DGS/DAP du 5 décembre 1996 et circulaire du 21 mai 1999).

→ Suivi des soins en détention

La circulaire du 5 décembre 1996 fixe les modalités de prise en charge sanitaire des prisonniers séropositifs, en s'appuyant en particulier sur les recommandations du groupe d'experts présidé par le Professeur Dormont, renouvelé depuis par le groupe d'experts Delfraissy puis le groupe d'experts Yéni. Tout prisonnier séropositif doit pouvoir bénéficier d'un suivi médical spécialisé durant son incarcération, dont les modalités et la fréquence doivent être les mêmes qu'en milieu libre. Votre accès aux consultations médicales en milieu pénitentiaire et, si besoin, en milieu hospitalier, doit être facilité, ainsi que l'obtention des médicaments, en particulier si vous disposez d'une Autorisation Temporaire d'Utilisation (ATU).

L'accès à un secours pour les indigents

L'indigence est définie comme une situation liée à l'absence de ressources. Elle est déterminée par l'absence de fonds sur la part disponible du compte nominatif de la personne incarcérée (revenus dont sont déduits le « pécule de libération », et la part réservée à l'indemnisation des parties civiles et/ou aux éventuelles pensions alimentaires). Le premier diagnostic d'indigence s'établit lors de l'arrivée en détention à partir des entretiens d'accueil effectués par les travailleurs sociaux du SPIP et les autres personnels de l'établissement : direction, personnel de surveillance, service médical et service de l'enseignement notamment (Articles D. 284 et D. 285 du Code de Procédure Pénale).

Les informations socio-économiques recueillies sur vous au moment de votre incarcération doivent être consignées sur une fiche de liaison, établie par le greffe et remplie au fur et à mesure par le personnel effectuant les entretiens d'accueil, de sorte que les mêmes informations ne soient pas redemandées à chaque entretien. Elles doivent permettre d'alerter sur l'urgence d'une situation individuelle. On considère une personne incarcérée, en situation d'indigence, selon 3 critères cumulatifs :

- si le niveau de ressources sur un mois courant est égal ou inférieur à 45 euros par mois.
 - si le niveau de ressources sur la part disponible du compte nominatif, au cours du mois précédent, est inférieur à 45 euros.
 - si le montant des dépenses dans le mois courant (cumul sur 30 jours) est inférieur à 45 euros.
- www.justice.gouv.fr/bulletin-officiel/dap83d.htm

Des aides matérielles doivent être fournies aux personnes démunies. Il s'agit de :

- la fourniture d'une trousse de toilette comprenant des produits d'hygiène et son renouvellement pour les personnes incarcérées dont les ressources sont insuffisantes (Article D. 357 du CPP) ;
- la distribution à chaque entrant en maison d'arrêt de sous-vêtements et d'une paire de chaussettes (note du 28 février 1995) ;
- la fourniture de deux timbres et d'un nécessaire de correspondance (circulaire du 19 décembre 1996) ;
- la télévision gratuite.

Il ne faut pas hésiter à réclamer, aux surveillants de « la fouille », tout produit d'hygiène ou autre, que l'administration est dans l'obligation de vous fournir. Dans certains établissements, des associations comme la Croix Rouge ou le Secours Catholique peuvent vous fournir de l'habillement.

La vie en détention

Dépistages

Vous pouvez en permanence vous faire dépister auprès des infirmiers ou médecins des UCSA, pour le VIH comme pour le VHC. Ce droit à connaître votre statut sérologique au VIH ou aux virus des hépatites vous appartient. Médecins et infirmiers doivent répondre à votre demande. Faites-le au moindre doute, si vous pensez avoir été contaminé par le VIH (exposition au sang, au sperme, rapports sexuels non protégés, échange de seringues) ou l'hépatite C (par le sang, tatouages, échanges de seringues, de pailles). Un dépistage permet de vous informer, de vous rassurer, de vous protéger, de protéger les autres et de vous faire soigner.

Usages de drogues et substitution

Voir le chapitre usagers de drogues page 97.

Sexualité

En prison, la privation de la liberté sexuelle relève davantage d'une norme traditionnelle que d'une obligation légale. Seul l'Article D 249-2-5 du CPP l'aborde, il dispose que « constitue une faute du deuxième degré, le fait d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur ». C'est sur le fondement de cet article que certaines

directions d'établissement sanctionnent disciplinairement les prisonniers ayant des rapports sexuels. Dans d'autres, une certaine tolérance prévaut.

Les relations sexuelles ont principalement lieu lors des parloirs en centre de détention ou maison centrale. Même s'ils existent, les viols et la prostitution sont des pratiques relativement rares. Les relations homosexuelles existent, mais le milieu carcéral étant un milieu très homophobe, ces relations qui restent marginales se vivent dans la clandestinité.

La Cour Européenne œuvre à un « respect actif et effectif de la vie privée et familiale », arguant notamment que ces restrictions pénalisaient également les conjoints des personnes incarcérées. En 2003, 8 Unités de Vie Familiale (UVF) ont vu le jour, à titre expérimental dans certains établissements pour peines. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 préconise l'instauration de parloirs intimes dans tout nouvel établissement.

Les UCSA ont l'obligation de fournir des préservatifs NF et du gel à base d'eau. Cela ne pose en général aucun problème, il suffit de demander à l'infirmière. N'hésitez pas à en demander pour vous protéger et protéger vos partenaires.

Le secret médical et l'accès aux soins et aux traitements

Même en détention, le secret médical s'impose à toute personne intervenant dans votre suivi médical. En réalité, ce secret n'est pas respecté, en particulier lorsque l'accès aux dossiers médicaux est rendu possible au personnel de surveillance, ou que ce dernier ou certains prisonniers participent à la distribution des médicaments.

Il faut être très vigilant sur le respect du secret médical vous concernant et ne pas confier aux personnels pénitentiaires ou aux autres prisonniers vos problèmes de santé. Demandez si possible au directeur ou au surveillant chef à être seul en cellule si vous recevez la trithérapie et que vous voulez le dissimuler à vos codétenus : l'encellulement individuel est un droit !

En cas d'hospitalisation ou d'extraction pour une consultation à l'hôpital, le droit au secret médical vous permet d'être seul avec le médecin. En aucun cas les raisons de sécurité ne doivent prévaloir sur votre intimité. N'hésitez pas à le rappeler au médecin si l'escorte refuse de sortir de la salle de consultation ou d'opération.

En cas de transgression du secret médical, vous pouvez contacter l'IGAS, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le contrôleur général des lieux de privation de liberté, etc. Act Up-Paris peut vous soutenir dans vos démarches. De la même manière, on ne peut normalement pas vous refuser l'accès à certains traitements (antirétroviraux, produits de substitution, etc.) en arguant de difficultés de conservation ou de distribution : la loi du 18 janvier 1994 dispose que les soins doivent être équivalents à l'intérieur et à l'extérieur.

Par ailleurs, vous avez à tout moment le droit de récupérer votre dossier médical, pour cela adressez une demande écrite auprès de l'UCSA ou du Service pénitentiaire d'insertion et probation (SPIP). N'hésitez pas à saisir l'IGAS et à contacter des associations.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 réaffirme l'égalité de soins entre l'intérieur et l'extérieur et le respect du secret médical.

Dans un délai de 2 ans après la promulgation de la loi, un dossier médical électronique unique sera constitué pour chaque personne incarcérée.

Le respect de l'intégrité physique : viol et maltraitance

Nous avons reçu plusieurs témoignages de viol ou maltraitance de la part de codétenus ou de surveillants. En dehors de la responsabilité des personnes qui ont commis des violences, viols ou maltraitances, l'Administration Pénitentiaire engage sa responsabilité si elle reste passive face à de tels agissements et ne vous protège pas.

L'Administration Pénitentiaire doit « assurer le respect de la dignité inhérente à toute personne qui lui est confiée par l'autorité judiciaire » (Article D.189 du CPP).

Dans ce type de situation, il faut saisir la justice avec l'aide d'un avocat et ne pas hésiter à faire constater dès que possible par un médecin les violences que vous avez subies.

Par ailleurs, si vous êtes victime d'un viol, il faut demander, dans un délai de 48 heures maximum, un Traitement prophylactique Post-Exposition au VIH (TPE), le mieux étant de le prendre dans les 4 heures qui suivent le rapport à risque.

Il s'agit d'une trithérapie qui vous sera donnée pendant un mois, pour réduire le risque de contamination. Demandez-le au plus vite auprès des UCSA.

On ne peut nier l'existence de violences sexuelles entre prisonniers, voire de surveillants à l'encontre de personnes incarcérées. Cependant ces viols sont, toute proportion gardée, des faits assez rares, le plus gros problème en prison sont les violences physiques et agressions principalement motivées par le racket en maison d'arrêt. Les bagarres sont une des choses que l'A.P a beaucoup de mal à endiguer au sein des promenades ou dans les cellules.

Soins psychologiques et psychiatriques pour accompagner les soins classiques

Malgré le peu d'effectifs, les SMPR sont là pour vous proposer un suivi psychologique ou psychiatrique. Attention toutefois aux risques de contre-indication entre les antidépresseurs et les traitements antirétroviraux. En prison, le suivi psychologique ou psychiatrique est très mal pris en charge, surtout en maison d'arrêt, à cause de la surpopulation carcérale.

L'incarcération des trans

La situation des trans incarcérés est souvent difficile. L'accès et le suivi des traitements hormonaux dépendent des médecins travaillant en prison (il importe alors de rester en contact avec les médecins qui vous suivaient à l'extérieur).

Par ailleurs, pour des raisons tenant à leur « sécurité », le placement à l'isolement est quasi automatique. L'isolement entraîne une restriction des activités sportives et culturelles en détention.

De même, l'accès aux activités rémunérées doit être rendu possible à toute personne qui en fait la demande : l'Article 720 du CPP exige de l'Administration Pénitentiaire qu'elle donne les moyens de travailler à toute personne incarcérée qui le souhaite. En pratique, 60 % des personnes incarcérées n'ont pas de travail, la seule activité rémunérée accessible aux personnes placées à l'isolement est le travail en cellule.

Si vous subissez un traitement discriminatoire du fait de votre identité, n'hésitez pas à contacter les associations comme le PASTT, OUTrans ou Act Up-Paris.

Vos droits en détention

Droit à la Sécurité Sociale

Dès votre arrivée en détention, vous êtes systématiquement couvert par les assurances maladie et maternité du régime général de la Sécurité Sociale. Cette affiliation est gratuite et vous n'avez aucune démarche à effectuer : l'établissement pénitentiaire se met directement en contact avec votre centre CPAM. Votre conjoint, vos enfants et ascendants peuvent vous être rattachés.

Si vous êtes de nationalité étrangère en situation régulière en France, vous êtes également pris en charge par la Sécurité Sociale. Il en est de même pour vos proches à condition qu'ils soient eux aussi en situation régulière. Si vous êtes étranger en situation irrégulière, vous êtes pris en charge au titre de l'Aide Médicale d'État, mais les membres de votre famille ne sont pas reconnus comme vos ayants droit.

Vous n'avez aucun ticket modérateur à payer, il est pris en charge par l'Administration Pénitentiaire. Cependant, certains frais restent à votre charge : vous devez payer vous-même les appareillages, les prothèses, les actes ou interventions chirurgicales non codifiés, ainsi que tous les dépassements de tarif des médecins ou laboratoires d'analyse.

Pour les personnes incarcérées déclarées indigentes, une partie des frais de prothèses dentaires ou optiques peut être prise en charge par l'Administration Pénitentiaire, si la prothèse est médicalement justifiée et prescrite par le médecin de l'UCSA.

Droit aux allocations

→ Les allocations chômage

Du fait de votre incarcération, vous n'êtes plus considéré comme demandeur d'emploi. Si vous étiez inscrit au Pôle Emploi (fusion Assedic / ANPE), vous êtes radié le jour de votre entrée en prison et vous ne touchez plus vos allocations chômage. Vous devez prévenir le Pôle Emploi (fusion Assedic/ANPE) de votre changement de situation, par écrit, lors de votre déclaration mensuelle de situation, sans quoi vous devrez rembourser les sommes touchées « indûment ». La commission Droits Sociaux d'Act Up-Paris a été confrontée, en 2009, à un usager ayant purgé une peine de prison suite à des trop-perçus du Pôle Emploi !

Pour ces mêmes raisons, vous ne pouvez plus toucher l'Allocation de Solidarité Spécifique (ASS) versée aux chômeurs de longue durée en fin de droits.

Ces suspensions durent le temps de votre détention. Les sommes restantes vous sont dues et vos droits doivent recommencer à courir au moment de votre libération.

→ Assurance vieillesse

L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré. Si vous la perceviez avant l'incarcération, les pensions d'invalidité ainsi que les diverses retraites ou pensions ne sont pas modifiées.

Si vous atteignez l'âge de la retraite en prison, vous devez en principe percevoir votre pension de retraite, calculée sur le nombre de trimestres travaillés durant la vie active, comme si vous étiez à l'extérieur.

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

→ Allocation adulte handicapé (AAH)

- Montant de l'allocation versée durant la détention. La réduction de l'AAH en cas de séjour en maison d'arrêt est désormais alignée sur celle prévue en cas d'hospitalisation. Au delà du 60^e jour d'incarcération, l'AAH est réduite à 30 % de son montant (179,85 euros /mois jusqu'en janvier 2010), sauf si la personne incarcérée a une personne à charge (enfant ou ascendant), ou si son conjoint/pacsé ne travaille pas, pour un motif validé par la CDAPH.

La loi de finances pour 2009 a créé un mécanisme d'indexation spécifique de l'AAH : elle doit être revalorisée régulièrement afin d'atteindre, en 2012, l'augmentation de 25 % annoncée en 2008. Son montant mensuel sera de 711,95 euros fin 2010, 776,60 euros en septembre 2012.

- Demande de l'AAH en détention. Vous devez vous adresser à un conseiller d'insertion et de probation. La demande est à adresser à la MDPH, qui fera suivre à la CDAPH.

L'AAH et son complément sont de nouveau versés intégralement au taux normal à compter du 1^{er} jour du mois suivant la sortie de prison.

→ Revenu de Solidarité Active

À partir du moment où vous êtes incarcéré, vous ne pouvez plus toucher le RSA si vous en bénéficiez à l'extérieur, sauf dans le cas où vous êtes en semi-liberté ou en placement extérieur.

Si l'allocataire est une personne seule, son allocation est suspendue en cas d'incarcération de plus de 60 jours. Cette suspension prend effet à compter du 1^{er} jour du mois suivant la fin de la période de 60 jours. Si vous êtes marié, pacsé, si vous avez une personne à votre charge, l'organisme payeur recalcule le montant de l'allocation, à compter du jour de suspension, la personne incarcérée n'étant plus comptée comme membre du foyer. Le versement à taux normal reprend au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'incarcération prend fin.

À votre sortie, vous devez informer l'organisme payeur de votre libération en produisant votre billet de sortie.

→ Les allocations familiales

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

- La PAJE. Voir chapitres prestations

- L'Allocation Parent Isolé (API). Depuis le 1^{er} juin 2009, l'API est intégrée au RSA, dont le montant est augmenté pour les personnes remplissant les critères de parent isolé.

- L'Allocation de soutien familial (ASF). Une personne détenue est réputée ne pas pouvoir faire face à son obligation d'entretien. Son conjoint peut bénéficier pour l'enfant de l'ASF.

Un certificat de présence est généralement exigé par la CAF comme preuve de l'incarcération. Ce document doit être remis à tout prisonnier qui en fait la demande auprès du greffe de l'établissement pénitentiaire.

La CAF ou le conjoint de la personne incarcérée peuvent aussi le recevoir directement par le biais de l'Administration Pénitentiaire (services sociaux et greffe).

Une femme incarcérée avec son enfant de moins de 18 mois peut percevoir pour son enfant l'ASF. La demande doit être adressée à la CAF dont dépend l'établissement pénitentiaire. (Voir le chapitre Prestations).

- L'Allocation de Logement (AL) et l'Aide Personnalisée au Logement (APL). L'incarcération est considérée comme un cas de force majeure expliquant la non-occupation du logement. Si le prisonnier est célibataire, les allocations sont maintenues pendant un an si le loyer continue d'être payé et si le logement n'est ni loué, ni sous-loué. Pour les prisonniers mariés ou vivant maritalement, les montants de l'AL et l'APL sont révisés au regard de la nouvelle situation financière du foyer (Voir le logement page 39).

La préparation de la sortie de prison

La libération

Votre date de sortie ainsi que la décision ou le texte de loi motivant éventuellement votre libération font l'objet d'une mention sur l'acte d'écrou. L'Administration Pénitentiaire procède ainsi à la levée d'écrou. Vous pouvez décaler votre sortie au lendemain (si par exemple vous ne disposez pas immédiatement d'un domicile ou d'un moyen de transport), faites-en la demande expresse et écrite.

Plus tôt vous commencerez vos démarches auprès des SPIP, plus grandes seront vos chances de ne pas vous trouver sans ressource ni hébergement lors de votre sortie.

Le droit au RSA est ouvert aux personnes âgées de 25 ans et plus et aux 18 / 24 ans ayant travaillé au moins 3 600 heures dans les 3 dernières années.

Les personnes n'ayant jamais perçu cette allocation ou ayant été radiées du dispositif, ou du dispositif du RMI que le RSA remplace, elles doivent remplir un dossier de présentation pendant leur détention, avec l'aide des travailleurs sociaux.

La procédure d'ouverture des droits à la sortie est identique à celle applicable aux prisonniers déjà bénéficiaires du RSA.

Une avance sur droits peut être demandée dès la libération : elle peut vous permettre de percevoir une somme d'argent dès le jour de la sortie ou dans les jours qui suivent.

Dans tous les cas, le pécule de sortie économisé pendant la détention n'est pas pris en compte dans le calcul de l'allocation.

L'Allocation Temporaire d'Attente (ATA)

Créée par la loi de finances 2006, elle s'adresse aux sortants de prison ayant purgé une peine d'au moins 2 mois, aux apatrides et aux demandeurs d'asile ainsi qu'aux bénéficiaires de certaines prestations. Elle est soumise à l'impôt, mais pas à la CSG ni à la RDS.

Le droit à l'ATA ne peut être ouvert qu'une fois au titre d'une des situations prévues. Pour en bénéficier, il faut justifier de ressources mensuelles inférieures au montant du RSA, en fonction de la composition familiale (454,63 euros pour 2009).

Pour les sortants de prison, sa durée de versement est limitée à 12 mois. Le montant de l'ATA est de 10,54 euros/jour au 1^{er} septembre 2009, et elle peut se cumuler, sous certaines conditions, avec un revenu. http://info.assedic.fr/unijuridis/travail/documents/DAJ185_PA.pdf

→ **Remarque** : Des « correspondants ANPE/Justice », interviennent en milieu pénitentiaire afin de réaliser des bilans professionnels, d'initier les étapes d'un retour à l'emploi, et d'assurer le lien avec le Pôle Emploi (par exemple : ANPE). Il est recommandé de les contacter en amont de votre libération, cela vous permet une inscription simplifiée pour le RSA et de toucher l'ATA.

L'allocation est attribuée pour un an, par période de six mois après examen de votre situation par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP). Son versement peut être discontinu : si au cours de la période de douze mois, vous touchez provisoirement des revenus liés à un emploi de courte durée, le versement de l'allocation peut s'arrêter, reprendre une fois que votre activité est terminée, et continuer jusqu'à ce que vous ayez atteint les douze mois pleins.

La CMU et l'AME

Les personnes libérées peuvent être affiliées à la CMU, si elles n'ont pas d'autre accès à la Sécurité Sociale. La demande est à formuler auprès de la CPAM. Lors de leur sortie, les droits à la CMU de base sont ouverts pendant un an à partir de la libération. Il faut se présenter à sa CPAM avec son billet de sortie et son ancienne carte d'immatriculation (ou numéro de Sécurité Sociale) pour ouvrir ses droits, avec une couverture au taux normal de la Sécurité Sociale.

Si vous êtes sans emploi et que vous ne percevez plus d'allocations de chômage, vous bénéficiez du remboursement de vos frais de santé pendant 1 an.

Si vous avez été incarcéré sur une période inférieure ou égale à 12 mois et que vous ne reprenez pas d'activité professionnelle à votre sortie, vous bénéficiez, pendant 3 mois à compter de votre libération, des Indemnités Journalières en cas de maladie ou de maternité. La CMU complémentaire (prise en charge complète des frais médicaux) est soumise à condition de ressources (pour une personne seule, le plafond est de 7 521 euros, sur les 12 derniers mois).

Si vos ressources excèdent de 20 % le plafond d'attribution de la CMU, vous pouvez demander l'aide pour une complémentaire santé (voir CPAM, formulaires n°S3711D & S3715).
www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3715.pdf
www.cmu.fr/userdocs/2114-2.pdf

→ **A noter** : si vous bénéficiez de la CMU complémentaire, vous pouvez également bénéficier du Tarif de Première Nécessité et du Tarif Spécial de Solidarité, sur les fournitures d'électricité et de gaz.

Préparez votre inscription à la CMU ou à l'AME suffisamment tôt, avec les services sociaux de votre établissement, de façon à éviter toute période de carence, c'est-à-dire des périodes où vos soins ne seraient pas couverts.

(Voir AME et CMU pages 134 et 136).

Les autres mesures de libération

La suspension de peine pour raison médicale

Depuis la prise en compte de la dignité des personnes incarcérées, il est admis que l'incarcération d'une personne gravement malade constitue un traitement inhumain et dégradant portant atteinte à sa dignité. La loi Kouchner du 4 mars 2002 a institué un dispositif prévoyant la possibilité d'une suspension de peine pour raison médicale. Les prisonniers séropositifs entrent dans le cadre de l'Article 10 concernant les personnes incarcérées atteintes de pathologies graves. En théorie, seul l'état de santé du condamné doit être pris en compte par les juges pour décider d'une suspension de peine pour raison médicale.

→ conditions d'octroi de la suspension de peine pour raison médical

- Il faut être condamné et non pas prévenu. Si vous êtes placé en détention provisoire alors que vous êtes gravement malade, il vous est possible de saisir le juge des libertés et de la détention compétent et/ou d'exercer un recours devant la chambre de l'instruction en cas de refus. Il est fortement recommandé de faire appel à un avocat.

Par ailleurs, vous pouvez saisir les autorités de contrôle telles que le contrôleur général des lieux de privation de liberté, les délégués du médiateur de la République, les associations d'aides aux personnes incarcérées comme Act Up-Paris.

- Il faut que votre pronostic vital soit engagé ou votre état de santé durablement incompatible avec le maintien en détention. Tout autre cas ne peut donner lieu à l'octroi d'une suspension de peine pour raison médicale. La loi précise que les cas d'hospitalisation en établissement de santé pour troubles mentaux ne donnent pas droit à la suspension de peine pour raison médicale. La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes et indépendantes l'une de l'autre établissent de manière concordante que le pronostic vital est engagé ou un état de santé incompatible avec la détention.

Doivent s'ajouter à ces deux expertises concordantes trois expertises psychiatriques préalables s'il s'agit d'un condamné pour un délit sur mineur de 15 ans.

Seuls les médecins experts sont compétents pour ces expertises, seulement les délais d'expertise sont très longs. Par ailleurs, les médecins experts désignés ne sont souvent pas compétents pour la pathologie qui vous concerne.

En cas de compte-rendu d'expertise défavorable, sachez que vous avez le droit de demander une contre-expertise. Depuis la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, l'Article 720-1-1 du Code de Procédure Pénale a été modifié : désormais, en cas d'urgence, lorsque le « pronostic vital est engagé », une seule attestation médicale du médecin UCSA (unité consultative de soins ambulatoires) suffit.

- Il faut une absence de risque grave de renouvellement de l'infraction. L'Article 720-1-1 du CPP modifié exclut la suspension de peine pour raison médicale dans les cas « où il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction ». Comme il ne précise pas comment évaluer ce risque, c'est à la discrétion de la juridiction d'application de peines.

→ procédure

Si la peine privative de liberté est d'une durée inférieure ou égale à 10 ans ou que, quelle que soit la peine prononcée, la durée de détention restant à subir est inférieure ou égale à 3 ans, il faut saisir le juge d'application des peines. Dans tous les autres cas, il faut saisir le tribunal d'application des peines.

Sauf situation d'urgence, le juge d'application des peines saisit la commission d'application des peines après expertise médicale et statue après avis de cette commission.

Vous pouvez être présent ou vous y faire représenter par votre avocat.

Le juge est saisi par le prisonnier malade ou son avocat, par le médecin de l'UCSA ou par le procureur de la République ; il peut également se saisir d'office. Mais toutes les personnes travaillant aux côtés de prisonniers malades : les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), les travailleurs sociaux, les visiteurs de prisons, les membres d'associations, le personnel pénitentiaire, en particulier la direction des établissements, et le personnel soignant peuvent et doivent effectuer des signalements.

Le prisonnier qui obtient la suspension de peine pour raison médicale peut être soumis à diverses obligations ou interdictions (Articles 132-44 et 132-45 du CP).

A tout moment, le juge d'application des peines peut ordonner une expertise médicale afin de s'assurer que la personne remplit toujours les conditions d'octroi de sa suspension de peine. L'expertise médicale « de contrôle » est obligatoire tous les six mois si la personne a été condamnée à une peine de réclusion criminelle.

La suspension de peine n'annule pas la peine, elle la suspend jusqu'à ce qu'une nouvelle expertise médicale ordonnée par le juge d'application des peines déclare votre état de santé de nouveau compatible avec la détention.

Si votre demande de suspension de peine pour raison médicale est refusée, la décision de la juridiction d'appel peut être contestée en appel devant la chambre des appels correctionnels. Le délai pour cet appel est de 10 jours après notification de la décision de refus.

La suspension de peine pour raisons médicales est très difficile à obtenir, notamment en raison de l'insuffisance du nombre d'experts médicaux et des difficultés à trouver un hébergement dans une structure adaptée.

En effet, il arrive que la suspension de peine soit refusée faute de places dans un centre d'hébergement thérapeutique. Certains juges se sont mis à rendre des décisions d'octroi de suspension de peine sous condition de trouver une place d'hébergement. Sur la base de cette décision, cela permet à l'avocat du demandeur d'obliger l'Etat à respecter son obligation de prise en charge thérapeutique des malades.

La libération conditionnelle pour raison médicale

La libération conditionnelle peut être accordée aux condamnés qui ne sont pas en état de récidive légale, lorsqu'ils ont accompli une durée d'incarcération au moins égale à celle qu'il leur reste à subir. Si vous êtes en état de récidive, la libération conditionnelle n'est envisageable qu'aux deux tiers de la peine. Ces délais se calculent en fonction des réductions de peine et des grâces accordées qui modifient la date de fin de peine. Si vous êtes condamné à une peine de réclusion criminelle à perpétuité, il vous faut purger 15 années

d'incarcération avant de pouvoir déposer une demande de libération conditionnelle. Les condamnés qui subissent une période de sûreté ne peuvent pas demander de libération conditionnelle avant le terme de celle-ci.

Pour pouvoir prétendre à une éventuelle libération conditionnelle, il faut manifester « des efforts sérieux de réadaptation sociale ». Par exemple, si vous pouvez prouver que vous suivez avec assiduité une formation professionnelle, un enseignement, un stage ou un emploi temporaire en vue de votre réinsertion sociale. C'est également le cas si vous apportez la preuve d'une promesse d'embauche à l'extérieur (mais il ne s'agit pas d'une condition obligatoire), que votre participation à la vie de votre famille est essentielle ou que vous devez suivre un traitement médical.

Si vous remplissez les conditions d'accession à la libération conditionnelle, vous pouvez en faire la demande en insistant sur votre état de santé, les conditions d'octroi de la libération conditionnelle étant plus souples que celles de la suspension de peine pour raison médicale. Quelle que soit votre situation, l'octroi de la libération conditionnelle est discrétionnaire, il est laissé à la libre appréciation de la juridiction d'application des peines. Cela dépend de la durée de la peine prononcée, du temps qu'il vous reste à purger et du type de l'infraction pour lequel vous avez été condamné. Vous pouvez saisir cette autorité ou la faire saisir par votre avocat.

La suspension de peine délictuelle pour « motif d'ordre médical »

Depuis la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, l'Article 720-1 du Code de Procédure Pénale prévoit une possibilité de suspension de fin de peine pour « motif d'ordre médical ». Si vous avez été condamné pour un délit d'une peine de prison ferme inférieure à deux ans ou qu'il vous reste moins de deux ans à effectuer, vous pouvez faire valoir votre état de santé auprès du juge d'application des peines.

Les grâces médicales

Pour bénéficier d'une grâce médicale, la condamnation doit être effective, irrévocable et exécutoire : les prévenus ne peuvent donc pas en bénéficier. La peine doit être une véritable peine : il ne peut s'agir ni de dommages et intérêts ni de sanction disciplinaire.

La grâce pour mesure médicale est une mesure individuelle : pour l'obtenir, il faut faire un recours. Ce recours peut être fait par vous-même, votre avocat, votre conjoint, un proche, le ministère public ou l'Administration Pénitentiaire. Les requêtes, adressées au Président de la République, sont centralisées au Ministère de la justice. Une expertise sera alors sollicitée, et l'avis des médecins suivant votre état de santé sera aussi demandé. C'est le Président de la République qui prendra la décision finale d'accorder ou non la grâce. Vous devez donc écrire au bureau des grâces du Ministère de la Justice.

Si la demande de grâce est rejetée, seul un nouvel argument tiré de votre état de santé peut justifier une nouvelle demande. Dans le cas contraire, aucune possibilité de recours n'existe. La grâce peut être accordée sur la totalité ou sur une partie de la peine. Elle dispense le prisonnier d'exécuter toute ou partie de sa peine. En pratique, les grâces n'étaient accordées qu'aux prisonniers en fin de vie. Depuis plusieurs années, plus aucune grâce n'est accordée.

Les étrangers malades incarcérés

Quelle que soit votre situation administrative, appuyez-vous sur les travailleurs sociaux et les associations spécialisées dans ces domaines telles que la CIMADE, le GISTI ou Act Up-Paris. La Cimade tient des permanences juridiques dans de nombreux établissements pénitentiaires. Les Points d'Accès au Droit présents dans toutes les prisons peuvent également vous renseigner.

Les administrations qui peuvent vous aider

En prison

→ Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)

Les SPIP restent, pour les personnes incarcérées et les sortants de prison, un interlocuteur de premier ordre. Les SPIP ont pour mission de :

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

Pour toute personne condamnée, un conseiller d'insertion et de probation est référent.

→ Les points d'accès au droit

Les Points d'Accès au Droit (PAD) sont des lieux d'accueil et de permanences gratuits. Ils vous permettent d'avoir accès à de l'information juridique et de bénéficier d'une aide dans vos démarches juridiques autres que ce qui concerne votre affaire pénale. Pour connaître les jours et heures des permanences, adressez-vous au SPIP de la prison ou à la direction.

→ Les délégués du médiateur de la République

Comme à « l'extérieur », le délégué prison du médiateur de la République a pour mission d'aider les citoyens incarcérés ou leurs proches à régler leurs litiges avec les administrations. La convention signée le 25 janvier 2007 avec le garde des Sceaux P. Clément acte la généralisation des permanences des délégués en prison avec une première extension sur 25 centres supplémentaires d'ici la fin 2007. L'Article 6 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 institue un délégué du médiateur dans chaque établissement pénitentiaire.

Carte de France des délégués du Médiateur de la République :

www.mediateur-republique.fr/fr-citoyen-03-02-10

Les organes de contrôle

Attention ! certains courriers ne peuvent être ouverts, notamment ceux adressés aux autorités administratives et judiciaires françaises (magistrats, avocats, sénateurs, maires, etc.), aux médecins inspecteurs des DRASS, aux médecins de la DDASS et au chef de l'IGAS. Ces courriers doivent être envoyés sous pli fermé. La qualité du destinataire doit être clairement indiquée.

→ L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

En cas de difficultés rencontrées sur l'accès aux soins et les traitements, à la nourriture, aux conditions de détention, vous pouvez solliciter l'IGAS afin de résoudre les blocages constatés. L'IGAS a obligation de faire savoir au prisonnier que sa demande est prise en compte, et saisit alors le médecin inspecteur de santé publique. Ce médecin mène une enquête auprès du service médical et de la détention, et remet son rapport à l'IGAS ; cette dernière transmet alors le rapport aux autorités compétentes qui décident des suites à apporter. L'administration pénitentiaire a l'obligation de transmettre vos courriers à l'IGAS, qui ne doivent pas être préalablement ouverts et lus par le personnel pénitentiaire.

→ Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Le Contrôleur général veille à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité humaine. La mission du Contrôleur général est de s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés, mais aussi et surtout prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux. Le courrier doit être adressé au Contrôleur général sous pli fermé. Ces correspondances ne peuvent faire l'objet d'aucun contrôle par l'établissement. Il en est de même des courriers qui sont adressés par le Contrôleur général. Aucune suite ne sera donnée aux courriers anonymes. En revanche, vous pouvez demander à ce que votre identité ne soit pas révélée par le Contrôleur général à l'occasion des investigations qu'il pourrait mener.

→ Les DDASS et DRASS

Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales interviennent dans le champ des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales.

- Les fonctionnaires de certains corps affectés en DDASS (inspecteurs, médecins inspecteurs de santé publique notamment) disposent, dans l'exercice de leurs missions de contrôle, non seulement de pouvoirs de police administrative mais également de pouvoirs de police judiciaire qu'ils tiennent du Code de la Santé Publique et du Code de l'Action Sociale et des Familles
Coordonnées des DDASS : www.sante.gouv.fr/htm/minister/dd-dr/listeddr.htm

- Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sont des services déconcentrés du ministère français chargé de la Santé. Il en existe une par région française. Chacune travaille en coordination avec, dans chaque département, les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS), au travers d'un comité technique régional et interdépartemental (CTRL).

- Les pharmaciens inspecteurs ont pour mission le contrôle « administratif et technique » des établissements pharmaceutiques (pharmacies, laboratoires, etc.) ainsi qu'une mission de « contrôle des médicaments et stupéfiants ». Des inspecteurs régionaux du génie sanitaire veillent à l'hygiène du milieu et de l'environnement.

Coordonnées des DRASS : www.infirmiers.com/infirmiers-com/la-redaction/liste-des-drass.html

Pour plus d'informations

Vous pouvez consulter le guide du prisonnier (OIP) + le guide du sortant de prison (OIP) pour des informations plus générales ne concernant pas spécifiquement les malades incarcérés. Ces guides sont accessibles depuis tous les établissements pénitentiaires de France, s'ils ne se trouvent pas à la bibliothèque de votre prison, demandez-en un à l'OIP par courrier.

Pour vous soutenir dans toutes vos démarches, il existe des associations d'aides aux personnes incarcérées : Ban Public, l'OIP-SF, ou ARAPEJ. Depuis la prison, l'ARAPEJ est directement joignable au 110.

les droits et prestations sociales

l'accès aux soins

Les montants, plafonds, conditions de ressources étant réévalués une à deux fois par an, nous ne les avons pas indiqués ici. Le signe @ indique que ces informations sont disponibles sur notre site : www.actupparis.org/rubrique118

La couverture maladie universelle (CMU)

La couverture maladie universelle (CMU) de base permet aux personnes à faibles revenus d'accéder à l'assurance maladie obligatoire. Elle ouvre le droit à l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux : prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies pour l'assurance maladie. Avec la CMU de base, l'assuré est redevable du ticket modérateur, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie.

Qui peut en bénéficier ?

Toute personne qui n'a pas accès au régime d'assurance maladie obligatoire peut demander la CMU de base, à l'exception des étrangers non régularisés - ce qui tend à montrer que la couverture n'est pas « universelle » comme cela a toujours été condamné par les associations depuis sa mise en place par les socialistes.

Sont rattachés en qualité d'ayants-droit, au même titre que la personne affiliée, s'ils ne relèvent pas d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale : la personne vivant maritalement avec la personne affiliée à la CMU, la personne cohabitant sous son toit depuis au moins un an, le partenaire qui lui est lié par un pacte civil de solidarité (PACS), les enfants à charge de moins de 16 ans (18 ans pour les apprentis, 20 ans s'ils poursuivent des études), les ascendants-descendants-collatéraux se consacrant aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants de moins de 14 ans.

Il est également nécessaire de résider de manière régulière sur le territoire français depuis plus de trois mois, de façon ininterrompue, sauf pour les bénéficiaires d'une prestation familiale, d'une allocation de logement ou de l'aide personnalisée au logement, du revenu de solidarité active (RSA, ex-RMI), de prestations d'aide sociale aux familles, aux personnes âgées ou en situation de handicap, d'aides à la garde d'enfants, du statut de réfugié, admis au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.

La CMU complémentaire (CMU C)

La CMU C donne droit à une complémentaire santé gratuite, c'est-à-dire sans paiement de cotisation. Elle est réservée aux personnes à faibles revenus. Elle permet d'accéder aux médecins ou à l'hôpital sans reste à charge et sans avance de frais. La CMU C est accordée pour un an sous conditions de ressources : l'ensemble des ressources du foyer pour les douze mois précédant la demande est pris en compte et ne doit pas dépasser un plafond.

→ **Qui peut en bénéficier ?** Les personnes dont les ressources ne sont pas supérieures au plafond maximal prévu et qui résident depuis plus de trois mois en France, en situation régulière (sauf pour les personnes percevant une prestation familiale, l'allocation aux adultes

handicapés (AAH), une allocation logement, l'aide personnalisée au logement, le RSA, ou une allocation de chômage, de prestations d'aide sociale aux familles, aux personnes âgées ou handicapées, une prestation pour la garde des jeunes enfants ou qui ont le statut de réfugié, admis au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié).

Les ressources prises en compte sont les revenus nets annuels et certaines prestations sociales de l'ensemble du foyer pour les douze derniers mois.

→ **Plafond de ressources annuelles** @

Le plafond de ressources dépend du nombre de personnes à charge, de votre situation maritale. Les personnes bénéficiaires de l'AAH dépassent ce plafond et n'ont donc pas droit à une couverture totalement gratuite, ce qui est dénoncé par les associations depuis sa mise en place par les socialistes. Des conditions spécifiques d'examen des ressources sont prévues pour les artisans, les commerçants, les professions libérales et les exploitants agricoles.

→ **Quels avantages ?**

Elle prend en charge :

- la part non remboursée par la Sécurité Sociale pour les consultations chez les médecins généralistes et les spécialistes, les examens médicaux, les soins dentaires, les médicaments et les hospitalisations. Les médecins ne peuvent demander aucun dépassement d'honoraires.
- le forfait journalier hospitalier
- tout ou partie, dans certaines conditions de prix et de qualité, des prothèses dentaires et appareils pour enfants, des lunettes (verres et montures), des appareils auditifs, etc.

Depuis avril 2002, la prise en charge des prothèses dentaires n'est plus plafonnée. La CMU complémentaire vous offre ces garanties pour un an.

→ **Les bénéficiaires du RSA socle**

Les personnes percevant le montant forfaitaire du revenu de solidarité active (RSA socle), déterminé en fonction de la composition du foyer, ont droit, sans nouvelle étude de leur dossier, à la CMU complémentaire. Si la demande de CMU complémentaire n'a pas été effectuée en même temps que la constitution du dossier de RSA, ils doivent en faire la demande auprès de leur caisse d'assurance maladie. Dans tous les cas, il est impératif de choisir un organisme gestionnaire de la CMU complémentaire. Les bénéficiaires du RSA socle n'ont pas à compléter la déclaration de ressources, mais doivent joindre à leur dossier une copie de l'attestation de dépôt d'une demande de RSA portant la mention « ressources inférieures au montant forfaitaire ».

→ **Les jeunes de moins de 25 ans**

Les jeunes majeurs de moins de 25 ans ont des conditions particulières d'accès à la CMU complémentaire. Ils doivent faire la demande de CMU complémentaire avec celle de leurs parents, sauf si les trois conditions suivantes sont réunies :

- ils n'habitent pas chez leurs parents au moment de la demande (ils peuvent habiter chez un autre membre de leur famille) ;

- ils ne figurent pas sur la déclaration de revenus de leurs parents durant l'année fiscale précédente (ou ils doivent s'engager sur l'honneur à établir une déclaration en leur nom propre pour l'année à venir) ;
- ils ne doivent pas avoir perçu une pension alimentaire ayant fait l'objet d'une déduction fiscale, ou ils doivent attester sur l'honneur ne plus la percevoir à la date à laquelle ils effectuent leur demande (une exception : la demande de CMU complémentaire est valable si le versement de cette pension alimentaire fait suite à une décision judiciaire).

Si ces conditions ne sont pas réunies, la personne de moins de 25 ans doit figurer en tant que personne à charge sur une demande de CMU établie au nom des parents. Les ressources des parents et des personnes à charge doivent être indiquées.

En revanche, la personne de moins de 25 ans peut faire une demande autonome si elle a des enfants à charge, car elle forme alors un foyer distinct avec ses enfants.

L'Aide Médicale d'État (AME)

Le nombre de personnes qui découvrent leur séropositivité à l'occasion du diagnostic d'une maladie opportuniste est important. Ces personnes sont en grande majorité exclues du système de soins classique. Pourtant, des aides telles que l'AME existent et doivent permettre à tous d'avoir accès aux soins. Rappelons qu'aux yeux de l'Assurance maladie, est considéré en règle tout étranger en relation avec l'autorité préfectorale. Ce qui signifie qu'un rendez-vous, une convocation, un lien avec l'autorité de police (la préfecture) est suffisant pour bénéficier de la même couverture sociale qu'un citoyen français. L'AME devrait donc normalement être une exception. C'est l'Assurance maladie que nous réclamons pour tous et pas seulement l'Aide Médicale d'État.

Qu'est-ce que l'AME ?

L'AME est un dispositif d'accès aux soins gratuit, qui bénéficie aux étrangers en situation irrégulière n'ayant droit à aucun régime de Sécurité Sociale, que cela soit sur la base de cotisations professionnelles, par la Couverture Médicale Universelle (CMU) ou en tant qu'ayant droit d'un autre assuré social. Un numéro d'identification est attribué, et non un numéro d'immatriculation ou un numéro de Sécurité Sociale.

Pouvez-vous bénéficier de l'AME ?

→ **Le demandeur.** L'AME est accessible, sous condition de ressources, aux étrangers en situation irrégulière, résidant en France depuis plus de trois mois et ne pouvant prétendre à une autre protection sociale telle que la Sécurité Sociale ou la CMU. Afin de vous assurer que vous ne pouvez pas bénéficier d'une autre couverture sociale, vous pouvez vous adresser au Comede ou à l'assistant de service social social qui vous suit le cas échéant.

→ **Les personnes à la charge du demandeur.** L'obtention de l'AME bénéficie au demandeur mais également aux personnes résidant sur le territoire français qu'il a à sa charge : conjoint, concubin, partenaire lié par un PaCS ; enfants jusqu'à 16 ans ou jusqu'à 20 ans s'ils sont étudiants, malades chroniques ou infirmes, ou encore jusqu'à 21 ans si les études ont été interrompues pour cause de maladie ; parents (père, mère, grands-parents, parents et alliés

jusqu'au 3^e degré à condition de vivre sous le toit de l'assuré social et de se consacrer uniquement à la tenue de la maison et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans) ; toute personne vivant sous le toit de l'assuré depuis au moins douze mois et se trouvant à sa charge effective et permanente, même si aucun lien de parenté n'existe entre eux.

A qui en faire la demande ?

La demande d'AME se fait auprès : des CPAM ; des centres communaux et intercommunaux d'action sociale, pour les personnes sans domicile fixe ayant fait une demande de domiciliation auprès d'un organisme agréé ; des services sanitaires et sociaux des départements ; des établissements hospitaliers, dans le cadre des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; des associations agréées (la liste de ces associations est disponible en préfecture ou dans les CPAM).

Ces différents organismes doivent vous aider dans votre démarche, notamment dans la constitution de votre dossier. Si votre état de santé ne vous permet pas de vous déplacer pour constituer votre dossier, les personnes qui peuvent faire cette démarche à votre place sont votre conjoint, votre concubin, un descendant, un frère ou une sœur, le directeur de l'établissement de santé où vous êtes suivi, votre curateur si vous êtes sous curatelle.

Quelles conditions remplir ?

Pour l'identité comme pour la résidence, un seul document de chacune des listes suffit.
Notamment, seul un document de plus de trois mois est exigé,
et non un document pour chaque mois passé en France.

→ **Les délais à respecter.** Une fois le dossier constitué, il doit être transmis à la CPAM dont vous dépendez dans un délai de huit jours. Ce sont, en effet, les CPAM qui instruisent les dossiers et décident de l'attribution ou non de l'AME.

→ **La justification de votre identité.** Les documents permettant de justifier votre identité sont les suivants : un passeport ; une carte nationale d'identité ; la traduction d'un extrait d'acte de naissance, par un traducteur assermenté ; la traduction du livret de famille, par un traducteur assermenté (la traduction n'est pas nécessaire lorsqu'il est possible de s'assurer directement, à partir du document rédigé dans la langue étrangère, des noms, prénoms, dates et lieux de naissance prévus par le formulaire de demande) ; un titre de séjour antérieurement détenu ; ou tout autre document attestant de l'identité du demandeur et des personnes à charge : à la CPAM de rechercher si ces documents peuvent être de nature à attester ces identités. À titre d'exemple : document nominatif du Ministère des affaires étrangères, du Ministère de l'intérieur ou du Ministère de la justice, un permis de conduire ou une carte d'étudiant.

Si vous ne possédez aucun document, mais que la cohérence de vos déclarations prouve votre bonne foi, l'attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé doit être acceptée par la CPAM.

→ **La justification de votre résidence en France depuis plus de trois mois.** Le point de départ du délai de trois mois correspond à l'entrée sur le territoire (métropole, DOM ou TOM). Peut être donné, le visa ou le tampon sur le passeport ; une quittance de loyer, un contrat de

location, une facture de plus de trois mois ; un avis d'imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, une taxe d'habitation ou une taxe foncière ; une facture d'hôtellerie de plus de trois mois ; une quittance de loyer et une facture de plus de trois mois pour les cas d'hébergement à titre gratuit ; une attestation d'hébergement par un centre d'hébergement de plus de trois mois ou une attestation de domiciliation par un organisme agréé si vous êtes sans domicile fixe. Est valable tout autre document de nature à prouver que cette condition de résidence de plus de trois mois est remplie : à titre d'exemple, un document du Ministère des affaires étrangères, du Ministère de l'intérieur ou du Ministère de la justice, une attestation de scolarité dans un établissement d'enseignement, un document relatif à une prestation servie par une collectivité locale, un organisme de Sécurité Sociale ou une ASSEDIC, un bulletin d'hospitalisation, une facture d'établissement de santé, une attestation établie par un professionnel de santé ou une association reconnue se portant garant de la fréquentation du/de la demandeur. Mais les déclarations sur l'honneur des demandeurs ou des tiers ne sont pas recevables.

→ **Les critères de ressources à remplir.** @ Pour l'appréciation des ressources, sont prises en compte les revenus monétaires de toute nature, du demandeur et des personnes à sa charge. Un logement à titre gratuit est l'unique avantage en nature pouvant être pris en compte dans les ressources. Aucune pièce justificative n'est exigée, un document « retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée » est suffisant. Si vous vous trouvez dans l'impossibilité de faire état de vos ressources, le service qui vous reçoit a l'obligation de vous aider à faire une estimation chiffrée. Vous devez mentionner tout changement intervenu dans votre situation. Si une évolution est intervenue au cours de l'année de référence, les ressources perçues au cours des trois derniers mois sont privilégiées. Les plafonds de ressources sont déterminés en fonction du nombre de personnes à charge d'une part ; des ressources perçues en France ou à l'étranger au cours des douze mois civils précédant le dépôt de la demande d'autre part.

Le renouvellement de votre AME

Le renouvellement de l'AME n'est pas automatique ! En conséquence, pensez à déposer une nouvelle demande deux mois avant la date d'interruption de la couverture.

L'étude de votre demande

→ **Les délais d'instruction.** La date de la demande correspond à la date d'effet de la décision d'admission, c'est-à-dire la date de réception par l'organisme auquel vous avez confié votre demande.

Le délai d'instruction d'un dossier de demande d'AME est d'un mois maximum. Si la CPAM n'a pris aucune décision explicite dans un délai de deux mois, ce silence équivaut à un refus implicite. Vous pouvez alors exercer un recours contre cette décision administrative implicite. Ce recours doit être adressé à la Commission départementale d'aide sociale, à la DDASS. Il doit re-préciser tous les éléments de votre demande et être envoyé en lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour obtenir des informations sur les formes du recours, n'hésitez pas à contacter le GISTI.

→ **Le cas de dossiers prioritaires.** Si vous souffrez d'une pathologie qui exige une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation de votre état de santé, vous êtes en droit de solliciter une instruction prioritaire de votre dossier. Pour cela, vous devez demander à votre médecin traitant un certificat médical que vous joindrez à votre dossier.

→ **Que faire en cas de rejet ?** La décision de refus d'ouverture du droit à l'AME doit être motivée. Doivent être notifiées les considérations de droit et de fait qui justifient le rejet de la demande. Cette décision doit également mentionner votre droit à contester sa légalité et à demander sa révision. Vous disposez de deux mois pour adresser une requête devant la Commission départementale d'aide sociale, à la DDASS, dont l'adresse est mentionnée sur la notification de refus adressée par votre CPAM. Ce recours doit re-préciser tous les éléments de votre demande et répondre point par point aux arguments motivant le refus opposé. Il doit être envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception. Pour des informations sur la forme des recours, contactez le GISTI.

Les effets de l'acceptation de votre demande

La remise des documents d'admission se fait à la CPAM. Vous devez les récupérer en mains propres. Si votre état de santé ne vous permet pas de vous déplacer, la CPAM vous les transmettra par courrier.

La durée

L'AME est accordée pour une durée d'un an. L'ouverture des droits à l'AME est rétroactive : la décision d'admission prend effet à la date du dépôt de la demande, même si le dossier n'était pas complet au moment du dépôt.

Si vous avez bénéficié de soins dans une période d'un mois précédant votre demande d'AME, ils sont également pris en charge si vous résidiez en France depuis plus de trois mois au moment de ces soins.

Ainsi, si vous recevez des soins coûteux alors que vous n'êtes pas bénéficiaire de l'AME et que vous remplissez les conditions pour en faire la demande, il est indispensable pour que les frais soient pris en charge que vous déposiez une demande d'AME dans le mois qui suit le début des soins, quand bien même vous ne disposeriez pas encore de tous les justificatifs pour appuyer votre demande.

→ **Les soins.** Le bénéfice de l'AME vous permet de choisir librement un établissement de santé, dans les mêmes conditions que les assurés sociaux. L'AME prend en charge les prestations délivrées par tout établissement de santé autorisé à dispenser des soins aux assurés sociaux, dans la limite des tarifs de responsabilité de Sécurité Sociale et dès lors que ces prestations sont également remboursées aux assurés sociaux.

Vous n'êtes pas éligible à l'AME

Si vous n'êtes pas éligible à l'AME, vous pouvez toujours vous rendre dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier ont l'obligation légale de mettre en place ces permanences adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches

nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Enfin, la circulaire dite « Soins urgents » du 16 mars 2005 prévoit que les personnes ne pouvant justifier de trois mois de résidence en France (nécessaires à l'obtention de l'AME) seront prises en charge pour les soins urgents, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de leur état de santé ou de celui d'un enfant à naître et qui sont dispensés dans les établissements de santé. Attention, ce dispositif sera très difficilement mis en œuvre pour les personnes munies d'un visa touristique de trois mois en cours de validité.

→ **De l'obligation de soins des hôpitaux même en l'absence de justificatifs de prise en charge.** Une obligation de soins s'impose aux établissements de santé qui assurent le service public hospitalier. Ils doivent vous délivrer des soins immédiats si votre état le nécessite, même si vous n'êtes pas en mesure de présenter un document justifiant une quelconque prise en charge.

Les Mutuelles

L'aide pour avoir une complémentaire santé

En fonction de vos revenus, vous pouvez recevoir une aide pour payer votre complémentaire santé. Cette aide peut être attribuée si vos revenus sont modestes et ne dépassent pas de plus de 20 % le seuil d'accès à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

→ **Les conditions.** @ Pour bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, vous devez résider en France de manière régulière et stable depuis plus de trois mois. Le plafond de ressource est différent si vous habitez en métropole ou dans les DOM.

Attention ! vous devez intégrer dans vos revenus le montant des aides au logement qui vous sont accordées !

→ **Le montant de l'aide annuelle** varie selon votre âge et le nombre de personnes qui composent votre foyer. Cette aide est accordée pour un an et peut être reconduite. @

Les formalités à effectuer. Si vous pensez pouvoir bénéficier de cette aide, faites contrôler vos droits auprès de votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Vous devrez remplir le formulaire n° S 3715 intitulé « Protection complémentaire santé » ainsi qu'une déclaration de ressources. Ce formulaire est téléchargeable sur le site de l'assurance maladie. Vous pouvez également le demander auprès de votre CPAM, des centres communaux d'Action sociale (CCAS), des services sociaux, des associations agréées et des hôpitaux.

Votre CPAM dispose de deux mois pour vous répondre. Passé ce délai, une absence de réponse de votre caisse vaut refus. En cas d'accord, votre caisse vous remettra une attestation de droit à déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé, que vous devrez présenter à votre mutuelle. Vous disposez de 6 mois pour présenter cette attestation à la mutuelle de votre choix.

Avertissements et précautions

Pour avoir une garantie complète, il faut regarder à la loupe certains éléments.

→ **Les garanties** : Le choix doit se faire suivant les besoins que vous avez, par exemple en termes de dépassements d'honoraires, des praticiens, d'hospitalisations, de frais dentaires, d'optique ou même de cure. Votre conseiller doit pouvoir vous mettre sur la voie de la garantie qui vous convient le mieux.

→ **Le prix** : Certaines compagnies ont un prix fixe quelque soit votre âge, d'autres augmentent tous les 5 ans, et d'autres ont un tarif suivant votre âge, celui de votre conjoint et ceux de vos enfants. N'oubliez pas de vous renseigner.

→ **Les délais d'attente** : Les complémentaires santé ont parfois des délais de carence pour : l'hospitalisation, les soins dentaires, optiques ou même la maternité. Ils peuvent varier suivant les compagnies de 1 à 9 mois.

→ **L'hospitalisation** : Le remboursement hospitalier ne doit surtout pas être limité à 30 jours par an, car malheureusement lorsque survient un problème de santé, les journées d'hospitalisation, les cures de repos, les rechutes, etc. dépassent largement cette limite !

→ **Les avantages de l'informatisation** : La liaison avec la Sécurité Sociale vous permet de ne plus avoir de feuille de maladie chez votre praticien et donc de ne plus envoyer vos décomptes Sécurité Sociale à votre mutuelle. L'attestation de Tiers payant vous donne la possibilité de ne pas effectuer d'avance de fonds dans la majorité des pharmacies.

→ **Prothèses dentaires** : Il ne faut pas confondre le forfait et le plafond : la plupart des mutuelles vous accordent des plafonds importants, malheureusement cela induit souvent en erreur.

→ **Optique** : @ Taux de remboursement des verres : les verres de lunettes sont remboursés à 65 % sur la base de tarifs variables selon le degré de correction et selon que vous ayez plus ou moins de 18 ans. Au vu de votre prescription médicale, votre opticien pourra vous indiquer les tarifs de vos verres, ainsi que le montant du remboursement.

Mutuelles, assurances : quelle est la différence ?

Régies par le Code de la Mutualité, les mutuelles fonctionnent grâce à la solidarité et l'entraide de tous. Dans une mutuelle, le risque maladie est mutualisé et les coûts répartis de manière solidaire : chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Les mutuelles ne peuvent réaliser aucun bénéfice, contrairement aux sociétés d'assurances, qui sont des sociétés de capitaux à but commercial. Les excédents peuvent servir à développer de nouvelles garanties, prendre en charge de nouveaux traitements plus efficaces ou encore à financer des services de soins et d'accompagnement mutualistes.

Les mutuelles se caractérisent également par leur mode de fonctionnement démocratique : elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer et leurs représentants sont élus par les adhérents selon la base du fonctionnement démocratique : « une personne, une voix ». Les garanties sont définies par l'Assemblée générale des adhérents. Pour adhérer à une mutuelle, il n'y a pas de questionnaire de santé. Dès l'adhésion, votre garantie est viagère, c'est-à-dire sans limite de durée, quel que soit votre âge. L'accès à une mutuelle du Code de la Mutualité ne sera donc jamais refusé pour raisons de santé.

l'accès aux prestations

La MDPH

Texte de références :

loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Anciennement COTOREP, les MDPH accueillent le public et permettent un accès aux droits et prestations prévus pour les personnes vivant avec un handicap. Leurs missions sont l'accueil, le conseil, l'information et l'accompagnement. Une équipe pluridisciplinaire réunit

le personnel médical et para-médical compétent dans les domaines de la psychologie, de la formation et de l'emploi, du travail social.

Les MDPH évaluent les besoins de compensation de la personne et son incapacité sur la base de son projet de vie. Elles élaborent des plans personnalisés de compensation comprenant des droits ou prestations, une compensation aux limitations d'activités et aux restrictions de participation à la vie sociale, un volet consacré à l'emploi et à la formation. Elle gère le fonds départemental de compensation du handicap qui permet l'attribution d'aides financières complémentaires destinées aux personnes handicapées.

Vous serez pris en charge par un référent qui doit évaluer vos besoins immédiats, synthétiser l'expertise menée par l'équipe pluridisciplinaire et porter votre dossier auprès de la commission d'ouverture des droits : la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Si vous voulez exercer un recours, vous devrez demander l'intervention d'une personne qualifiée figurant dans la liste établie par la MDPH.

Le formulaire unique de la MDPH est disponible à cette adresse :

www.cnsa.fr/IMG/pdf/ModeleA_8pages_v06.pdf

Vous trouverez ici une notice explicative pour bien remplir votre dossier :

www.cnsa.fr/IMG/pdf/ModeleA_Notice_v03.pdf

Les prestations liées au handicap

Carte d'invalidité

Vous pouvez obtenir la Carte d'Invalidité si vous résidez en France ou si vous êtes français résidant à l'étranger, dès lors que votre taux d'invalidité est égal ou supérieur à 80 % au regard de la CDAPH ou si vous percevez une pension d'invalidité de 3^e catégorie.

Si votre taux d'invalidité est inférieur à 80 % mais que votre handicap rend la station debout pénible, vous pouvez avoir une carte « Priorité pour personne handicapée », (en remplacement de la carte « station debout pénible »), pour une durée déterminée. Cette carte ne vous donne pas droit à une carte de stationnement (sauf décision du Maire), mais vous rend prioritaire pour les places assises dans les transports ou pour les files d'attente.

Vous devez en faire la demande à la MDPH via le formulaire unique en joignant : un justificatif d'attribution de votre pension si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité de 3^e catégorie ; une copie de votre pièce d'identité ou titre de séjour en règle ; une photo d'identité.

La demande est ensuite examinée par la CDAPH. La carte est accordée à titre définitif ou pour une durée déterminée allant de 1 à 10 ans.

Attention ! vous devez déposer votre demande de renouvellement à la MDPH au moins 6 mois avant l'expiration de votre carte actuelle.

L'obtention de la carte d'invalidité vous donne droit à divers avantages fiscaux : une demi-part supplémentaire par titulaire de la carte pour le calcul de l'impôt sur le revenu, quel que soit le nombre de personnes vivant au foyer et quel que soit le montant des ressources ; et un abattement éventuel sur la taxe d'habitation et sur la taxe foncière (L 1414 et L1417 du CGI).

Remarque : l'obtention de la carte n'ouvre pas droit à des prestations, et inversement.

Le « macaron GIC » ou carte de stationnement

Le macaron Grand Invalide Civil (GIC) a été remplacé par la Carte Européenne de Stationnement depuis le 1^{er} janvier 2000. Cependant, les cartes GIC délivrées avant cette date peuvent continuer à être utilisées sur le territoire français jusqu'au 1^{er} janvier 2011.

Attention ! si vous prévoyez un séjour dans un pays de l'Union Européenne, il convient de demander le remplacement du macaron GIC par la carte européenne de stationnement. Dans ce cas, la demande est à adresser à la MDPH pour le macaron GIC.

La carte vous permet de bénéficier des places exclusivement réservées aux véhicules des personnes handicapées sur la voie publique et dans les parkings. Le stationnement payant est neutralisé, c'est-à-dire gratuit. Vous devez l'apposer en évidence derrière le pare-brise de votre véhicule. La demande doit être rédigée sur papier libre, accompagnée d'un certificat médical établi à cette fin est à adresser à la MDPH, qui la transmet à la CDAPH.

Toute demande de renouvellement de la Carte Européenne de Stationnement est à adresser au moins 4 mois avant la date d'expiration de la précédente.

L'AAH @

L'Allocation adulte handicapé, qui a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes handicapées, s'adresse à ceux qui ne peuvent prétendre à une pension vieillesse ou invalidité, ou à une rente d'accident du travail au moins à hauteur du montant de l'AAH.

Elle est versée par la CAF et financée par l'État, c'est un minimum social insaisissable et non-imposable. Elle est composée d'une allocation de base et de deux types de compléments : le Complément de Ressources et la Majoration pour la Vie Autonome.

→ **Conditions d'attribution.** Vous devez :

- être de nationalité française, titulaire d'un titre de séjour régulier ou d'un récépissé de renouvellement de titre de séjour. Les réfugiés ont droit à l'AAH ;
- être ressortissant d'un pays de l'Espace Économique Européen ou membre de la famille d'un ressortissant de l'EEH ;
- avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 %. S'il est compris entre 50 et 79 %, vous devez être dans le cadre d'une restriction substantielle d'accès à l'emploi ET avoir moins de 60 ans.

→ **Procédure** : La demande doit être effectuée auprès de la MDPH ; elle s'accompagne désormais systématiquement d'une procédure de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). La MDPH transmet un double du dossier à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), et un autre à la CAF. Il faut utiliser le formulaire unique de demande : CERFA 13788*01.

Attention ! dans la rubrique H, vous devez indiquer vos revenus perçus sur les 12 derniers mois. Or, depuis le 1^{er} janvier 2009, cette condition pour obtenir l'AAH a été supprimée. Le décret d'application se fait attendre mais cette condition est rappelée par la Circulaire DGAS/1C/2009/17 du 19 janvier 2009. N'hésitez pas à l'invoquer et à exiger qu'on vous procure cette circulaire. En cas de refus, faites-en la demande à la CADA (*Voir page 181*).

Le dossier est constitué d'un volet administratif et d'un volet médical. Le CERFA comporte un « certificat médical simplifié », que votre médecin peut choisir de remplir s'il n'y a pas de « modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap » depuis le dernier certificat établi.

La partie médicale doit être remplie avec soin et il est recommandé que votre médecin l'étaye avec des feuilles volantes (sur papier à en-tête). Toutes les informations nécessaires à un compte-rendu exhaustif de votre état de santé doivent être consignées, et n'hésitez pas à ajouter une copie de vos résultats d'examen spécialisés.

Insistez pour que votre médecin fasse état de tous les effets secondaires de vos traitements, des éventuelles infections opportunistes et indique, si c'est le cas, les co-infections.

L'appréciation du handicap lié au VIH ne doit pas se limiter au taux de CD4 et à la seule charge virale. Ne vous limitez pas à la partie prévue aux informations médicales, n'hésitez pas à ajouter des documents indépendants qui décrivent au mieux la réalité de votre état de santé.

Attention ! votre dossier médical vous appartient. Vous devez être présent lorsque votre médecin le remplit, le secret médical ne peut pas vous être opposé.

Si votre praticien rechigne à étayer le volet médical, s'il limite sa description à votre charge virale, s'il refuse de le compléter par des documents annexes qui vous semblent important, n'hésitez pas à en consulter un autre.

→ **Calcul des droits.** @ Ils sont calculés en fonction de vos ressources de l'année N-2 (pour une demande d'AAH en 2010, ce sont les ressources de 2008 qui seront prises en compte), avec des abattements. Le plafond est augmenté si vous vivez en couple et si vous avez des enfants à charge. Si vous exercez une activité professionnelle en milieu normal (hors ESAT) la CAF effectue un abattement allant de 10 % à 40 % en fonction de vos ressources. Si vous travaillez en ESAT, votre AAH fera l'objet d'un calcul particulier. Si vous bénéficiez d'une pension d'invalidité dont le montant est inférieur à celui de l'AAH, vous percevrez la différence. S'il est supérieur, l'AAH est supprimée.

→ **Neutralisation des ressources.** Il arrive que la MDPH donne une réponse favorable à votre demande d'AAH mais que la CAF vous la refuse, pour des questions de ressources. Certaines ressources ne doivent pas être prises en compte par la CAF en vertu du principe de neutralisation, notamment les allocations et prestations versées par la CAF et les IJ versées par la Sécurité Sociale au titre de l'ALD.

Les malades radiés du Pôle Emploi pour cause de longue maladie peuvent demander la neutralisation de l'intégralité des ressources de l'année de référence, même si celles-ci proviennent d'une activité professionnelle (circulaire LCI 312/94 du 17 octobre 1994).

N'hésitez pas à mentionner cette circulaire et à exiger de la CAF qu'elle vous la fournisse. Si elle ne s'exécute pas, exercez un recours auprès de la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA) (Voir page 181).

→ **Réduction de l'AAH.** Dès le premier jour du mois suivant une période de 60 jours passés dans un établissement pénitentiaire, un établissement de santé ou une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), le montant de votre AAH est réduit à 30 % sauf si vous êtes astreint au forfait journalier ; si vous avez au moins un enfant ou un ascendant à charge ou encore si votre conjoint, concubin ou partenaire de PaCS ne travaille pas pour un motif reconnu par la CDAPH. Les deux compléments de l'AAH sont également suspendus sur ces périodes, leur versement reprend le premier jour du mois suivant la sortie.

→ **Durée de versement.** L'AAH est attribuée pour une période de un an minimum et de 5 ans maximum.

Attention ! la circulaire DGAS/1C n°2005-411 du 7 septembre 2005 autorise les organismes payeurs à faire des « avances sur droits supposés », à l'occasion des renouvellements. Cela implique que le temps que la CDAPH instruit votre dossier de renouvellement d'AAH, vous continuez à percevoir votre allocation.

En pratique, ce n'est que peu appliqué. Nous avons obtenu qu'il en soit ainsi dans l'ensemble de l'Ile-de-France, mais ce n'est toujours pas harmonisé au niveau national. N'hésitez pas à faire valoir cette circulaire.

→ **Fin du droit.** L'allocation n'est plus due le premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit ne sont plus réunies.

Le Complément de Ressources @

Pour en bénéficier, vous devez : avoir moins de 60 ans, avoir une capacité de travail inférieure à 5 %, disposer d'un logement indépendant ; ne pas exercer d'activité professionnelle et ne pas avoir perçu de revenus professionnels depuis au moins 12 mois. Cette dernière condition doit être amenée à disparaître, mais aucun décret ni circulaire en ce sens n'est encore paru.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La PCH a remplacé en 2006 l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) et l'Allocation de Compensation pour Frais Professionnels (ACFP). Il s'agit d'une aide financière destinée à couvrir les besoins liés à la perte d'autonomie ; les montants attribués doivent être justifiés.

→ **La PCH comprend 5 volets :**

- l'aide humaine : rémunération ou dédommagement des personnes assurant une aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne (habillage, alimentation, participation à la vie sociale, toilette, etc.), pour la surveillance ou pour l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.
- l'aide technique : financement de matériel (fauteuil roulant, audioprothèse, etc.)

- l'aménagement du logement ou du véhicule, surcoûts liés au transport : couverture des dépenses liées à l'aménagement du domicile (pose d'une rampe, adaptation d'une salle de bains), ou du véhicule (aménagement du poste de conduite, etc.), ou surcoût de transport (trajets réguliers ou départ en congés).
- dépenses spécifiques ou exceptionnelles : prise en charge de tout ou partie de frais spécifiques (abonnement à un service de télé-assistance..) ou exceptionnels (surcoût pour des vacances adaptées, etc.).
- aide animalière : dédiée à l'entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle.

→ **Conditions d'attribution.** Il n'y a pas de conditions de ressources pour l'attribution de la

Référence :

Décret N° 2008-451 du 7 mai 2008,
Article D.245-33 du CASF.

PCH. Par contre, vous devez avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 %, résider régulièrement en France, avoir plus de 20 ans et moins de 60 ans et présenter une difficulté absolue pour la réalisation d'un acte essentiel ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 actes essentiels, et ce pendant une durée d'au moins un an.

→ **Remarques sur ces conditions.**

- Vous pouvez faire une première demande jusqu'à 75 ans si vous remplissiez les conditions liées au handicap avant 60 ans, et également continuer à percevoir la PCH après 60 ans si vous n'optez pas pour l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA). Par ailleurs, une personne qui travaille peut avoir accès à la PCH à tout âge, et les enfants de moins de 20 ans qui perçoivent l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) peuvent bénéficier du volet « Aménagement » de la prestation.
- Le terme « difficulté absolue » veut dire « ne plus pouvoir faire ».
- Le terme « difficulté grave » veut dire « faire difficilement ou incomplètement » Les actes essentiels sont bien définis et sont distincts des activités autres comme la mobilité, la communication ou les relations à autrui.

Montants. @ Voir aussi : www.cnsa.fr/IMG/pdf/tableaux_tarifs_PCH_janvier_2010.pdf.

Les prestations liées à l'invalidité

Les indemnités journalières (IJ ou IJSS)

(Voir aussi le chapitre 3, notamment pour les arrêts maladie dans la fonction publique).

Il s'agit de prestations dites « en espèces » : la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) vous verse une somme d'argent pour compenser votre perte de salaire en cas d'arrêt pour maladie. La CPAM peut également vous verser des prestations « en nature » : le remboursement partiel de vos frais médicaux. **Ouverture des droits.** Vous devez être immatriculé depuis au moins 12 mois au premier jour du mois de l'interruption de travail.

Vous avez droit aux IJSS pendant une durée de 6 mois si vous justifiez :

- soit d'un salaire au cours des 6 mois précédant l'interruption de travail au moins égal à 1015 fois le SMIC horaire.
- soit d'au moins 200 heures de travail au cours des 3 mois précédents (ou 90 jours).

Pour bénéficier des IJ au delà de 6 mois vous devez justifier :

- soit d'un salaire au cours des 6 mois précédant l'interruption de travail au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire, dont au moins 1015 fois le SMIC horaire sur les 6 premiers mois.
- soit d'au moins 800 heures de travail au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois.

Les 3 premiers jours d'arrêt maladie ne sont jamais indemnisés par la CPAM (« délai de carence »), le versement s'effectue à compter du 4^e jour d'arrêt de travail, sauf en cas de renouvellement au titre d'une Affection Longue Durée (ALD). Vous devez envoyer votre « avis d'arrêt de travail » signé par votre médecin, à votre centre de paiement de la CPAM. Le médecin est désormais obligé de mentionner les éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail. Ces éléments sont mentionnés sur le volet strictement réservé à la CPAM. Le volet destiné à l'employeur ne fait en aucun cas mention d'éléments médicaux.

Montants. @ Au 1^{er} janvier 2010, les IJ s'élèvent théoriquement à la moitié du gain journalier de base, calculé à partir du salaire brut sous plafond, perçu au cours des 3 mois précédant l'AM (Arrêt maladie) (une moyenne est faite sur les 90 jours).

Revalorisation des montants. @ Au delà de 3 mois d'AM, les IJ peuvent être revalorisées sur la base d'un salaire journalier de référence, estimé d'après le salaire normal prévu pour votre catégorie professionnelle. C'est à vous de voir si cette formule vous est plus favorable, et à vous d'en faire la demande.

Attention ! Pensez, dans votre estimation, à inclure les éventuelles augmentation de salaire intervenues pendant votre AM. Au bout de 3 mois, les IJ peuvent être revalorisées de 1,011 % (coefficient au 1/04/2009), pour tenir compte de la hausse des salaires.

En cas d'accident du travail. @ Si vous êtes victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle occasionnant un arrêt de travail, vous avez droit à des IJ dès le lendemain de l'arrêt, sans délai de carence et pendant toute la durée de votre incapacité à travailler, jusqu'à guérison complète, consolidation de la blessure ou décès. Dans le cas d'un accident du travail, le jour de l'accident vous est dû en totalité par votre employeur. Les IJ vous seront tout d'abord versées au titre de l'Assurance maladie, ce n'est qu'à partir de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie ou de l'accident que votre indemnisation se fera au titre de l'assurance AT-MP (Accident du Travail / Maladie Professionnelle) avec une régularisation s'il y a lieu. Les IJ pour accident du travail ne sont plus exonérées depuis janvier 2010. Le salaire retenu intègre l'ensemble des salaires et éléments annexes, y compris avantages en nature et pourboires, mais n'inclut pas les frais professionnels, prestations familiales, cotisations patronales ou régimes de retraite complémentaires.

Attention ! vos IJ peuvent être maintenues si vous participez, pendant votre AM, à des sessions de formation. Il vous faudra l'accord du médecin traitant et de la CPAM et c'est à vous d'en faire la demande. La loi de Finances de la Sécurité Sociale de 2010 a prévu un accroissement des contrôles liés aux Arrêts maladie (contre-visites).

La pension d'invalidité

Il s'agit d'un revenu de remplacement visant à compenser la perte de capacité de travail suite à une maladie ou un accident non-professionnel. C'est une pension temporaire, qui est révisable à l'initiative du médecin-conseil ou à votre demande. La révision peut se faire à la hausse.

Il existe 3 catégories de pension d'invalidité :

- 1^{ère} catégorie : votre état de santé vous permet de continuer à travailler.
- 2^e catégorie : votre état de santé ne vous permet pas de continuer à travailler
- 3^e catégorie : votre état de santé ne vous permet pas de continuer à travailler et nécessite en outre l'aide d'une tierce personne.

→ **Conditions d'attribution et montant.** @ Pour bénéficier d'une pension d'invalidité, vous devez être âgé de moins de 60 ans ; avoir une capacité de travail réduite des 2/3 ; être en situation d'invalidité qui ne résulte pas d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ; justifier de 12 mois d'immatriculation à la Sécurité Sociale et d'un salaire au cours des 6 mois précédant l'interruption de travail au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire, dont au moins 1015 fois le SMIC horaire sur les 6 premiers mois, soit d'au moins 800 heures de travail au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail, dont 200 heures au moins au cours des 3 premiers mois.

Attention ! L'Article 39 de la loi de finances 2010 prévoit la suppression de la transformation automatique de la pension d'invalidité en pension de vieillesse si vous êtes encore en activité (1^{ère} catégorie) et que vous atteignez l'âge de 60 ans. Cette disposition devrait être effective au 1^{er} mars 2010.

Le montant de votre pension va varier en fonction de la rémunération des 10 meilleures années de votre carrière et de la catégorie dans laquelle vous vous trouvez.

- 1^{ère} catégorie : vous percevrez 30 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années.
- 2^e catégorie : vous percevrez 50 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années.
- 3^e catégorie : vous percevrez 50 % du salaire annuel moyen des 10 meilleures années.

→ **Procédure.** En théorie, vous n'avez aucune démarche à effectuer, c'est le médecin traitant ou le médecin du travail qui adresse un certificat médical à la CPAM. Le médecin conseil du service médical de l'Assurance maladie fera ensuite un point avec vous. L'absence de réponse pendant 2 mois vaut rejet. Vous avez alors 12 mois pour faire une demande de révision.

L'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI)

L'ASI, qui a remplacé l'Allocation Supplémentaire au 1^{er}

janvier 2007 est une prestation versée en

complément d'un avantage viager

(c'est-à-dire dont l'avantage est limité à

la durée de vie de celui qui le perçoit et

dont le bénéficiaire ne passe pas aux héritiers)

attribué au titre de l'assurance vieillesse ou invalidité, jusqu'à ce que le titulaire ait l'âge requis pour bénéficier de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Texte de références :

Article L815-24 à L815-29 du Code de la Sécurité Sociale ; Circulaire n° 2009/8 du 29 janvier 2009 disponible à l'adresse : www.legislation.cnav.fr/textes/cr/cn/TLR-CR_CN_2009008_29012009.htm.

→ **Conditions d'attribution et montant.** @ Pour en bénéficier, vous devez être titulaire d'un avantage vieillesse ou invalidité (pension d'invalidité, pension de réversion, pension de vieillesse de veuf ou de veuve, pension de vieillesse attribuée avant 60 ans) ; résider régulièrement en France, y avoir son domicile principal ou y séjourner plus de 6 mois par an ; être titulaire d'un titre de séjour en règle à la date de l'effet de l'ASI ; être atteint d'une invalidité générale réduisant au moins des 2/3 votre capacité de travail ou de gain. Vos ressources et celles de votre conjoint, concubin ou partenaire PaCS ne doivent pas excéder un plafond, variable selon la composition de votre foyer.

Attention ! tous vos avantages de vieillesse et d'invalidité sont pris en compte dans l'appréciation des ressources, ainsi que les revenus professionnels, les revenus des biens mobiliers et immobiliers et les biens dont vous auriez fait donation dans les 10 années qui précèdent la demande d'ASI. L'évaluation des ressources d'un couple ne fait pas de distinction entre les biens propres ou les biens communs des conjoints, concubins ou partenaires de PaCS. Les sommes versées au titre de l'ASI sont récupérables au décès de l'allocataire si l'actif net de la succession excède 39 000 euros.

Revenus et autonomie

La Majoration pour la Vie Autonome (MVA)

Il s'agit de l'ancienne Aide A l'Autonomie (AAA). C'est une majoration de l'AAH visant à permettre aux personnes handicapées ayant un logement indépendant de couvrir les dépenses supplémentaires liées à des aménagements dus au handicap.

→ **Conditions d'attribution.** @ Elle vous est attribuée automatiquement sans que vous ayez besoin d'en faire la demande si vous percevez l'AAH à taux normal ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail ; si vous avez un taux d'incapacité au moins égal à 80 % et si vous disposez d'un logement indépendant pour lequel vous bénéficiez d'une aide au logement (Aide Personnelle au Logement, ou Allocation de Logement sociale ou familiale), comme titulaire ou comme conjoint, concubin ou partenaire lié par un PaCS du titulaire. Il ne faut pas toucher de revenus d'activités à caractère professionnelles.

L'Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)

→ **Conditions pour bénéficier de l'ASS.** Vous devez être privé d'emploi et inscrit comme demandeur d'emploi ; être âgé de moins de 65 ans OU si vous avez plus de 60 ans, ne pas pouvoir justifier de la durée de cotisation nécessaire au bénéfice d'une retraite à taux plein ; avoir épuisé vos droits à l'Allocation de Retour à l'Emploi (ARE) ou à l'Allocation de Fin de Formation (AFF), OU être âgé de plus de 50 ans et percevoir une ARE d'un montant inférieur à celui de l'ASS ; être apte au travail et « effectuer des actes positifs et répétés en vue de retrouver un emploi, de créer ou reprendre une entreprise » ; justifier de 5 ans d'activité au cours des 10 ans précédant la fin du contrat de travail à partir de laquelle il a bénéficié de l'assurance chômage.

Attention ! ne sont retenues que les périodes accomplies, quel que soit le contrat de travail : CDD, CDI, contrats d'intérimaires, alternance, etc. ; les périodes assimilées à du travail

effectif (service militaire, conventions de conversion, etc.) ; les périodes de suspension du contrat de travail : maladie, accident du travail, maternité, congé sabbatique, création d'entreprise, congé parental, etc.

→ **Conditions particulières.** Cette prestation est ouverte aux artistes nonsalariés et non bénéficiaires de l'assurance chômage. Par ailleurs, les personnes âgées d'au moins 58 ans en 2010 et d'au moins 60 ans en 2011 sont dispensées de la condition de recherche d'emploi.

Attention ! c'est à vous de demander cette dispense. Par ailleurs, au 1^{er} janvier 2012, ce dispositif de dispense sera supprimé, seules les personnes qui en bénéficiaient avant cette date en conserveront l'avantage.

→ **Montant, durée et cumul.** @ Un plafond de ressource est fixé pour toucher l'ASS à taux plein ou réduit.

Attention ! Les ressources de votre conjoint seront prises en compte, y compris si vous êtes homosexuels et non-pacsés ; le formulaire évoque le : « partenaire auquel vous êtes lié(e), par un PaCS, ou votre conjoint(e), (de sexe différent ou de même sexe) ».

Le couple homosexuel est ici pleinement reconnu, mais la déclaration d'un revenu supplémentaire peut entraîner une baisse du montant de l'allocation, si c'est le cas et que vous êtes en « union libre », déclarez une colocation. Ne sont pas prises en compte : l'allocation d'assurance chômage précédemment perçue, les prestations familiales, l'allocation de logement, la majoration de l'ASS, la prime de retour à l'emploi, la prime exceptionnelle de retour à l'emploi, et la prime forfaitaire mensuelle de retour à l'emploi.

L'ASS est attribuée par périodes de 6 mois renouvelables et de 12 mois renouvelables pour les personnes dispensées de recherche d'emploi.

→ **Procédure.** Le Pôle Emploi doit vous envoyer automatiquement un formulaire de demande d'admission si vous êtes en fin de période d'indemnisation.

→ **Suspension du paiement.** Le paiement de l'ASS est interrompu en cas d'absence de recherche active d'emploi, pendant les périodes de formation, en cas de reprise d'activité non cumulable avec l'ASS, lorsque vous percevez des Indemnités Journalières, en cas d'exclusion du bénéfice des allocations par décision préfectorale, ou de radiation de la liste des demandeurs d'emploi, lorsque vous remplissez les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou si vous atteignez 65 ans.

Le RSA

Références :

L262-2 à L262-12, R262-1 à R262-25 du CASF
(Code de l'Action Sociale et de la Famille)

Le RSA est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009. Il a remplacé le Revenu Minimum d'Insertion, (RMI), l'Allocation de Parent Isolé (API) et les mesures d'intéressement versées lors d'une reprise d'emploi.

→ **Conditions.** Vous devez être âgé de plus de 25 ans, ou, si vous avez moins de 25 ans, assumer la charge d'un ou plusieurs enfants nés ou à naître. Attention ! suite à l'amendement du 10 novembre 2010, le nouvel Article L 262-7-1 du CASF ouvre le bénéfice du RSA aux jeunes de 18 à 25 ans, à condition qu'ils justifient d'une durée minimale d'activité

professionnelle à définir par décret, au cours d'une période de référence. Cette mesure devrait entrer en vigueur entre juin et septembre 2010 et le décret sortira courant mars 2010. Il faut de plus résider en France de manière stable et effective (ce qui n'exclut pas les SDF, vous devrez alors vous faire domicilier auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale CCAS). Il faut être français ou titulaire depuis au moins 5 ans d'un titre de séjour vous autorisant à travailler ou assumer seul et depuis peu la charge d'un enfant, ou être enceinte. Enfin, il ne faut pas être élève ou étudiant, ou si vous êtes en congé (parental, sabbatique, sans solde) ou en disponibilité.

→ **Montant.** @ Les ressources prises en compte sont la moyenne mensuelle des ressources perçues au cours des 3 derniers mois par toutes les personnes composant votre foyer : vous + conjoint, concubin ou partenaire de PaCS.

Le RSA est calculé comme suit : (montant forfaitaire + 62 % des revenus d'activité du foyer) - (ressources du foyer + forfait d'aide au logement). Il peut varier en fonction de votre situation maritale et du nombre d'enfants. Il peut être majoré si vous êtes seul avec au moins un enfant de moins de 3 ans. Les revenus d'activité pris en compte sont toutes les rémunérations au titre d'une activité professionnelle, y compris les stages et les formations rémunérées, les primes salariales, le 13^e mois, les indemnités de chômage et de chômage partiel, l'ASS (sauf la prime à l'emploi) ; les IJ pour maladie ; les IJ pour accident du travail ou maladie professionnelle après 3 mois de perception (l'indemnité pour compenser la perte de salaire qui a été attribuée à une victime d'accident du travail n'est pas prise en compte) ; les IJ pour paternité, maternité ou adoption ; l'AAH, y compris son complément de ressources et la MVA ; les revenus de placement ou d'épargne ; les pensions alimentaires ; les revenus issus de biens immobiliers ; les avantages en nature (chèques restaurants, fourniture de repas, cadeaux liés à un événement type mariage ou naissance, etc.) Si vous n'avez pas de charge de logement ou si vous percevez une aide au logement, vous serez soumis au forfait d'aide au logement, votre RSA sera réduit. En pratique, il arrive que soient prises en compte des aides dites « exceptionnelles », que la CAF considèrera comme « régulières » si par exemple elles vous sont versées 2 fois de suite. Refusez ce mode de calcul.

→ **Procédure.** Si vous répondez aux conditions d'obtention du RSA, prenez rendez-vous avec votre CAF pour un examen de votre dossier. Après le versement des 3 premières mensualités, la CAF vous enverra chaque trimestre une déclaration à compléter pour recalculer votre prestation. Vous pouvez par ailleurs cumuler votre RSA avec le Contrat Unique d'Insertion, qui remplace au 1^{er} février 2010 les anciens contrats aidés : Contrat d'Avenir, Contrat d'Insertion, Revenu Minimum d'Activité (RMA) et Contrat Initiative Emploi.

Vous pouvez estimer votre droit au RSA ici : <https://www.caf.fr/wps/portal/particuliers/testrsa>

Aide A domicile

L'aide à domicile concerne les personnes malades, âgées ou en situation de handicap qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées mais qui ont néanmoins besoin d'assistance pour les actes de la vie courante à leur domicile.

Ce dispositif a pour but essentiel d'améliorer les conditions de vie à domicile des personnes

atteintes et a un objectif fondamentalement qualitatif. Si vous en bénéficiez, vous pouvez vous faire aider pour les tâches ménagères, pour la cuisine, les courses et les démarches administratives ainsi que pour certaines tâches de soin corporel (toilette, habillage, etc.). Ces dernières doivent être cependant effectuées par un professionnel de santé. Ce système se trouve à la croisée des réglementations inscrites dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale dite « loi Borloo 2005 ».

Divers dispositifs régissent les accès possibles à l'aide à domicile, en particulier pour les personnes séropositives. Le système d'aide à domicile et son fonctionnement sont hétérogènes, les services proposés et les financements varient en fonction des départements, qui ne disposent pas tous des mêmes budgets.

Si vous avez plus de 60 ans, que vous êtes retraité ou en incapacité de travailler, OU que vous n'êtes pas en incapacité de travailler mais que vous avez alors plus de 65 ans, vous devez vous adresser au CCAS dont vous dépendez, qui se chargera de monter et de suivre votre dossier de demande de prise en charge.

Votre prise en charge sera financée par votre Caisse de Retraite, et assurée par des associations prestataires agréées sectorisées. Ce sont ces associations qui évalueront votre besoin et mettront en place l'aide.

L'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) peut également financer une partie de la prise en charge. La demande doit être déclenchée par un service social, si vous êtes âgé de plus de 60 ans, adressez-vous à un CCAS, si vous avez moins de 60 ans, contactez une Assistante Sociale. Vous pouvez également vous faire assister dans vos démarches par des associations d'aide à domicile locales. Certaines mutuelles proposent aussi ce type de services.

Les dépenses prises en compte sont les sommes que vous versez :

- soit à un salarié dont vous êtes l'employeur direct,
- soit à un organisme autorisé ou agréé (entreprise ou association) qui emploie le salarié.

Si vous souffrez d'une perte d'autonomie et avez 60 ans ou plus vous pouvez bénéficier d'une exonération totale des cotisations patronales de Sécurité Sociale, si vous avez plus de 70 ans mais vous ne souffrez pas de perte d'autonomie, vous bénéficiez d'une exonération partielle des cotisations patronales de Sécurité Sociale avec un plafond de rémunération, si vous êtes assujéti à l'impôt sur le revenu, vous bénéficiez d'une réduction de 50 % pour les services d'un salarié, à temps complet ou partiel.

L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)

(l'APA a remplacé en 2002 la Prestation Spécifique Dépendance PSD). Cette allocation de droit commun est destinée aux personnes qui, outre les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. (Loi n°2001-647 du 20/07/2001).

L'attribution de cette allocation est décidée par le Conseil Général, après avis de la commission d'attribution. C'est également le Conseil qui élabore un « plan d'aide ». Vous devez être à même

de lui fournir à tout moment les justificatifs de l'effectivité de ce plan d'aide, c'est à dire les bulletins de salaire attestant de l'emploi d'un salarié et les justificatifs de dépense.

Attention ! la fréquence des réunions de la commission d'attribution dépend des départements.

Pour bénéficier de l'APA, vous devez remplir avoir au moins 60 ans ; résider de façon stable et régulière en France, et, si vous êtes étranger, être en situation régulière ; vous trouver « dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à votre état physique ou mental » et remplir les conditions d'appartenance aux Groupes Iso-Ressources (GIR) 1, 2 , 3 ou 4.

Si vous relevez d'un GIR 5 ou 6, vous pouvez bénéficier de prestations ménagères dispensées par votre caisse de retraite ou par l'aide sociale départementale. Le montant maximum mensuel de l'APA dépend de votre GIR. Une participation demeure à votre charge (le « ticket modérateur »), sauf si vos revenus sont inférieurs ou égaux à un certain seuil.

Attention ! l'APA est suspendue au delà du 30^e jour d'hospitalisation.

@ Il existe également une procédure d'urgence, si votre situation médicale ou sociale le nécessite. Une APA provisoire peut alors vous être versée sur décision du président du Conseil Général, sans avis de la commission d'attribution. Il s'agira alors d'un montant forfaitaire si vous restez à domicile ou de 50 % du montant alloué à un résident classé en GIR 1 ou 2. Il s'agit d'une avance sur vos droits ultérieurs à l'APA.

AGGIR / GIR :

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer l'autonomie d'une personne âgée de plus de 60 ou des adultes handicapés de moins de 60 ans. Elle détermine 6 groupes, les GIR (Groupes Iso-ressources), schématiquement caractérisés comme suit :

GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants, ou les personnes en fin de vie.

GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- Les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

GIR 3 correspond aux personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

GIR 4 comprend deux catégories de personnes :

- celles n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement.
- celles qui s'alimentent seules, celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Aide ménagère

L'aide ménagère est assurée par un professionnel qui se rend auprès de vous et se charge de vous apporter une aide matérielle et/ou morale pour des tâches quotidiennes d'entretien, des soins d'hygiène sommaire, des courses, des démarches simples et courantes. Vous avez droit à une aide ménagère si vous êtes âgé d'au moins 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail), si vous avez besoin d'une aide matérielle en raison de votre état de santé pour accomplir les travaux domestiques de première nécessité pour vous permettre de rester à votre domicile ou dans un foyer logement, et si vous ne disposez pas déjà de l'APA. Vous devez adresser une demande au centre communal d'action sociale (CCAS) ou à votre caisse de retraite.

Attention ! joignez à votre demande toute pièce justificative de vos ressources.

@ En fonction de vos ressources, la prestation de l'aide ménagère est prise en charge au titre de l'aide sociale par le département (les démarches se font à la mairie) ou par votre caisse de retraite. Dans les 2 cas, une participation financière, déterminée en fonction de vos ressources, pourra vous être demandée. Si vous dépendez de l'action sociale du département, le barème de votre participation financière est décidé par le Conseil général. Si vous dépendez de votre caisse de retraite, c'est elle qui fixe son barème. Toutes vos ressources de retraite, ainsi que celles de votre conjoint, concubin ou partenaire de PaCS, sont prises en compte pour déterminer la participation à votre charge, sauf des revenus que nous avons détaillés sur notre site.

L'Aide Sociale Départementale

L'aide sociale est attribuée par le Conseil général aux personnes peu dépendantes ayant de faibles ressources. Elle est accordée sous conditions de ressources et est récupérable sur la succession si la partie de l'actif net successoral est supérieure à 46 000 euros. Le dossier de demande est à retirer auprès du CCAS qui instruit le dossier. La décision d'attribution est prise par le Conseil Général. Dans chaque département, ce sont les CCAS qui, au vu de votre situation particulière, vous informeront des dispositifs locaux existants.

Les prestations familiales

Allocations familiales (AF)

Elles vous sont versées si vous avez la charge d'au moins 2 enfants de moins de 20 ans. Les AF vous sont en principe versées dès que vous avez signalé à la CAF l'arrivée de votre enfant.

Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)

Depuis 2007 et après une phase transitoire, la PAJE, créée en 2004, remplace l'AAD, l'Allocation Parentale d'Éducation (APE), l'Aide Pour Jeune Enfant (APJE), l'Aide à la Famille pour l'Emploi d'une Assistante Maternelle (AFEAMA), et l'Allocation de Garde d'Enfant à Domicile (AGED). Elle est composée de 3 volets :

→ **Prime à la naissance et à l'adoption.** Vous pouvez y prétendre si vous avez accueilli ou adopté un enfant de moins de 20 ans après le 1^{er} janvier 2004, ou si vous attendez un enfant.

En cas de grossesse, vous devez vous soumettre au premier examen médical prénatal et envoyer la déclaration de grossesse à votre CAF dans les 14 premières semaines.

En cas d'adoption, l'enfant doit avoir été confié ou adopté via l'aide sociale à l'enfance, un organisme autorisé pour l'adoption ou une autorité étrangère compétente (procédure régulière).@ Dans les 2 cas, vos ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond.. Le revenu de référence pour le plafond est celui que vous avez déclaré deux années auparavant. Si votre enfant est mort né, ou naît sans vie, vous toucherez la prime à la naissance quelle qu'ait été la durée de votre grossesse si l'enfant a été inscrit à l'État-Civil sous « décès, naissance, présentement sans vie », et mentionné sur le livret de famille. S'il n'y a pas eu inscription, la prime n'est attribuée que si la grossesse dure au moins 5 mois.

→ **Allocation de base.** @ Elle est soumise aux mêmes conditions de ressources que la prime à la naissance ou à l'adoption, et si vous ne dépassez pas le plafond de ressources, vous la percevez jusqu'au 3^e anniversaire de l'enfant.

→ **Aide pour la garde d'enfant.** Le 3^e volet de la PAJE contribue au financement de la garde de l'enfant et est lui même composé de 2 aides :

- Le complément de libre choix du mode de garde (CMG). Il s'agit d'une prise en charge partielle de la rémunération de la personne employée pour garder votre enfant. Vous pouvez en bénéficier si vous vivez seul ou en couple et que vous faites garder un enfant de moins de 6 ans, ou si vous employez à domicile une ou plusieurs personnes pour assurer la garde d'au moins un enfant, ou si vous employez une assistante maternelle agréée par le Département.@ Si vous êtes salarié, vous êtes soumis à une condition de revenu minimum. Vous n'avez pas à justifier d'une activité professionnelle si vous êtes étudiant (si vous êtes en couple, vous devez alors être tous 2 étudiants) ; si vous percevez l'AAH ; si vous percevez le RSA, et êtes inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle (si vous êtes titulaire d'un contrat de travail ou d'insertion, si vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi).

@ Les plafonds de ressources, (jusqu'au 31 janvier 2010) varient en fonction de l'âge de l'enfant. Votre plafond de prise en charge peut être majoré de 10 % si vous employez une garde sur au moins 25 heures spécifiques (nuit / dimanche / jours fériés) dans le mois.

@ Par ailleurs, c'est la CAF qui prend en charge les cotisations sociales dues si vous avez recours à une Assistante Maternelle Agréée. Dans le cas d'une garde à domicile, 50 % des cotisations sont prises en charge par la CAF, dans avec un plafond mensuel.

Attention ! si vous avez au moins 2 enfants, la CAF doit prendre en compte dans le calcul de vos cotisations vieillesse vos périodes de chômage indemnisées.

- le complément du libre choix d'activité (CLCA). @ Pour en bénéficier, vous devez avoir au moins un enfant né après le 1^{er} janvier 2004, ou adopté (ou recueilli en vue d'adoption) après cette date ; ne pas travailler ou travailler à temps partiel ; justifier d'au moins 8 trimestres de cotisations vieillesse (consécutifs ou pas) validés au titre d'une « activité professionnelle » (incluant les Congés Payés et de Maternité les Arrêts maladie, les périodes de formation) ; ne pas percevoir ni pension d'invalidité, ni pension de retraite, ni indemnités journalières, ni allocations de chômage.

Le formulaire de demande est disponible à l'adresse suivante : www.caf.fr/pdf/pajeca10.pdf.

Attention ! si vous percevez une allocation de chômage, vous pouvez demander à l'ASSEDIC d'en suspendre le paiement et opter pour le CLCA. Le paiement reprendra alors à la fin du versement du CLCA.

Si vous avez au moins 3 enfants, et que votre dernier enfant est né ou adopté (ou accueilli en vue d'une adoption) après le 1^{er} janvier 2006, que vous n'avez pas d'activité professionnelle ou que vous l'interrompez, vous avez alors le choix entre le CLCA et le Complément Optionnel de Libre Choix d'Activité, (COLCA). Les deux ne sont pas cumulables. @ La durée du versement est de 12 mois à compter de la naissance ou de l'adoption.

Pour tous renseignements : www.pajemploi.urssaf.fr
0820 00 72 53 (0,12 /min).

www.caf.fr/cataloguepaje/GardPajeEmploi.htm

Le formulaire de demande est disponible à l'adresse suivante : www.caf.fr/pdf/pajecmg1.pdf

Allocation de Rentrée Scolaire (ARS)

→ **Conditions d'obtention.** @ Vous avez droit à l'ARS si vous avez à charge au moins un enfant âgé de 6 à 18 ans, et vos ressources de l'année N-2 ne dépassent pas un certain plafond. Le montant de l'ARS dépend de l'âge de l'enfant.

Si vous êtes déjà allocataire de la CAF, vous n'avez théoriquement aucune démarche à effectuer. Si vous n'êtes pas allocataire, vous devez remplir un dossier et l'adresser à votre CAF. L'ARS vous sera versée automatiquement fin août. Le formulaire de demande est disponible à l'adresse suivante : www.caf.fr/pdf/dr2008-dsit.pdf

Attention ! si votre enfant est âgé de 16 à 18 ans, vous devrez envoyer à la CAF un certificat de scolarité ou d'apprentissage à demander auprès de l'établissement.

Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP)

L'AJPP est délivrée aux salariés ayant en charge un enfant de moins de 20 ans gravement malade et qui doivent cesser ponctuellement ou définitivement leur activité professionnelle pour s'en occuper. Pour en bénéficier, les salariés en poste doivent solliciter un Congé de Présence Parentale (CPP) auprès de leur employeur. La demande doit se faire par lettre recommandée avec accusé de réception (AR) au plus tard 15 jours avant la date à laquelle vous souhaitez bénéficier d'un CPP. La nécessité d'une présence parentale soutenue auprès de l'enfant doit être attestée par un médecin, qui établit alors un certificat médical que vous devez transmettre à la CAF.

La durée prévisible du traitement doit y figurer, la demande est ensuite soumise à un avis favorable du service de contrôle médical de la CPAM dont dépend votre enfant. Si au bout de 15 jours vous n'avez pas de réponse, cela vaut acceptation tacite. L'AJPP est accordée par périodes de 6 mois, renouvelables au maximum 6 fois (soit 3 ans au total). Sur cette période, un maximum de 310 allocations journalières vous seront versées.

@ Il vous sera versé le nombre d'allocations journalières correspondant au nombre de jours d'absence à votre travail, dans la limite de 22 jours/mois. Vous pouvez également percevoir un complément pour frais si vous avez engagé des dépenses liées à l'état de santé de votre enfant. Le droit à ce complément pour frais dépend de vos ressources de l'année N-2.

L'AJPP peut être partagée entre les 2 parents, simultanément ou successivement. Le formulaire de demande d'AJPP est disponible à l'adresse suivante : www.caf.fr/pdf/ajpp.pdf.

Le Complément Familial (CF)

→ **Conditions d'obtention, délais et montant.** @ Vous devez avoir au moins 3 enfants à charge, tous âgés de plus de 3 ans et ne pas dépasser un certain plafond de ressources. Vous aurez droit au CF à partir des 3 ans du 3^e, 4^e ou 5^e enfant.

Attention ! si vos ressources dépassent le plafond de moins de 1888,56 euros (en 2010) une allocation différentielle doit vous être versée.

Vous n'avez théoriquement aucune démarche à effectuer, le CF vous est versé automatiquement par la CAF au vu de votre déclaration d'impôts. Sous certaines conditions, le CF (comme l'allocation de base de la PAJE et le CLCA) vous permet d'être affilié gratuitement à l'Assurance Vieillesse.

L'Allocation d'Education de Jeunes Enfants (AEEH)

L'AEEH est destinée à compenser les frais d'éducation et de soins nécessaires à un enfant handicapé. Elle s'est substituée à l'AES (Allocation d'Éducation Spécialisée) en 2006. Elle se compose d'une allocation de base et d'un complément d'allocation.

→ **L'allocation de base. Conditions d'obtention :** le jeune handicapé doit avoir moins de 20 ans ; il doit résider en France, ainsi que la personne demandeuse de l'AEEH ; il doit avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 %, ou compris entre 50 et 79 % s'il fréquente un établissement scolaire adapté, ou si la CDAPH a préconisé des soins particuliers.

Le montant de l'allocation de base est déterminé selon 3 critères : les dépenses réelles engagées ; le renoncement ou la diminution du temps de travail par l'un ou les deux parents ; le recours à une tierce personne. L'allocation de base de l'AEEH se cumule avec la PCH.

Voir <http://vosdroits.service-public.fr/F14811.xhtml>

→ **Complément d'allocation. Conditions d'obtention :** Vous y avez droit si le handicap de l'enfant génère des contraintes financières lourdes, déterminées selon deux critères : les dépenses réelles engagées et le renoncement ou la diminution du temps de travail par l'un ou les deux parents.

Le complément mensuel de l'AEEH est divisé en 6 catégories de bénéficiaires déterminées selon 3 critères : la nature ou la gravité du handicap de l'enfant, la nécessité de recourir à une tierce personne, le renoncement ou la diminution du temps de travail par l'un ou les deux parents.

Le complément d'allocation de l'AEEH ne se cumule pas avec la PCH. La demande s'effectue via le formulaire unique de la MDPH (Cerfa n°1378*01).

Voir <http://vosdroits.service-public.fr/F14809.xhtml>

Autres droits

Réduction téléphonique

Vous pouvez bénéficier d'une réduction sur votre facture téléphonique : à condition d'avoir au moins votre abonnement principal chez France Télécom. Voir le site pour le montant. Il faut être bénéficiaire de l'ASS, du RSA ou de l'AAH et avoir un numéro de téléphone fixe à votre nom commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05.

Adressez votre demande aux organismes sociaux qui vous enverront un formulaire à remplir. Pour plus d'informations, appelez le 0800 34 91 34.

Tarifs spéciaux EDF et GDF

Par une demande auprès de votre CPAM, vous pouvez obtenir le Tarif Première Nécessité EDF (TPN EDF) qui donne droit à une réduction sur la consommation (100 premiers KWH mensuels) et l'abonnement EDF, de 30 % pour une personne seule, de 40 % pour deux ou trois personnes et de 50 % pour quatre personnes et plus. Vous devez posséder un compteur ne dépassant pas une puissance de 9 KWH. Si vous bénéficiez du TPN EDF, vous avez automatiquement droit au TSS Gaz, soit une aide de 188 euros/an pour un foyer de 4 personnes.

Les informations sont disponibles à l'adresse suivante :

www.edf.com/html/solidarite/index.html ou au 0800 333 124.

Certains opérateurs privés commencent à proposer des forfaits à moindre coût, pour les titulaires de l'AAH ou du RSA, vous pouvez vous renseigner aussi de ce côté-là.

Carte solidarité transport en IdF

Vous pouvez en bénéficier si vous résidez en Ile-de-France et que vous êtes titulaire du RSA, de la CMU complémentaire, de l'ASS. Vous devez appeler le 0800 948 999 (n° gratuit à partir d'un poste fixe) qui prendra un certain nombre de renseignements et vous adressera un formulaire à remplir et à renvoyer accompagné d'une photo et d'un justificatif de situation. Dans les trois semaines suivantes, vous recevrez votre carte solidarité transport qui vous donnera droit à une réduction de 50 % sur l'achat de tickets et de 75 % sur l'achat d'un abonnement hebdomadaire ou mensuel. Pour les seuls titulaires du RSA les transports sont gratuits.

Transports en commun

→ **Communes et regroupement de commune.** De nombreuses communes ou collectivités locales mettent à disposition des transports spécifiques adaptés aux personnes handicapées. A Paris et en région parisienne, c'est le cas du service PAM :

www.pam.paris.fr/exec/mep.asp?NumRub=1018&Numfiche=1729

ou encore de la carte Améthyste, destinées aux bénéficiaires de l'AAH et qui permet de voyager gratuitement ou à demi-tarif sur le réseau RATP et SNCF d'Ile-de France.

Voir www.transport-idf.com/frontalcontroller=TitresTransport&titre=emeraude

Pour les autres régions, renseignez-vous auprès des communes ou de leur regroupement, et n'hésitez pas à contacter les associations de lutte contre le sida ou de défense des droits des handicapés en cas de problèmes d'accès.

→ **SNCF**

Une carte d'invalidité à 80 % vous donne droit à des réductions, ainsi qu'à votre éventuel accompagnateur - qui peut même bénéficier de la gratuité si vous disposez de la mention « tierce personnel ». Renseignez-vous sur

www.voyages-sncf.com/guide/voyageurs_handicapés/preparation-voyage/prix/

les recours

Une décision prise à votre rencontre, par une administration ou toute autre autorité, peut vous sembler contestable. Aujourd'hui encore, de nombreuses décisions portent atteinte aux droits ou constituent des discriminations. Pour exiger la mise en œuvre et le respect de vos droits, vous devez exercer un recours contre la décision qui vous fait grief.

L'exercice de recours, sous réserve qu'il ne présente pas de caractère abusif, est un droit absolu qui vous appartient. Il ne faut pas oublier que l'obtention de droits est un parcours du combattant et que les administrations attendent souvent des recours pour reconnaître la légitimité de votre demande.

Pour vous y retrouver dans la masse des contentieux et problèmes qui peuvent se présenter à vous, le site www.servicepublic.gouv.fr vous assure des réponses claires et simples. Il reste toutefois préférable d'avoir recours à un professionnel du droit ou à une association.

Afin de réaliser votre recours (I), vous pouvez bénéficier de l'aide juridictionnelle (II) que vous exercez un recours contre l'administration (III), ou pour tout autre recours spécifique (IV).

qu'est-ce qu'un recours ?

De manière générale, un recours est le fait de contester une décision, une mesure ou une situation pour obtenir la reconnaissance d'un droit qui a été méconnu. La grande majorité des décisions administratives et juridiques sont susceptibles de contestation. Il existe différents types de recours selon l'organe à l'origine de l'acte et la matière traitée. La démarche à adopter varie selon qu'il s'agisse de remettre en cause une mesure administrative ou le comportement ou l'acte d'une personne privée (particulier, entreprise). Ainsi, le recours peut être gracieux, (c'est à dire formé devant l'auteur de l'acte ou son supérieur hiérarchique) ou contentieux (c'est à dire formé devant un tribunal).

Pour que votre recours soit recevable, trois conditions sont nécessaires :

- L'intérêt pour agir : vous devez avoir un intérêt personnel à entamer ce recours, direct, actuel (qui existe au moment où la demande est formée), légitime et juridique (vous pensez être dans votre bon droit)
- La qualité pour agir : ne peut exercer le recours que celui dont le droit a été méconnu.
- La capacité pour agir : vous devez posséder la capacité juridique d'exercer vos droits : être majeur, ne pas être sous un régime de protection de type tutelle ou curatelle. Dans le cas contraire, vos représentants légaux auront la capacité d'agir à votre place. En l'absence de représentants légaux efficaces, la juridiction compétente pourra désigner un mandataire chargé de vous représenter.

En outre, les recours doivent être exercés dans certaines conditions de forme et de délai, variables selon le type de contentieux. Dans tous les cas se pose la question de l'assistance par un tiers. Dans le cadre d'un recours gracieux envers l'administration, que ce recours soit hiérarchique ou non, vous pouvez agir seul. Néanmoins, l'assistance d'un tiers (travailleur social, association, syndicat, avocat) est souvent utile. N'hésitez pas à prendre contact avec eux avant toute procédure. Devant une juridiction, même si l'assistance d'un avocat n'est pas systématiquement obligatoire, elle est fortement conseillée. Vous pouvez vous procurer une liste des avocats exerçant près de chez vous auprès de votre mairie ou du Tribunal de Grande

Instance dont dépend votre domicile. Certains barreaux proposent même la liste de leurs membres en ligne, avec leur(s) spécialité(s), et langues parlées. Si vous ignorez de quelle(s) juridiction(s) vous dépendez, la rubrique « La justice dans votre région » accessible sur le site du Ministère de la Justice vous y aidera : www.justice.gouv.fr

L'aide juridictionnelle

Sous certaines conditions, notamment de ressources, vous pouvez bénéficier de l'assistance de professionnels du droit rémunérés - totalement ou partiellement- par l'État, ainsi que de la prise en charge de certains frais occasionnés par le procès.

L'aide juridictionnelle s'applique pour les recours gracieux comme contentieux, que vous soyez demandeur ou défendeur, devant toutes les juridictions (civiles, pénales, administratives). Elle bénéficie pour tout ou partie de l'instance, y compris pour l'exercice des voies de recours ou pour régler un litige de quelque nature qu'il soit (civil, social, commercial, administratif), en parvenant à une transaction avant l'introduction d'une procédure contentieuse.

Qui peut l'obtenir ?

L'aide juridictionnelle est accordée au titre de la solidarité nationale. Elle n'est pas accordée lorsque les frais couverts par cette aide sont pris en charge au titre d'un contrat d'assurance de protection juridique ou d'un système de protection. Trois conditions doivent être réunies :

Condition de nationalité

Les citoyens français et les ressortissants d'un pays de l'Union européenne ont droit à l'aide juridictionnelle. Les ressortissants d'un autre pays doivent justifier d'une résidence régulière et habituelle en France, c'est à dire de plus de 3 mois. Toutefois, des exceptions sont prévues pour certains étrangers non résidents, notamment les mineurs.

Conditions de ressources @

Pour les montants et les plafonds, voir notre site : www.actupparis.org/rubrique119.

Les ressources de toute nature du demandeur de l'Aide juridictionnelle ne doivent pas dépasser certains plafonds. Les revenus pris en compte sont les revenus de toute nature (salaires, pensions, revenus locatifs, etc.) à l'exception des prestations familiales, des éléments extérieurs au train de vie, des biens meubles et immeubles (exceptée la résidence principale).

Pour la part qui n'est pas prise en charge par l'État, l'avocat établira une convention d'honoraires librement fixée avec le demandeur. En cas d'Aide juridictionnelle totale, l'avocat désigné n'est pas en mesure de vous réclamer des honoraires ; s'il le fait malgré tout, il est nécessaire d'en informer l'ordre des avocats concerné.

Si le demandeur est hébergé ou si il est hébergeant, s'il vit en couple ou avec ses enfants

mineurs non étudiants, les ressources de ces personnes sont également prises en compte. Les plafonds sont majorés pour tenir compte de la présence de personnes à charges ou de personnes résidant au foyer et dont les revenus sont pris en compte. Si vous dépassez les plafonds, l'aide peut cependant vous être attribuée à titre exceptionnel lorsque votre situation apparaît comme digne d'intérêt au regard de l'objet du litige ou des charges prévisibles du procès. Pour les bénéficiaires d'allocations du fonds national de solidarité ou d'insertion et les victimes d'infractions criminelles, l'aide est attribuée sans condition de ressources.

Conditions tendant à l'action que vous voulez entamer

Le bureau d'Aide juridictionnelle doit pouvoir vérifier que l'action envisagée n'est pas manifestement irrecevable ou infondée. Il s'agit donc d'expliquer la situation, la procédure envisagée, d'indiquer devant quelle juridiction l'affaire sera portée et de joindre tout justificatif servant à la procédure. En cas d'urgence, le justiciable peut demander à être admis à l'aide juridictionnelle provisoire par le Président du bureau, la juridiction compétente ou le Président de la juridiction compétente.

Comment l'obtenir ?

La demande d'Aide juridictionnelle peut être faite avant ou pendant le procès. Le dossier de demande et le formulaire de déclaration de ressources sont à retirer auprès de votre mairie, du greffe du Tribunal de grande instance (TGI) ou à l'adresse www.vos-droits.justice.gouv.fr. Une fois rempli, le dossier doit être déposé au bureau d'Aide juridictionnelle du TGI compétent. Par exception, en matière d'asile politique ou territorial, la demande d'aide juridictionnelle se fait auprès de la Commission de recours des réfugiés (CRR).

Les personnes sans domicile fixe peuvent prétendre à l'Aide juridictionnelle en adressant leur demande au bureau d'Aide juridictionnelle qui dépend de l'organisme d'accueil choisi par elles. Si vous avez déjà un avocat qui accepte de vous assister au titre de l'aide juridictionnelle, il faut indiquer ses coordonnées dans le dossier et joindre sa lettre d'acceptation à votre dossier. Dans le cas contraire, le bureau d'Aide juridictionnelle procédera à la désignation d'un autre avocat.

Réponse à votre demande

Si votre demande est acceptée

Vous devez prendre contact avec votre avocat et lui transmettre les pièces de votre dossier. L'AJ vous ouvre droit à l'assistance d'un avocat et à celle de tous les autres auxiliaires de justice nécessaires (avoué, huissier de justice, etc.) durant les différentes étapes de votre procédure. Vous pouvez les choisir librement. Vous perdez le bénéfice de l'Aide juridictionnelle si la procédure n'a pas été engagée dans l'année qui suit la notification de la décision d'admission à l'Aide juridictionnelle.

→ Étendue de l'aide, au moment du procès

Si vous bénéficiez de l'Aide juridictionnelle totale, aucun frais ne vous incombe. Si vous bénéficiez de l'Aide juridictionnelle partielle, l'État ne prend en charge qu'une partie des

honoraires et de la rémunération des auxiliaires de justice. L'État versera au professionnel une somme forfaitaire fixée par décret et inversement proportionnelle à vos ressources.

Vous devez verser :

- À l'avocat : un honoraire complémentaire dont le montant sera à fixer librement avec lui préalablement dans une convention écrite.
- Aux autres auxiliaires de justice (avoué, huissier de justice, etc.) : un honoraire complémentaire dont le montant est calculé sur la base d'un tarif et de vos ressources.

→ Étendue de l'aide, après la procédure

• Vous gagnez le procès

L'Aide juridictionnelle s'appliquera également aux procédures, actes ou mesures d'exécution de la décision de justice (saisie par exemple).

Si le montant de la condamnation prononcée à votre profit vous procure des ressources telles que si elles avaient existé au jour de la demande d'Aide juridictionnelle, celle-ci ne vous aurait pas été accordée même partiellement, l'Aide juridictionnelle peut vous être retirée et l'avocat peut vous demander des honoraires.

• Vous perdez le procès

Vous êtes condamné aux dépens (vous devez payer les frais du procès). Vous êtes alors tenu de rembourser à votre adversaire les frais qu'il aura versés, à l'exception des honoraires d'avocat, sauf si le tribunal en décide autrement.

Vous pouvez aussi être condamné à lui rembourser une somme déterminée au titre des frais (non compris dans les dépens) qu'il aura engagés. En cas d'aide juridictionnelle partielle, et si vous étiez demandeur à la procédure, le juge peut aussi mettre à votre charge le remboursement d'une partie des frais avancés par l'État : expertise, enquête sociale, etc.

Motif du rejet	Recours
Si votre demande d'aide juridictionnelle a été déclarée caduque au motif que vous n'avez pas transmis les pièces ou renseignements complémentaires demandés par le bureau d'aide juridictionnelle.	Aucun recours n'est ouvert.
Si votre demande d'aide juridictionnelle a été rejetée au motif que vous ne remplissez pas les conditions de ressources ou qu'il manque des documents ou renseignements dans votre dossier.	Vous pouvez exercer un recours.
Si votre demande d'aide juridictionnelle a été rejetée au motif que la procédure que vous avez engagée est irrecevable ou si celle-ci n'est pas fondée en droit.	Vous pouvez exercer un recours.

En cas de rejet de la demande d'attribution

Vous avez un mois à compter de la notification de la décision du bureau d'aide juridictionnelle pour exercer un recours. Le recours doit être formé par simple déclaration remise ou adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au bureau d'Aide juridictionnelle qui a rendu la décision contestée.

Si le refus est fondé sur l'appréciation des ressources, vous disposez en général d'un mois à compter de la notification de la décision pour solliciter une nouvelle délibération. Vous pouvez contester ce rejet ou le taux de l'aide auprès du bureau d'Aide juridictionnelle, par lettre recommandée avec accusé de réception (RAR). Vous devez justifier des ressources qui devraient vous faire obtenir une décision plus favorable. Le BAJ rendra une décision modificative, insusceptible de recours.

Si le refus est rendu au motif que l'action est manifestement irrecevable ou dénuée de fondement, ou encore si l'Aide juridictionnelle a fait l'objet d'un retrait, vous pouvez contester la décision auprès du Président de la juridiction amenée à statuer sur le fond du litige. Vous disposez généralement d'un délai d'un mois pour exercer votre recours. Le délai est réduit à 8 jours concernant la décision de la Commission de Recours des Réfugiés (CRR).

les recours contre l'administration

Pour faire annuler ou contester la décision d'une administration, vous devez en premier lieu exercer un recours devant cette même administration (recours gracieux). Ce n'est que dans un second temps que vous pouvez présenter un recours devant une juridiction administrative (recours contentieux).

Les recours gracieux

Le recours devant l'administration qui a rendu la décision est en principe obligatoire, c'est-à-dire que vous ne pouvez pas saisir la justice avant d'avoir exercé ce type de recours.

Par un recours gracieux ordinaire, vous demandez à l'administration de réexaminer votre demande, notamment en raison d'éléments supplémentaires que vous pouvez fournir. Ce recours n'est contraint par aucun délai et s'exerce par un courrier envoyé en lettre recommandée avec accusé de réception.

Par un recours gracieux hiérarchique, vous contestez la décision auprès de l'administration de tutelle dont dépend l'administration en cause (par exemple : la DDASS est l'administration de tutelle de la MDPH). Ce recours n'est contraint par aucun délai et s'exerce par un courrier envoyé en lettre recommandée avec accusé de réception.

Rappel : En principe, la décision que vous attaquez est accompagnée de précisions concernant les modalités de recours (délais, instances compétentes) en vertu de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Les recours contentieux

Le recours contentieux s'exerce soit contre une décision explicite de rejet du recours gracieux, soit contre une décision implicite (liée au silence de l'administration pendant un certain temps). Vous disposez d'un délai de deux mois pour contester la décision à compter de la notification de la décision de rejet du recours gracieux ou lorsque l'administration a gardé le silence durant deux mois (ce qui équivaut à une décision implicite de rejet de votre demande).

Ce délai peut, dans certains cas, être réduit, par exemple : pour les recours contre les arrêtés de reconduite à la frontière où il est de 48 heures à compter de la notification administrative. Si vous résidez dans les DOM, ce délai est de 3 mois.

Pour former un recours, vous devez saisir la juridiction compétente qui varie en fonction de la nature du litige. Il s'agit en principe du Tribunal administratif territorialement compétent, mais certains tribunaux ont une compétence spécifique, par exemple : le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale ou la Commission des recours des réfugiés.

Comment former un recours ?

Pour saisir la juridiction administrative, vous devez déposer votre requête auprès du tribunal compétent. Elle doit être adressée au Président du Tribunal administratif et doit répondre à un certain nombre de conditions.

→ Les conditions de forme

La requête peut être présentée sur papier libre et doit comporter tous les éléments nécessaires à l'information des juges. Elle doit être envoyée en trois exemplaires, qui doivent tous être datés et signés. Le dossier doit être accompagné d'un timbre fiscal de 15,24 euros. Envoyez le tout en recommandé avec accusé de réception. Le plus souvent le recours doit être exercé dans les deux mois qui suivent la notification de la décision contestée.

→ Les conditions de fond

La requête doit être rédigée en français. Doivent être indiqués le nom, le prénom, l'adresse et éventuellement la date de naissance et la nationalité du demandeur. Exposez clairement les circonstances de l'affaire et les raisons juridiques qui vous permettent de justifier de votre droit (textes de loi, jurisprudences). Si vous demandez l'annulation d'une décision prise à votre encontre, précisez s'il s'agit d'une violation de la loi, d'un décret, d'un arrêté, de motifs erronés ou inexacts ou du non-respect d'une procédure.

Pour vous aider dans ces précisions, n'hésitez pas à prendre conseil auprès d'un avocat (il existe des permanences juridiques gratuites) ou d'une association. Joignez impérativement la copie de la décision que vous attaquez. Si vous vous plaignez d'un préjudice, l'assistance d'un avocat est alors obligatoire. Vous devez apporter la preuve de la responsabilité de l'administration et de l'existence du préjudice (certificats médicaux, factures, etc.). Si vous demandez des dommages et intérêts pour réparer ce préjudice, chiffrez en le montant.

La procédure d'urgence : le référé administratif

L'exercice d'un recours contentieux contre une décision administrative ne suspend pas l'exécution de cette décision. Dès lors, il peut arriver qu'au moment où le jugement intervient, la décision ait produit tous ses effets et parfois des effets irrémédiables.

La procédure de référé est une procédure rapide et simplifiée en vue d'obtenir d'un tribunal composé d'un juge unique (en principe le président du Tribunal), une décision provisoire en attendant que le fond du litige, c'est-à-dire le problème essentiel opposant le demandeur au défendeur, soit tranché par le tribunal habituel. Elle est souvent destinée à suspendre l'exécution d'une décision en attendant que l'affaire soit jugée au fond.

Les Articles L.512-1 à 3 du Code de Justice Administrative définissent trois types de référé : Le référé-suspension permet au juge des référés d'ordonner la suspension d'une décision administrative, le référé-liberté d'adresser des injonctions à une administration de cesser le trouble à l'exercice d'un droit ou d'une liberté, le référé-conservatoire d'ordonner toute mesure utile à une instance publique par exemple pour ordonner à une administration de vous communiquer un document que vous voulez consulter rapidement.

La décision du tribunal administratif

→ **Le tribunal vous donne raison.** Si la juridiction administrative vous donne raison, la décision de l'administration que vous contestiez est annulée. Cela ne signifie pas en principe que votre demande initiale est acceptée. Vous devez déposer une nouvelle demande, à moins que le juge ait condamné l'administration à prendre une décision.

→ **Le tribunal vous donne tort.** Si la juridiction administrative vous donne tort, la décision de l'administration est maintenue et vous devez, dans la grande majorité des cas, payer les frais de procédure.

Les voies de recours

Il faut distinguer plusieurs hypothèses :

- l'appel contre les jugements rendus en premier ressort se fait devant une Cour administrative d'appel. Ce recours doit être exercé dans un délai de deux mois. Si la décision rendue par la Cour administrative d'appel ne vous satisfait toujours pas, vous pouvez exercer un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.
- l'appel contre les jugements des tribunaux administratifs rendus en matière de reconduite à la frontière et en appréciation de légalité se fait devant le Conseil d'État, qui est alors juge d'appel.

Attention ! Les recours tendant à l'annulation d'un décret ou d'une circulaire ministérielle, ainsi que les recours contre les refus de visas sont soumis directement au Conseil d'État, alors juge de premier et dernier ressort.

les recours spécifiques

Les voies de recours contre les décisions de la CDAPH

Le recours gracieux

(Voir le chapitre 5 page 133).

Le recours contentieux

Les recours contre les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH, par exemple : COTOREP) prises depuis le 13 février 2005 peuvent être formés directement auprès du tribunal administratif pour les cas suivants : orientation d'un adulte handicapé ou mesures propres à assurer son insertion professionnelle ou sociale, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

Le recours doit comporter vos nom, prénoms et numéro de dossier. Tout recours doit être motivé, accompagné des pièces justificatives et adressé par lettre recommandée avec accusé de réception. La procédure est gratuite en dehors des honoraires du médecin du Tribunal Administratif désigné pour siéger à l'audience.

Ces recours doivent être formés dans les 2 mois suivant la réception de la décision. Les décisions rendues par la CDAPH peuvent également faire l'objet d'un recours devant la juridiction technique de la Sécurité Sociale, c'est-à-dire le Tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) en première instance, pour les cas suivants :

- la contestation d'un taux d'invalidité
- les orientations et les décisions relatives à l'insertion scolaire, professionnelle et sociale lorsqu'elles concernent un enfant ou un adolescent handicapé
- la désignation des établissements et les services d'accueil pour personnes handicapées, enfants ou adultes
- l'examen des conditions d'attribution de prestations aux personnes handicapées, quel que soit leur âge
- une orientation vers un établissement, une demande d'attribution de carte, une demande d'allocation adulte handicapé (AAH), d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de prestation de compensation du handicap (PCH anciennement ACTP).

Ce recours ne suspend pas les décisions de la CDAPH.

Les voies de recours

Il est possible de faire appel des décisions du TCI devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT). 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 suivant la décision de la Cour, un pourvoi en cassation peut être formé.

Dans le cas d'un contentieux administratif, c'est le droit commun qui s'applique. Les recours contre les décisions du tribunal administratif se font dans un délai de deux mois devant la Cour administrative d'appel. Sauf exception, ils n'ont pas d'effet suspensif. Un pourvoi devant le Conseil d'État peut être formé dans les mêmes délais.

Remarque : Il est moins efficace d'exercer le type de recours ici présenté que de présenter un recours gracieux devant le médiateur ou le président de la MDPH (maison départementale de la personne handicapée). Les délais sont en effet beaucoup plus longs, les dossiers plus difficiles à constituer et vous pouvez moins facilement vous faire assister par une association. Ce n'est que dans des cas extrêmes (impossibilité pour vous de faire valoir vos droits) que ce type de recours doit être utilisé. De plus, le recours gracieux suspend le délai de prescription du recours contentieux, donc en cas d'échec du recours gracieux il est toujours possible de faire ensuite un recours contentieux (devant le TA ou le TCI).

Le contentieux avec la Sécurité Sociale

Il est toujours possible de contester une décision prise par un organisme de Sécurité Sociale, qu'elle soit administrative (par exemple : refus de remboursement) ou médicale (par exemple : refus de prise en charge d'une cure thermale). Il est essentiel de procéder d'abord à des recours gracieux et hiérarchiques. Les voies de recours offertes varient selon la nature de la décision.

Pour contester une décision d'ordre administratif

Vous disposez de 2 mois à partir du jour où elle vous a été notifiée. Vous devez présenter une demande écrite par courrier (sur papier libre) à la Commission de recours amiable de l'organisme de Sécurité Sociale concerné (se reporter à la liste des organismes de la région). Cette commission de recours amiable est composée de membres du conseil d'administration de l'organisme. Elle juge sur pièces (vous ne serez pas convoqué) et a 1 mois pour prendre sa décision.

Nous vous conseillons néanmoins de faire votre demande par lettre recommandée avec accusé de réception en prenant soin de constituer attentivement le dossier (lettres, argumentation) puisque la commission statue sur pièce, c'est-à-dire sans vous auditionner. N'oubliez pas de conserver une copie de votre dossier de demande.

Lorsque la décision de la Commission de recours amiable vous est notifiée, et si celle-ci ne vous donne pas satisfaction, vous disposez de 2 mois pour saisir, par lettre recommandée, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (recours contentieux). Cette juridiction, présidée par un magistrat, siège dans chaque département ; elle est compétente pour juger les conflits nés de l'application de la législation de la Sécurité Sociale.

Elle ne peut être valablement saisie qu'après examen préalable de votre réclamation par la Commission de recours amiable. Pour former ce recours, reportez-vous à notre Article relatif aux recours contre l'administration (*Voir page 165*).

Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, vous pouvez :

- faire appel devant la chambre sociale de la Cour d'Appel dans un délai d'un mois suivant la notification, s'il s'agit d'un jugement en premier ressort ;
- saisir la Cour de Cassation dans un délai de 2 mois, s'il s'agit d'un jugement en dernier ressort.

Pour contester une décision d'ordre médical

Lorsque vous contestez la décision du service médical d'une caisse de Sécurité Sociale : refus de prise en charge

de soins, rejet d'un arrêt de travail pour motif médical non justifié, date de guérison ou de consolidation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, etc. Vous pouvez demander une expertise médicale dans le délai d'un mois suivant la notification du refus.

En matière d'accident du travail et de maladie professionnelle, vous pouvez requérir une expertise médicale : aucun délai n'est prévu en ce qui concerne la demande, qui n'est alors limitée que par la prescription de 2 ans applicable aux prestations d'accident du travail.

Adressez votre demande d'expertise à la caisse primaire d'assurance maladie par courrier recommandé ou déposez-la contre récépissé à ses guichets, en indiquant : l'objet exact de votre contestation, le nom et l'adresse de votre médecin traitant et du médecin conseil.

Votre contestation sera soumise à un médecin expert désigné d'un commun accord par votre médecin traitant et le médecin conseil ou, à défaut d'accord dans un délai d'un mois à compter de la contestation, par le directeur départemental des Affaires sanitaires et sociales.

Références :

Article L.141-1 ; Article R141-1 et suivants
du Code de la Sécurité Sociale.

Le médecin désigné reçoit une demande d'expertise accompagnée d'un protocole définissant la mission exacte qui lui est confiée. Pour l'examen médical, l'expert vous informe, ainsi que votre médecin traitant et le médecin-conseil du lieu (cela se passe soit au cabinet de l'expert, soit à votre domicile si vous ne pouvez pas vous déplacer), de la date (le délai entre la réception de la demande et l'examen ne doit pas dépasser cinq jours) et de l'heure de l'examen. Dans les 48 heures, les conclusions motivées de l'expert vous sont communiquées ainsi qu'au contrôle médical de la caisse d'assurance maladie.

Il établit ensuite, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du protocole, un rapport complet qu'il dépose au contrôle médical de la caisse d'assurance maladie. Elle vous adresse une copie intégrale du dossier, ainsi qu'à votre médecin traitant. La caisse d'assurance maladie a ensuite 15 jours suivant la réception des conclusions de l'expert pour rendre sa décision. Elle n'est pas liée par le rapport d'expertise.

En cas de désaccord avec l'avis de l'expert, vous pouvez demander une nouvelle expertise dont les frais peuvent être mis à votre charge si vous n'obtenez pas gain de cause.

Vous pouvez également contester la régularité de la procédure d'expertise ou l'application faite par la caisse primaire de l'avis de l'expert dans les 2 mois qui suivent la réception des conclusions, auprès de la commission de recours amiable de votre caisse primaire.

les adresses utiles

Au vu du grand nombre de structures, cet annuaire ne peut être exhaustif. Nous vous proposons de contacter Sida Info Service : 0 800 840 800 pour connaître les associations et les structures de soins de votre région. Il est aussi possible de trouver cette information sur le site : www.sida-info-service.org/spip.php?rubrique363.

Pour connaître les administrations de votre région vous pouvez consulter le site : <http://annuaire.service-public.fr>

Les associations possédant différentes antennes sont signalées par le sigle : *

associations de lutte contre le sida et lieux d'accueil pour personnes séropositives

→ ACT UP-PARIS

45 rue Sedaine - 75011 Paris

01 49 29 44 75

actup@actupparis.org

www.actupparis.org

Permanence droits sociaux : dans nos locaux, les mercredis de 14h à 18h (sans rendez-vous).

Permanence droits des étrangèrEs malades : les lundis de 14h à 18h (sans rendez-vous).

Permanence téléphonique sur les essais cliniques : 01 49 29 44 82

→ ACT UP SUD-OUEST

10, bis rue du Colonel Driant - 31400 Toulouse

05 61 14 18 56

actuptoulouse@wanadoo.fr

www.actupsudouest.org

→* ACTIF SANTÉ

109 rue d'Orfila - 75020 Paris

09 50 79 61 60

actifsante@mac.com

www.actif-sante.org

Contactez l'association pour connaître les coordonnées des délégations locales.

→ ACTIONS TRAITEMENTS

190, boulevard de Charonne - 75020 Paris

01 43 67 66 00

www.actions-traitements.org

Formulaire de contact sur le site de l'association.

Ligne info traitements : 01 43 67 00 00 (du lundi au vendredi 15h-18h).

→ ACTION SIDA MARTINIQUE

Hôpital Parac - BP 1075 - 97209 Fort-de-France Cedex

05 96 63 12 36

actionsidamart@wanadoo.fr

→ ACTIS

6 rue Michel Servet - 42000 Saint-Etienne

04 77 41 66 99

actis42@free.fr

6 rue de la Ronzade - 43000 Le Puy en Velay

04 71 02 20 78

actis43@free.fr

→ AFRIQUE AVENIR

22 rue des Archives - 75004 Paris

01 42 77 41 31

afrique.avenir@wanadoo.fr

→* AIDES, FÉDÉRATION NATIONALE

Tour Essor, 14 rue Scandicci - 93500 Pantin

01 41 83 46 46

aides@aides.org

Contactez la fédération ou consultez

www.aides.org/node/11 pour connaître les coordonnées des délégations régionales.

www.aides.org

→ **AIUTU CORSU**

Hôpital Impératrice Eugénie - bd pascal rossini -
BP 64 - 20176 Ajaccio
04 95 29 94 29

→ **ALS (ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LE SIDA)**

16, rue Pizay - 69001 Lyon
04 78 27 80 80
info@sidaweb.com
www.sidaweb.com/als/als.htm

→ **AMVIE (VIH INFO ÉCOUTE)**

21 rue Garnier Pagès - BP 1127 - 97248 Fort-de-
France Cedex
05 96 59 14 35
amvie@wanadoo.fr

→ **APA**

17 résidence le Vieillet - 91480 Quincy sous
Senart
01 69 83 87 12
apafra@wanadoo.fr

→ **ARCAT**

94-102, rue de Buzenval - 75020 Paris
01 44 93 29 29
consulter la page dédiée sur le site :
www.arcatsante.org/11/Nous_contacter
www.arcatsante.org

→* **BASILIADÉ**

Paris : 12, rue Béranger - 75003 Paris
01 48 87 77 77
contact@basiliade.org
16, rue du Général Brunet - 75019 Paris
01 42 08 19 65
Lyon : 5, rue du Grffon - 69001 Lyon
04 72 00 95 95
www.basiliade.org

→ **BLUE MOON**

BP 953 - Marigot - 97150 Saint-Martin
05 90 52 26 71
05 90 52 26 63
bluemoon-saintmartin@wanadoo.fr

→ **BONDEKO**

Centre hospitalier de Gonesse, 25, rue pierre de
Theille BP 30071 - 95503 Gonesse Cedex
01 34 04 21 24
bondeko@free.fr

→ **CABIRIA**

BP 1145, 69203 Lyon Cedex 01
04 78 30 02 65
cabiria@wanadoo.fr
www.cabiria.asso.fr

→ **DESSINE-MOI UN MOUTON**

12 rue d'Enghien - 75010 Paris
01 40 28 01 01
01 40 28 01 10
contact@dessinemoiunmouton.org
www.dessinemoiunmouton.org

→ **ECLS (ETUDIANTS CONTRE LE SIDA)**

Maison des initiatives étudiantes - 50 rue des
Tournelles - 75003 Paris
ecls.net AT free.fr
www.ecls.asso.fr

→ **ELCS (ELUS LOCAUX CONTRE LE SIDA)**

84, rue Quincampoix - 75003 Paris
01 42 72 36 46
info@elcs.fr
www.elcs.fr

→ **ENVIE**

504, boulevard Pedro de Luna - 34070
Montpellier
04 67 04 20 23
associationenvie@wanadoo.fr
www.associationenvie.com/

→ **ESPAS**

32, rue de Paradis - 75010 Paris
01 42 72 64 86
espas-mb@wanadoo.fr
www.espas-psy.org
Permanence téléphonique et accueil : sur rendez-
vous du lundi au vendredi de 9h à 17h. Possibilité
d'accueil après 17h.

→ **FNH-VIH (FÉDÉRATION NATIONALE D'HÉBERGEMENT VIH / AUTRES PATHOLOGIES)**

18 rue Bernard Dimey- 75018 Paris
01 48 05 55 54
fnh.vih@orange.fr
www.fnhvih.org

Un annuaire d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) est disponibles sur le site internet de la fédération.

→ **FRISSE (FEMMES, RÉDUCTION DES RISQUES ET SEXUALITÉ)**

15 bis, rue René Leynaud - 69001 Lyon
09 77 35 95 77
frisse@free.fr
http://frisse.free.fr

→ **GAPS (GROUPE D'AIDE PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE)**

Hôpital Saint André, 1 rue Jean Burguet 33075
Bordeaux Cedex
05.56.91.47.03
association.gaps@tiscali.fr

→ **GRISELIDIS**

14 rue Lafon - 3100 Toulouse
05 61 62 98 61
association@griselidis.com
www.griselidis.com

→ **IKAMBERE**

39, boulevard Anatole-France - 93200 St-Denis
01 48 20 82 60
association.ikambere@wanadoo.fr
www.ikambere.com

→ **LE KIOSQUE INFO SIDA TOXICOMANIE**

36, rue Geoffroy-l'Asnier - 75004 Paris
01 44 78 00 00
info@lekiosque.orgwww.lekiosque.org

→ **LES PETITS BONHEURS**

15 rue du Parc Royal - 75003 Paris
01 42 74 50 11
les-petits-bonheurs@orange.fr
www.associationlespetitsbonheurs.org

→ **LES SOEURS DE LA PERPÉTUELLE INDULGENCE - COUVENT DE PANAME**

9 rue Richard Lenoir 75011 Paris
www.couventdepaname.org
Formulaire de contact sur le site de l'association

→ **LES SOEURS DE LA PERPÉTUELLE INDULGENCE - COUVENT DE PARIS**

30, rue de la Mare - 75019 Paris
01 44 92 06 12
lessoeurs@lessoeurs.org
www.lessoeurs.org

→ **MAGHREB AFRIQUE COMITÉ DES FAMILLES POUR SURVIVRE AU SIDA**

71 rue Armand Carrel - 75019 Paris
09 51 60 75 15
maisondesfamilles@papamamanbebe.net
http://papamamanbebe.ne

→ **LA MAISON DE GARDANNE**

La Maison, quartier Pesquier Sud, Route Blanche
- 13120 GARDANNE
04 42 65 73 60
www.lamaisondegardanne.org/

→ **LA MAISON DU SOLEIL**

Délégation départementale de AIDES du Gard -
24, rue Porte de France. - BP 183. 30012 Nîmes
Cedex 4.
04 66 76 26 07

→ **LA MAISON SUR SEINE**

17 rue Duhesme, 75018 Paris
01 56 55 55 55
maison.sur.seine@groupe-sos.org
www.groupe-sos.org/centres/fiche.php?id=29

→ **PASTT (PRÉVENTION ACTION SANTÉ TRAVAIL
POUR LES TRANSSEXUE(LE)S)**

94, rue Lafayette - 75010 Paris

01 53 24 15 40

pasttt@hotmail.fr

Permanence Accueil : Lundi au Vendredi de 10h à 13h et de 14h à 18h (avec ou sans rendez-vous)

- mardi et jeudi 22h-02h: Bois de Boulogne,

- lundi et vendredi 22h-02h: boulevards

extérieurs, Nation et Porte de Paris ;

- lundi après-midi: Bois de Boulogne.

→ **SFLS (SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE LUTTE
CONTRE LE SIDA)**

Hôpital du Tondu - Groupe Hospitalier Pellegrin -

Secrétariat COREVIH - Place Amélie Raba Léon -

33076 Bordeaux Cedex

05 56 79 56 06

sfls@wanadoo.fr

www.sfls.aei.fr

→ **SIDA INFO SERVICE**

Siège national, 190, boulevard de Charonne -
75020 Paris

Formulaire de contact à l'adresse :

www.sida-info-service.org/?page=question

Permanences téléphoniques (n° vert et gratuit) :

VIH-sida, IST et les hépatites : 0800 840 800

www.sida-info-service.org

→ **SIDACTION**

228, rue du Faubourg Saint-Martin - 75010 Paris

01 53 26 45 55

Formulaire de contact à l'adresse :

www.sidaction.org/ewb_pages/c/contact.php

www.sidaction.org

→ **SNEG (SYNDICAT NATIONAL
DES ENTREPRISE GAIES)**

12 rue des Filles du Calvaire - 75003 PARIS

01 44 59 81 01

sneg@sneg.org

www.sneg.org

→* **SOL EN SI (SOLIDARITÉ ENFANT SIDA)**

Paris : Coordination Nationale Sol En Si

9 bis rue Léon Giraud - 75019 Paris

01 44 52 78 78

solidarite-enfants-sida@wanadoo.fr

Ile-de-France : 24 rue du Lieutenant Lebrun -

93000 Bobigny

01 48 31 13 50

sol-en-si@wanadoo.fr

Marseille : 29 A place Jean Jaurès - 13005

Marseille

04 91 92 86 66

solensi.marseille@wanadoo.fr

www.solensi.asso.fr

→ **SOLIDARITÉ SIDA**

16 bis avenue Parmentier - 75011 Paris

01 53 10 22 22

info@solidarite-sida.org

www.solidarite-sida.org

→ **LE TIPI**

26A rue de la Bibliothèque - 13001 Marseille

04 91 92 53 11

letipi@letipi.org

www.letipi.org

→ **TRT-5 (GROUPE INTERASSOCIATIF
TRAITEMENTS ET RECHERCHE THÉRAPEUTIQUE)**

Tour Essor, 14 rue Scandicci - 93508 Pantin
Cedex

01 41 83 46 11

coordination@trt-5.org

www.trt-5.org

→ **UNALS (UNION DES ASSOCIATIONS DE LUTTE
CONTRE LE SIDA)**

94-102 rue de Buzenval 75020 Paris

01 44 93 29 29

contact@unals.org

www.unals.org

Contactez l'Union ou consultez son site pour connaître les coordonnées des 30 associations membres.

autres associations

→* AMNESTY INTERNATIONAL

72-76, boulevard de la Villette - 75019 Paris
01 53 38 65 65
srefugies@amnesty.fr
www.amnesty.fr

Permanence pour réfugiés : Prise de rendez-vous par téléphone 01 53 38 65 82 ou par email : jfdubost@amnesty.fr

Les contacter pour connaître les coordonnées des groupes locaux.

→ ANA (AVEC NOS AINÉES)

Centre du Moulin-Joly Croix-rouge
5 rue du Moulin-Joly 75011 Paris
01 46 71 44 63
gabana.asso@free.fr

→* APGL (ASSOCIATION DES PARENTS ET FUTURS PARENTS GAYS ET LESBIENS)

mail@apgl.fr
www.apgl.fr
Coordonnées des antennes sur :
www.apgl.fr/antennes.htm

→ ARAP RUBIS (ACTION DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN MILIEU PROSTITUTIONNEL)

23 rue de Beaucaire, 30000 Nîmes
04 66 76 06 51
<http://arap-rubis.site.voila.fr/index.jhtml>

→ ARDHIS

c/o Centre LGBT Paris-Île-de-France 63 rue Beaubourg, 75003 Paris
06 19 64 03 91
contact@ardhis.org
www.ardhis.org
Permanence : au CGL, le 1^{er} mardi du mois à 19h30 et le 2^e samedi à 13h.

→* ASUD (AUTO-SUPPORT DES USAGERS DE DROGUES)

204-206, rue de Belleville - 75020 Paris
01 71 93 16 48
asud@club-internet.fr
www.asud.org
Contactez l'association ou consultez :
www.asud.org/qui_sommes_nous/index.php
pour connaître les coordonnées des comités locaux.

→ AUTRES REGARDS

3 rue de Bône 13005 Marseille
04 91 42 42 90
contact@autresregards.org
<http://autresregards.org/>

→ CABIRIA

4, rue Désirée, BP 1145, 69203 Lyon Cedex 01
04 78 30 02 65
cabiria@wanadoo.fr
www.cabiria.asso.fr/

→ CATRED (COLLECTIF DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL, HANDICAPÉS ET RETRAITÉS POUR L'ÉGALITÉ DES DROITS)

20 boulevard Voltaire - 75011 Paris
01 40 21 38 11
asso.catred@wanadoo.fr
www.catred.org

→ CENTRE LESBIEN GAI BI & TRANS' DE PARIS-ILE-DE-FRANCE)

63 rue Beaubourg - 75003 Paris
01 43 57 21 47
contact@centrelgbtparis.org
www.centrelgbtparis.org
Le CGL accueille un nombre importants d'association, qui y tiennent leur permanence. Pour connaître les horaires et modalités des différentes permanences (soutien psychologique / soutien juridique / soutien sociale), vous pouvez regarder le site du centre LGBT de Paris, leur écrire un mail ou les appeler.

→ **CHRYSLIDE (ASSOCIATION MILITANTE DE SUPPORT ET DE DIFFUSION D'INFORMATIONS SUR LA TRANSIDENTITÉ)**

chrysalidelyon@yahoo.fr
http://chrysalidelyon.free.fr
Permanences: le 3^e samedi de chaque mois, de 16h à 18h dans les locaux d'Aris, 19 rue des Capucins 69001 Lyon, ou dans les locaux du FGL, 17 rue du Romarin 69001 Lyon.

→ **CIMADE**

64 rue Clisson - 75013 Paris
01 44 18 60 50
infos@cimade.org
www.cimade.org
Pour des questions juridiques, contacter la délégation locale, pour connaître leurs coordonnées consulter : www.cimade.org/regions

→ **CISS (COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTÉ)**

10 villa Bosquet - 75007 Paris
01 40 56 01 49
contact@leciss.org
http://leciss.org
Consulter pour connaître les coordonnées des comités locaux :
<http://www.leciss.org/ciss-regionaux.html>
Permanence téléphonique : 0 810 004 333 (coût d'une communication locale depuis un poste fixe) ou 01 53 62 40 30 (d'un portable) Lundi, mercredi et vendredi de 14h à 18h ainsi que les mardi et jeudi de 14h à 20h.

→ **COMEDE (COMITÉ MÉDICAL POUR LES EXILÉS)**

Hôpital de Bicêtre, 78, rue du Général Leclerc, BP31 - 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
01 45 21 38 40
contact@comede.org
Permanence sur rendez-vous à l'Espace Santé Droit c/o Foyer protestant d'Aubervilliers
195, avenue Victor Hugo - 93 300 Aubervilliers
01 43 52 69 55

→ **CONTACT**

01 44 54 04 70
www.asso-contact.org/
Pour connaître les coordonnées des groupes locaux www.asso-contact.org/index.html

→ **DAL (DROIT AU LOGEMENT)**

24 rue de la Banque- 75002 Paris
01 40 27 92 98
dal@globenet.org
www.droitaulogement.org
Permanence Juridique Paris : 01 42 78 22 00
Pour connaître les coordonnées des groupes locaux consultez :
www.droitaulogement.org/Comites-DAL-et-Associations.html

→ **DIAGONALE**

20, avenue de la Terrasse - 91260 Juvisy-sur-Orge
01 69 24 85 60
diagonale.idf@wanadoo.fr

→ **DROITS D'URGENCE**

1 passage Buisson Saint-Louis - 75010 Paris
01 40 03 62 82
contact@droitsdurgence.org
www.droitsdurgence.org
Pour connaître les lieux qui accueillent les permanences juridiques gratuites, consultez :
www.droitsdurgence.org/activites/permanences-juridiques-gratuites.html

→ **DROITS ET PROSTITUTION**

contact@droitsetprostitution.org
www.droitsetprostitution.org/

→ **EGO (ESPOIR GOUTTE D'OR)**

13, rue Saint Luc - 75018 Paris
01 53 09 99 49
ego@ego.asso.fr
www.ego.asso.fr

→ **ENTR'ACTES**

6 rue des Urbanistes 59000 LILLE
03 20 55 64 66
www.entractes-gpal.org

→* FASTI (FÉDÉRATION DES ASSOCIATIONS DE SOLIDARITÉ AVEC LES TRAVAILLEURS IMMIGRÉS)

58 rue des Amandiers - 75020 Paris
01 58 53 58 53
coordination@fasti.org
www.fasti.org
Pour connaître les coordonnées des groupes locaux, consultez :
www.fasti.org/spip.php?rubrique10 .

→ FÉDÉRATION FRANÇAISE DES CENTRES LGBT

c/o Centre LGBT de Lille, 19, rue de Condé - 59000 Lille
contact@federationcentreslgbt.org
www.hexagonegay.com/Federation_Centres_LGBT

→ GISTI (GROUPE D'INFORMATION ET DE SOUTIEN DES IMMIGRÉS)

3, villa Marcès - 75011 Paris
www.gisti.org
Permanence juridique :
du lundi au vendredi entre 15h et 18h, seulement au 01 43 14 60 66 (attention, de mi-juillet à mi-septembre, ce dispositif est allégé. Un message indique alors les jours de permanence).

→ INTER-LGBT

c/o Maison des Associations du Ile boîte 8, 5, rue Perrée - 75003 Paris
01 72 70 39 22
contact@inter-lgbt.org
www.inter-lgbt.org

→ THE INTERNATIONAL COMMITTEE ON THE RIGHTS OF SEX WORKERS IN EUROPE (ICRSE) (ACTIVISME EUROPÉEN, CENTRALISATION DES INFORMATIONS, CONSEILS JURIDIQUES ET PROFESSIONNELS)

P.O. Box 51319 Amsterdam The Netherlands 1007 EH
+31 (0) 20 693 1300
www.sexworkeurpe.org/

→ KEEP SMILING

3, rue Baraban 69006 Lyon
04 72 60 92 66
info@keep-smiling.com
www.keep-smiling.com/

→ LES AMIS DU BUS DES FEMMES

58, rue des Amandiers - 75020 Paris
01 43 14 98 98
bus-des-femmes@wanadoo.fr
http://lesamisdubusdesfemmes.com

→ LES FLAMANDS ROSES

c/o Centre LGBT de Lille, 19, rue de Condé - 59000 Lille
lesflamandsroses@yahoo.fr
www.lesflamandsroses.com

→ LES PANTHÈRES ROSES

Maison des associations du 10eme, 206, quai de Valmy - 75010 Paris
pr@pantheresroses.org
www.pantheresroses.org

→ LES PUTES

contact@lesputes.org
www.lesputes.org

→* MAAVAR

Paris : 202, boulevard Voltaire - 75011 Paris 01 43 48 63 57
association.maavar@free.fr
Hébergements d'urgence : 01 43 48 63 66
Logement : 01 49 29 95 85
ACT : 01 41 72 06 40
Pour connaître les différents points d'accueil de Paris, Sarcelles, Marseille, consultez :
www.maavar.com

→* MDM (MÉDECINS DU MONDE)

62, Rue Marcadet - 75018 Paris
01 44 92 15 15
www.medecinsdumonde.org
Formulaire de contact à l'adresse :
www.medecinsdumonde.org/contacter
Pour connaître les coordonnées des délégations régionales consultez leur site

→* **MFPF (MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL)**

4 square Saint-Irénée - 75011 Paris
01 48 07 29 10
mfpf@planning-familial.org
www.planning-familial.org
Pour connaître les coordonnées des comités locaux consultez
www.planning-familial.org/annuaire/index.php

→* **MOUVEMENT NATIONAL CHÔMEURS ET PRÉCAIRES**

17, rue de Lancry, 75010 Paris
01 40 03 90 66
mncp.national@free.fr
www.mncp.fr

→* **MSF (MÉDECINS SANS FRONTIÈRES)**

8, rue Saint Sabin - 75011 Paris
01 40 21 29 29
www.paris.msf.org
Formulaire de contact à l'adresse :
www.msf.fr/site/courrier.nsf/ecrire
?OpenForm&type=general

→ **NARCOTIQUES ANONYMES**

01 43 72 12 72
www.narcotiquesanonymes.org/
Permanences téléphoniques : tous les jours de 18 H à 20 H

→* **NI PAUVRE, NI SOUMIS**

www.nipauvrenisoumis.org

→ **ODSE (OBSERVATOIRE DU DROIT À LA SANTÉ DES ÉTRANGERS)**

c/o Sida info service, 190, boulevard de Charonne - 75020 Paris
odse@lalune.org
www.odse.eu.org

→* **OIP (OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS)**

7 bis rue Riquet- 75019 Paris
01 44 52 87 90
contact@oip.org
www.oip.org

→ **ORTRANS (OBJECTIF RESPECT TRANS)**

c/o Centre LGBT-IDF - 63 rue Beaubourg - 75003 Paris
contact@ortrans.org
www.ortrans.org

→ **OUTRANS**

c/o Centre LGBT Paris-IDF - 63 Rue Beaubourg - 75003 Paris
contact@outrains.org
www.outrains.org

→ **PINK FREAK'X (COLLECTIF DE MILITANTES TRANSGOUIÑEPÉDÉ MONTPELLIERAIN)**

pinkfreak.x@gmail.com
http://pinkfreakx.e-monsite.com

→ **PÔLE SUSPENSION DE PEINE**

c/o Act Up-Paris, 45, rue Sedaine - 75011 Paris
http://pole.lune-rouge.net

→ **RAVAD (RÉSEAU D'ASSISTANCE AUX VICTIMES D'AGRESSIONS ET DE DISCRIMINATIONS)**

ravad@ravad.org
www.ravad.org
Réseau proposant via son site aide et soutien, ainsi qu'une recherche d'associations et d'avocatEs par département.

→ **REMED (RÉSEAU MÉDICAMENTS ET DÉVELOPPEMENT)**

35 rue Daviel - 75013 Paris
01 53 80 20 20
remed@remed.org
www.remed.org

→* **RESF (RÉSEAU ÉDUCATION SANS FRONTIÈRES)**

c/o EDMP, 8, Impasse Crozatier - 75012 Paris (uniquement adresse postale)
www.educationsansfrontieres.org
Pour connaître les coordonnées des collectifs locaux, consultez :
www.educationsansfrontieres.org/?page=contacts_dept p.

→ **SAFE (ASSOCIATION NATIONALE DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES USAGERS DE DROGUES)**

11 rue de la porte de la plaine, 75015 PARIS
www.safe.asso.fr
Vous pourrez trouver l'annuaire des CSST et des CAARUD sur ce site

→* **SOS HABITAT ET SOINS**

102 rue Amelot - 75011 Paris
01 58 30 55 55
dg.sosdi-hs@groupe-sos.org
Pour connaître les coordonnées des délégations de l'Île-de-France, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Languedoc-Roussillon, consultez :
www.groupe-sos.org/centres/147-SOS_Habitat_et_Soins

→* **SOS HÉPATITES**

190 boulevard de Charonne - 75020 Paris
01 43 67 26 40
Ligne d'écoute : 0 800 004 372
secretariat@soshepatites.org
www.soshepatites.org
Pour connaître les coordonnées des comités locaux, consultez :
www.soshepatites.org/asso/adresses.htm p.

→* **SOS HOMOPHOBIE**

c/o Centre LGBT Paris IDF - 63 rue Beaubourg - 75003 Paris
sos@sos-homophobie.org
www.sos-homophobie.org
Ligne d'écoute : 08 10 10 81 35 (prix d'un appel local) ou 01 48 06 42 41 depuis un téléphone mobile.
Lundi, mercredi, vendredi : 18h - 22h
Mardi, jeudi : 20h - 22h
Samedi : 14h - 16h
Dimanche : 18h - 20h

→* **STRASS - SYNDICAT DU TRAVAIL SEXUEL**

contact@strass-syndicat.org
www.strass-syndicat.org

→ **SUPPORT TRANSGENRE STRASBOURG**

c/o Cornelia Schneider, 5 rue de Bischwiller, 67000 Strasbourg
06 12 32 47 64
sts67@sts67.org
www.sts67.org/

→* **TRANSHÉPATE (ASSOCIATION NATIONALE DES DÉFICIENTS ET TRANSPLANTÉS HÉPATIQUES)**

6 rue de l'Aubrac - 75012 Paris
01 40 19 07 60
transhepat@aol.com
www.transhepate.org
Pour connaître les coordonnées des délégations régionales consultez www.transhepate.org/CO-Contact.html

→* **UCIJ (UNI(E)S CONTRE UNE IMMIGRATION JETABLE)**

c/o CEDETIM (immigration jetable), 21 ter, rue Voltaire - 75011 Paris
ecrire.jetable@rezo.net
www.contreimmigrationjetable.org

institutions et administrations

→ **AFSSAPS (AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ)**

143-147 boulevard Anatole France - 93285 Saint-Denis Cedex
01 55 87 30 00
www.afssaps.fr
Emails et numéros des différents services :
www.afssaps.fr/Les-contacts-utiles-a-l-Afssaps

→ **AIDE JURIDICTIONNELLE**

Pour les bureaux locaux, consultez le site
www.service-public.fr
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F18074.xhtml>

→ **BANQUE DE FRANCE**

31 rue Croix des petits champs, 75001 Paris
01 42 92 42 92 ou 01 64 80 20 20 (de 8h à 19h)
Contacts des bureaux d'accueil et d'information de la Banque de France
Liste complète en PDF : www.banque-france.fr/fr/instit/telechar/histoire/bai.pdf
Informations par téléphone de 8h à 18h :
0 811 901 801 (prix d'un appel local à partir d'un poste fixe en France métropolitaine).

→ **BARREAU - PERMANENCE D'AVOCATES GRATUITE**

Il s'agit de consultations gratuites, aucune condition de ressource n'est exigée. Chaque Barreau tient des permanences gratuites.

→ **CADA - COMMISSION D'ACCÈS AUX DOCUMENTS ADMINISTRATIFS**

35, rue Saint Dominique 75700 Paris 07 SP
01 42 75 79 99
cada@cada.fr
www.cada.fr

→ **CNAOP - CONSEIL NATIONAL POUR L'ACCÈS AUX ORIGINES PERSONNELLES**

8 avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
01 40 56 72 17
www.famille.gouv.fr/dossiers/cnaop/sommaire.htm

→ **CNAF (CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES)**

32, avenue de la Sibelle - 75014 Paris
01 45 65 52 52
Vous trouverez les coordonnées de la CAF dont vous dépendez sur : www.caf.fr

→ **CNAMTS (CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS)**

50 avenue du Président André-Lemierre - 75020 Paris
01 72 60 10 00
Vous trouverez les coordonnées de la CPAM dont vous dépendez en composant le 36 46 (prix d'un appel local) ou sur :
www.ameli.fr

→ **CNED (CENTRE NATIONAL D'ÉDUCATION À DISTANCE)**

BP 60200, 86980 Futuroscope Chasseneuil Cedex
05 49 49 94 94
www.cned.fr

→ **CNS (CONSEIL NATIONAL DU SIDA)**

39-43 quai André Citroën - 75015 Paris
01 40 56 68 50
cns-conseil@sante.gouv.fr
www.cns.sante.fr

→ **CRESUS - FÉDÉRATION**

Porte de France, 17-19-25, rue de Lausanne,
67064 Strasbourg BP 8 Cedex
03 90 22 11 34
www.federationcresus.fr
Contact via le site:
www.cresusalsace.org/contact-nous-joindre.html

→ **CRESUS ILE DE FRANCE**

2 Rue des Mésanges 78990 Elancourt

06 33 09 50 47

cresus.idf@laposte.net

Liste des 11 antennes locales (hors de Paris) :
www.cresusalsace.org/le-reseau-cresus/cresus-ile-de-france.html

Permanences : le 1^{er} et le 3^e vendredi de chaque mois de 14h à 17h

→ **CRESUS PARIS**

15, rue des Abbesses 75018 Paris

01 46 06 62 27

cresus.paris@free.fr

<http://cresus.paris.free.fr>

Prise de rendez-vous du lundi au jeudi de 10h à 13h, rendez-vous tous les jours même le samedi.

→* **CRIPS (CENTRE RÉGIONAL D'INFORMATION ET DE PRÉVENTION DU SIDA)**

33, avenue du Maine - 75015 Paris

01 56 80 33 33

info@lecrips.net

www.lecrips.net/reseau.htm

Vous trouverez les coordonnées des centres régionaux sur leur site.

→ **COMMISSION DE MÉDIATION DE LA CONVENTION AERAS**

61, rue Taitbout - 75009 Paris

aeras.mediation@acam-france.fr

www.aeras-infos.fr

→ **CONSEIL DES PRUD'HOMMES**

Pour Paris : 27 rue Louis Blanc - 75010 Paris

01 40 38 52 00

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1401.xhtml>

Pour connaître les coordonnées du Conseil des Prud'hommes dont votre ville dépend, appelez le Tribunal de Grande Instance dont vous dépendez ou consultez : www.justice.gouv.fr/recherche-juridictions/consult.php

→ **CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS**

180, boulevard Hausmann - 75008 Paris

01 53 89 32 00

conseil-national@cn.medecin.fr

www.conseil-national.medecin.fr

→ **DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE**

127 rue de Grenelle - 75007 Paris SP 07

01 40 56 85 28

[www.travail-solidarite.gouv.fr/le-](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/le-ministere,149/presentation-et-organigramme,294/le-ministre-du-travail-des,745/direction-generale-de-la-cohesion,5616.html)

[ministere,149/presentation-et-organigramme,294/le-ministre-du-travail-des,745/direction-generale-de-la-cohesion,5616.html](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/le-ministere,149/presentation-et-organigramme,294/le-ministre-du-travail-des,745/direction-generale-de-la-cohesion,5616.html)

→ **DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE**

13, place Vendôme, 75042 Paris Cedex 01

01 44 77 60 60

www.justice.gouv.fr/index.php?rubrique=10017&srubrique=10025

→ **MINISTÈRE DE LA JUSTICE**

13, place Vendôme, 75042 Paris Cedex 01

www.justice.gouv.fr/

→ **MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

14, avenue Duquesne- 75350 Paris 07 SP

01 40 56 60 00

Ligne d'info : 0 820 03 33 33 - lundi au samedi de 09h à 19h (0,12 euros/mn)

www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr

→ **MINISTÈRE DU TRAVAIL**

127, rue de Grenelle, 75007 Paris 07 SP

01 44 38 38 38

www.travail-solidarite.gouv.fr/

→ **HALDE (HAUTE AUTORITÉ DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS ET POUR L'ÉGALITÉ)**

11 rue Saint Georges, 75009 Paris

01 55 31 61 00

contact@halde.fr

www.halde.fr

Permanence téléphonique, du lundi au vendredi de 8h à 20h : 08 1000 5000 (Coût d'une communication locale à partir d'un poste fixe).

Pour saisir la HALDE, vous pouvez faire un simple courrier ou remplir le formulaire sur le site.

→ **IGAS (INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES)**

39-43, quai André-Citroën- 75015 Paris

127, rue de Grenelle - 75007 Paris SP 07

(adresse postale)

01 40 56 66 76

igas@igas.gouv.fr

www.igas.gouv.fr

→ **INVS (INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE)**

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint Maurice Cedex

01 41 79 67 00

www.invs.sante.fr

→ **MAISONS DE JUSTICE ET DU DROIT**

Vous pouvez en trouver les coordonnées auprès du Centre communal d'action sociale (CCAS) le plus proche de votre domicile et sur le site du ministère de la Justice.

Ces Maisons assurent accueil, conseil et soutien juridico-social dans divers domaines :

administratif, droit à la consommation, droit du travail, etc.

Pour trouver celle dont vous dépendez :

<http://vosdroits.service-public.fr/F1847.xhtml>

→ **MÉDIATEUR DE LA RÉPUBLIQUE**

7, rue Saint-Florentin - 75008 Paris

01 55 35 24 24

webmaster@mediateur-republique.fr

www.mediateur-republique.fr

Pour trouver le/la déléguéE de votre région :

www.mediateur-republique.fr/fr-citoyen-03-02-10

→ **MDPH (MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES)**

Pour connaître les coordonnées de la MDPH dont vous dépendez :

www.handicap.gouv.fr

(colonne de gauche : infos pratiques)

→ **MILDT (MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE)**

35 rue Saint Dominique - 75007 Paris

01 42 75 80 00

www.drogues.gouv.fr

→ **OFII (OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET L'INTÉGRATION, EX ANAEM)**

44, rue Bague - 75015 Paris

01 53 69 53 70

www.ofii.fr

Contactez l'OFII pour connaître les coordonnées de la délégation ou du bureau dont vous dépendez.

→ **OFPPA (OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET DES APATRIDES)**

201, rue Carnot - 94136 Fontenay-sous-Bois Cedex

01 58 68 10 10

communication@ofpra.gouv.fr

www.ofpra.gouv.fr

→ **SRAIOPS (SERVICE RÉGIONAL D'ACCUEIL, D'INFORMATION ET D'ORIENTATION POUR LES PERSONNES SORTANTES)**

12, rue Charles Fourier - 75013 Paris

01 44 32 72 33

Du lundi au vendredi, 9h-12h et 14h-17h.

syndicats

→ CGT (CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL)

263, rue de Paris, 93516, Montreuil cedex
01 48 18 80 00
info@cgt.fr
www.cgt.fr/

→ SOLIDAIRES

144 Boulevard de la Villette - 75 019 Paris
01 58 39 30 20
contact@solidaires.org
www.solidaires.org

→ CFDT

Formulaire de contact sur le site :
www.cfdt.fr/

→ FORCE OUVRIÈRE

141, avenue du Maine - 75680 Paris Cedex 14
01 40 52 82 00
www.force-ouvriere.fr/

→ CFTC (CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DES TRAVAILLEURS CHRÉTIENS)

13, rue des Ecluses-St-Martin, 75483 Paris
Cedex 10
01 44 52 49 00
Formulaire de contact sur le site :
www.cftc.fr

→ SM (SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE)

12-14, rue Charles-Fourier, 75013 Paris
01 48 05 47 88
syndicat.magistrature@wanadoo.fr
www.syndicat-magistrature.org

→ SMG (SYNDICAT DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE)

52 rue Gallieni 92240 Malakoff
01 46 57 85 85
syndmedgen@free.fr
www.smg-pratiques.info

→ COREVIH

Vous trouverez un annuaire complet des corevih à l'adresse suivante:

http://www.sfls.aei.fr/corevih/annuaire/annuaire_corevih.asp

ou sur les pages de SIDA, UN GLOSSAIRE

liens utiles

* Modèles de lettres de recours du Gisti

www.gisti.org/spip.php?article219

* Le guide du manifestant arrêté du Syndicat de la Magistrature

www.guidedumanifestant.org/guide-du-manifestant.pdf

annexes

Lexique juridique

Actif : le patrimoine, c'est-à-dire les richesses, d'une personne se décompose en actif et en passif, l'actif équivalant aux créances (le positif), le passif équivalant aux dettes (le négatif).

Autorité de la chose jugée : on ne peut plus remettre en cause une décision (généralement de justice) ; elle est définitive.

Ayants droit : personne qui, par elle-même ou par une autre personne, a vocation d'exercer un droit (par exemple : droit à une prestation sociale, parce que les conditions d'accès à ce droit sont remplies).

À charge d'appel : avoir la possibilité de faire appel, c'est-à-dire d'exercer une voie de recours devant une Cour d'appel.

Clause résolutoire : Clause insérée dans un contrat par laquelle les parties décident à l'avance que le contrat sera résolu (c'est-à-dire terminé) si l'une des parties n'exécute pas ses obligations. Par exemple, dans un contrat de bail, il peut être prévu que le contrat prenne fin si le locataire ne paye pas son loyer trois mois consécutifs.

Comparution immédiate : présentation immédiate (et rapide) devant un tribunal, généralement en cas d'infraction flagrante mineure.

Condamnation aux dépens : elle oblige à rembourser à l'autre partie les frais qu'elle a occasionnés (les dépens) pour faire valoir ses droits.

Confidentialité : voir secret.

Conservatoire : destiné à éviter la perte ou la dégradation d'un bien ou d'une chose. On parle généralement d'une mesure conservatoire, c'est-à-dire une mesure dont le but est de sauvegarder une chose ou un bien afin d'éviter sa perte ou sa dégradation.

Déférer : transmettre.

Demande motivée : donner les raisons qui justifient, selon vous, votre demande.

Disposer : dire, énoncer, prévoir. La loi dispose, le contrat stipule, le tribunal décide.

Force exécutoire : si une décision a force exécutoire, elle devra être exécutée, au besoin par la force publique. Par exemple, vous avez été condamné à quitter votre logement : l'exécution sera l'expulsion.

Greffe : sorte de secrétariat général des tribunaux.

Incessible : bien qui ne peut être ni cédé, ni donné.

Insaisissable : chose ou bien qui ne peut être saisi.

Interjeter : faire appel. Accomplir l'acte par lequel l'appel est formé (assignation, déclaration au greffe).

Irréfragable : qui ne supporte pas la preuve contraire. On parle généralement de présomption irréfragable, c'est-à-dire une présomption qui ne peut être combattue par une preuve contraire.

Motivation : c'est la justification, les raisons qui expliquent telle ou telle décision (par exemple demande ou refus d'une prestation).

Notifier : fait de porter à la connaissance d'une personne un fait, une lettre ou un acte.

Passif : voir actif.

Présomptions : conséquence que la loi ou le juge tire d'un fait connu (par exemple la date de naissance d'un enfant) à un fait inconnu (par exemple la paternité) dont l'existence est rendu vraisemblable par le premier. Il s'agit d'une manière de prouver un fait ou une prétention.

Quotité disponible : partie de la succession (du patrimoine) que le défunt pouvait donner (par donation ou par testament) en présence d'héritiers réservataires (personnes que le défunt ne peut déshériter). Si par exemple le défunt laisse un enfant, il ne peut donner que la moitié de ses biens à un tiers, l'autre moitié étant réservée à son enfant.

Référé : procédure rapide, simplifiée et urgente exercée devant un tribunal qui n'est possible que dans des hypothèses limitativement énoncées.

Règles de la dévolution successorale : ce sont les règles qui établissent dans quel ordre des parents d'une personne héritent automatiquement (par exemple, si une personne laisse des enfants, ils sont les premiers à hériter ; à défaut d'enfants, ce seront les parents, à défaut de parents, les grands-parents).

Responsabilité pour faute/sans faute : lorsqu'il y a responsabilité pour faute, la responsabilité d'une personne est engagée si la victime parvient à prouver la faute du présumé responsable ; lorsqu'au contraire, il y a responsabilité sans faute, la victime n'a pas à rapporter la preuve d'une faute pour engager son action.

Risque : évènement dont la survenue est aléatoire, mais dont la réalisation oblige l'assureur à garantir l'assuré (voir aussi sinistre).

Secret médical : obligation pour les membres du personnel soignant de ne pas divulguer un fait confidentiel, et plus particulièrement des informations relatives à l'état de santé, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur activité professionnelle.

Secret professionnel : obligation pour tout professionnel de ne pas divulguer un fait confidentiel dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de leur activité professionnelle (par exemple, un avocat n'a pas le droit de révéler l'homosexualité ou la séropositivité d'un de ses clients).

Sinistre : (dans le sens de l'arrêt maladie ou du décès) réalisation du risque prévu au contrat de nature à obliger l'assureur de garantir, c'est-à-dire d'indemniser ou payer à la place de l'assuré.

Titulaire du droit : celui qui possède un droit. Par exemple, le titulaire du bail possède le droit d'occuper l'appartement.

abréviations

AAD : Aide à domicile

AAH : Allocation adulte handicapé

ACT : Appartement de coordination thérapeutique

Convention AERAS : s'Assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé

AES : Accident d'exposition au sang

AGEFIPH : Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

AJPP : Allocation journalière de présence parentale

AL : Allocation logement

ALD 30 : Affections de longue durée (30 pathologies)

ALD 31 : Affection de longue durée hors liste

ALT : Allocation logement temporaire

AM : Arrêt maladie

AME : Aide médicale d'État

ANPE : Agence nationale pour l'emploi

ANRS : Agence nationale de recherche sur le sida

APE : Allocation parentale d'éducation

Code APE : Code d'activité principale exercée (équivalent du Code NAF)

APHP : Assistance publique hôpitaux de Paris

APL : Aide personnalisée au logement

APRF : Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière

APS : Autorisation provisoire de séjour

AR : Accusé de réception

ARS : Allocation de rentrée scolaire

ASF : Allocation de soutien familial

ASI : Allocation supplémentaire d'invalidité

ASS : Allocation spécifique de solidarité

ASSEDIC : Association pour l'emploi dans l'industrie et le commerce

BNC : Bénéfices non commerciaux

BOEN : Bulletin officiel de l'éducation nationale

CAF : Caisse d'allocation familiale

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDD : Contrat à durée déterminée

CDI : Contrat à durée indéterminée

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées

CESEDA : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

CSG : Contribution sociale généralisée

CIAS : Centre inter-communal d'action sociale

CJA : Code de la justice administrative

CLD : Congé longue durée

CLM : Congé longue maladie

CMU : Couverture médicale universelle
CNAF : Caisse nationale d'allocation familiale
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNED : Centre national d'enseignement à distance
CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPP : Congé de présence parentale
CRA : Centre de rétention administrative
CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie
CRAMIF : Caisse régionale assurance maladie d'Ile de France
CRDS : Contribution au remboursement de la dette sociale
CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST : Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
CST : Carte de séjour temporaire

DALO : Droit à un logement imposable
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDE : Direction départementale de l'équipement
DDTEFP : Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGS : Direction générale de la santé
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de la direction des soins
DOM : Département d'outre-mer
DOS : Déclaration obligatoire de séropositivité
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EPS : Éducation physique et sportive
ESAT : Établissements et services d'aide par le travail

FIV : Fécondation in vitro
FNHVIH : Fédération nationale d'hébergements VIH
FSL : Fonds de solidarité logement

GIC : Grand invalide civil
GRETIS : Groupe de recherche et d'études sur les troubles de l'identité sexuelle

HLM : Habitation à Loyer Modéré
Loi HPST : Loi Hopital patients santé territoire

IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IA : Insémination artificielle
ICSI : Intracytoplasmic sperm injection (Injection du sperme à l'intérieur du cytoplasme)
IJ : Indemnités journalières
ITF : Interdiction du territoire français

JAF : Juge aux affaires familiales
JAP : Juge à l'application des peines
JEX : Juge d'exécution

LSI : Loi pour la Sécurité Intérieure

MAE : Ministère des affaires étrangères

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MISP : Médecin inspecteur de santé publique

MVA : Majoration pour la vie autonome

Code NAF : Nomenclature des activités françaises (équivalent du Code APE)

ODSE : Observatoire du droit à la santé des étrangers

OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration

OFPRA : Office français de protection des réfugiés et apatrides

OPAC : Office public d'aménagement et de la construction

OPHLM : Office parisien des habitations à loyer modéré

OQTF : Obligation de quitter le territoire français

PAJE : Prestation d'accueil du jeune enfant

PAI : Projet d'accueil individualisé

PCH : Prestation de compensation du handicap

PDALD : Plan départemental d'action pour le logement des défavorisés

PILS : Plateforme interassociative du logement sida

PIRES : Protocole inter régime d'examen spécial

PPS : Projet personnalisé de scolarisation

PRP : Plan de rétablissement personnel

RQTF : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

RSA : Revenu de solidarité active

SDAPL : Section départementale des aides publiques au logement

SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPIP : Services pénitentiaires d'insertion et de probation

SRU : Solidarité et renouvellement urbain

STIC : Système de traitement des infractions constatées

TCI : Tribunal du contentieux de l'incapacité

TGI : Tribunal de grande instance

TI : Tribunal d'instance

TOM : Territoire d'outre-mer

TPE : Traitement post exposition

UCSA : Unités de consultation et de soins ambulatoires

UE : Union européenne

URSAFF : Union de recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'allocation familiales

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immuno-déficience humaine

Table des matières

2	Sommaire
4	Avant propos
7	1 La prise en charge médicale
7	1.1 Éviter une contamination
7	1.1.1 Traitement d'urgence : pour qui ? Quand ?
8	1.1.1.1 Pour qui ?
8	1.1.1.2 Quand prendre le TPE ?
9	1.1.2 Conseils pratiques
9	1.2 La découverte de la séropositivité
9	1.2.1 Choisir son médecin
9	1.2.2 Quel suivi ?
9	1.2.3 Quelle couverture sociale ?
9	1.2.3.1 Prise en charge à 100 % par les Caisses primaires d'assurance maladie
10	1.2.3.1.1 La demande de prise en charge à 100 %
11	1.2.3.2 Situations particulières de prise en charge
11	1.2.3.3 Les soins pris en charge par le 100 %
11	1.2.3.2 Les soins non pris en charge par le 100 %
12	Les franchises
12	1.2.4 À qui annoncer sa séropositivité ?
12	1.2.4.1 Faut-il révéler votre séropositivité à vos médecins ?
12	1.2.4.2 Faut-il révéler votre séropositivité à la médecine du travail ?
13	1.2.4.3 Êtes-vous obligé de révéler votre séropositivité à vos proches ?
13	1.3 Droits du malade dans le système de soins
13	1.3.1 Le droit à l'information et son usage
14	1.3.1.1 Droit à l'information du malade
14	1.3.1.2 L'accès à son dossier médical
14	1.3.1.2.1 Modalités de consultation du dossier médical
15	En cas de refus de communication de votre dossier médical
15	1.3.1.3 Le dossier médical personnalisé (DMP)
15	1.3.1.3.1 Contenu du DMP
16	1.3.1.3.2 Accès au DMP
16	1.3.2 Le consentement et le refus de soins
16	1.3.2.1 Le principe d'un consentement libre et éclairé
17	1.3.2.2 Le refus ou l'interruption de soins de la part du malade
17	1.3.3 Le secret médical
17	1.3.3.1 Un droit inaliénable
17	1.3.3.2 Personnes tenues au secret médical
18	1.3.3.3 Le contenu du secret médical
18	1.3.3.4 En cas de violation du secret médical
18	1.3.4 Prise en charge de la douleur et fin de vie
18	1.3.4.1 La prise en compte de la douleur
19	Le cannabis thérapeutique
19	1.3.4.2 L'organisation de la fin de vie
19	1.3.4.2.1 La fin de vie
19	1.3.4.2.2 Les directives anticipées
20	1.3.5 Loi HPST
20	1.3.5.1 Les refus de soins et les discriminations
20	1.3.5.2 Consultation de prévention
20	1.3.5.3 Continuité des soins
21	1.3.5.4 Médecin traitant, exception et majoration de participation
22	2 Vie quotidienne
22	2.1 Union et désunion
22	2.1.1 Le pacte civil de solidarité (Pacs)
22	2.1.1.1 Comment contracter un Pacs
22	2.1.1.2 Droits et obligations des partenaires pacsés
22	2.1.1.2.1 Effets sur les biens
23	2.1.1.2.2 Successions et fiscalité
23	2.1.1.2.3 Régime des biens

- 23 **2.1.1.2.4** Imposition commune
- 23 **2.1.1.2.5** Droit des salariés
- 23 **2.1.1.3** Pacs, Prestations et minima sociaux
- 23 **2.1.1.3.1** Calcul des ressources et montant des minima sociaux.
- 23 **2.1.1.3.2** AAH
- 23 **2.1.1.3.3** RSA
- 23 **2.1.1.3.4** Assurances « accident et décès »
- 23 **2.1.1.3.5** Pension de réversion
- 23 **2.1.1.3.6** Couverture sociale
- 24 **2.1.1.3.7** Capital décès
- 24 **2.1.1.3.8** Droits extra-patrimoniaux
- 24 **2.1.1.3.9** PaCS avec un partenaire étranger
- 24 **2.1.1.3.10** Droit au séjour et acquisition de la nationalité française
- 24 **2.1.2** Séropositivité, mariage et divorce.
- 24 **2.1.2.1** Examens prénuptiaux et pré-grossesse.
- 25 **2.1.2.2** Divorce, séparation et situation des enfants.
- 25 **2.1.2.2.1** Le VIH peut-il être cause d'un divorce ?
- 25 **2.1.2.2.2** Garde d'enfants et droit de visite.
- 25 **2.1.2.2.3** Prévoir l'avenir de son enfant en cas de décès : tuteur et adoption.
- 25 **2.1.2.3** Assistance médicale à la procréation (AMP).
- 25 **2.1.2.3.1** Prise en charge des couples dont l'homme est séropositif.
- 26 **2.1.2.3.2** Prise en charge des couples dont la femme est séropositive.
- 26 **2.1.2.3.3** Prise en charge des couples dont les deux membres sont séropositifs.
- 26 **2.1.2.4** Ne pas avoir d'enfant
- 26 **2.1.2.4.1** Contraception
- 27 **2.1.2.4.2** Contraception d'urgence
- 27 **2.1.2.4.3** Interruption volontaire de grossesse (IVG)
- 27 **2.1.2.4.4** Accouchement sous X
- 27 **2.1.3.1.3** La mort
- 28 **2.1.3.1.3.1** Comment préparer l'avenir de mes proches ?
- 28 **2.1.3.1.3.2** Comment rédiger mon testament ?
- 28 **2.1.3.1.3.3** Qui héritera si je ne fais pas de testament ?
- 28 **2.1.3.1.3.4** Qui puis-je faire bénéficiaire de mon testament ?
- 28 **2.1.3.1.3.5** Et si je veux répartir mes biens de mon vivant ?
- 29 **2.1.3.1.3.6** Comment améliorer la sécurité financière de mon entourage ?
- 29 **2.1.3.1.3.7** Comment préparer une fin de vie digne et de qualité ?
- 29 **2.1.3.1.3.8** Où avoir accès à des soins de fin de vie de qualité ?
- 29 **2.1.3.1.3.9** Salarié dans le privé, comment me rendre disponible pour soutenir un proche en fin de vie ?
- 30 **2.1.3.1.3.10** Fonctionnaire, comment me rendre disponible pour soutenir un proche en fin de vie ?
- 30 **2.1.3.1.3.11** Quelles démarches devez-vous faire après le décès d'un proche ?
- 30 **2.1.3.1.3.12** Comment déclarer le décès ?
- 30 La réglementation sur les soins pratiqués aux corps de personnes décédées avec le VIH
- 31 **2.1.3.1.3.13** Quelle démarche faire pour inhumer ou incinérer la personne ?
- 31 **2.1.3.1.3.14** Quelle démarche pour une personne morte à l'étranger ?
- 31 **2.1.3.1.3.15** Comment prendre en charge les frais liés à un décès ?
- 32 **2.1.3.1.3.16** Quelle démarche faire vis-à-vis du fisc ?
- 32 **2.1.3.1.3.17** La déclaration de revenus du défunt
- 32 **2.1.3.1.3.18** La déclaration de succession
- 32 **2.1.3.1.3.19** Quels sont les droits de succession et de donation ?
- 33 **2.1.3.1.3.20** Quand et comment payer les droits de succession ?
- 33 **2.1.3.1.3.21** Le logement
- 33 **2.1.3.1.3.22** La pension de réversion
- 33 **2.1.3.1.3.23** Quelles autres démarches ne pas oublier ?
- 34 **2.2 Les enfants et adolescents séropositifs**
- 34 **2.2.1** Les mineurs et l'accès aux soins
- 34 **2.2.1.1** A qui demander conseil
- 34 **2.2.1.2** Comment me faire dépister sans informer mon entourage ?
- 34 **2.2.1.3** Ai-je le droit de donner mon avis ? Le médecin doit-il suivre les indications de mes parents ?
- 34 **2.2.1.4** Que faire si j'estime que l'attitude de mes parents est dangereuse pour ma santé ?
- 35 **2.2.1.5** Peut-on me refuser des soins ou des vaccins en raison de mon âge et de ma séropositivité ?

35	2.2.1.6	Que faire si je ne veux pas informer mes parents de ma séropositivité ?
35	2.2.1.7	Comment payer mes soins ?
35	2.2.1.8	Et si je veux assumer ma vie pleinement avant ma majorité ?
36	2.2.2	Scolarité des enfants et adolescents séropositifs
36	2.2.2.1	La scolarité ne peut pas m'être refusée en raison de ma séropositivité
36	2.2.2.2	Aucune orientation ne peut pas m'être refusée en raison de ma séropositivité
36	2.2.2.3	Le personnel de l'Éducation nationale doit me protéger
36	2.2.2.4	Que faire en cas de discriminations ?
37	2.2.2.5	La scolarité doit s'adapter à mon état de santé
37	2.2.2.6	Qui contacter ?
37	2.2.2.7	J'estime que mon état de santé justifie une adaptation
37	2.2.2.8	Mon état de santé nécessite une coordination sur le long terme
38	2.2.2.9	A quelle adaptation des examens et des concours ai-je droit ?
38	2.2.2.10	Que faire en cas d'hospitalisation ?
38	2.2.2.11	Que faire en cas d'arrêts maladie ?
39	2.2.2.12	Auxiliaire de vie scolaire
39	2.3	Le logement
39	2.3.1	L'accès à un logement ou à un hébergement
39	2.3.1.1	Quels logements ?
39	2.3.1.1.1	Les appartements sociaux de droit commun
39	2.3.1.1.1.1	Pour une inscription à Paris
40	2.3.1.1.1.2	Pour un renouvellement à Paris
40	2.3.1.1.1.3	Pour une inscription hors de Paris
41	2.3.1.1.1.4	La réponse et l'attribution
41		Discriminations au logement
41	2.3.1.1.2	Les Appartements de coordination thérapeutique (ACT)
42	2.3.1.1.3	Hébergement d'urgence, résidence sociale, logement transitoire
42	2.3.1.2	Les aides financières possibles
42	2.3.1.2.1	L'Aide personnalisée au logement (APL)
42	2.3.1.2.2	L'Allocation logement
43	2.3.1.2.3	Le Fonds de solidarité logement (FSL)
43	2.3.1.2.3.1	FSL d'entrée
43	2.3.1.2.3.2	FSL de maintien
44	2.3.1.3	Le Droit A un Logement Opposable DALO
44	2.3.1.3.1	Qui peut bénéficier du caractère opposable du droit au logement ?
44	2.3.1.3.1.1	Régularité et de permanence du séjour
44	2.3.1.3.1.2	Dépôt d'une demande de logement social restée sans réponse adaptée
44	2.3.1.3.1.3	Conditions relatives au caractère prioritaire de la demande
45	2.3.1.3.1.4	Absence d'un logement stable et conforme aux normes de sécurité/salubrité
45	2.3.1.3.1.5	Mal-logement alors que la situation exige une certaine qualité de logement
45	2.3.1.3.2	Comment bénéficier du caractère opposable du droit au logement ?
45	2.3.1.3.2.1	Recours amiable devant la commission de médiation
45	2.3.1.3.2.1.1	Comment saisir la commission de médiation ?
46	2.3.1.3.2.1.2	Délais et réponse de la commission de médiation
46	2.3.1.3.2.1.3	Droit opposable à l'hébergement
46	2.3.1.3.2.1.4	Quelles sont les obligations des Préfets ?
47	2.3.1.3.2.1.5	Peut-on contester les décisions de la commission de médiation ?
47	2.3.1.3.2.2	Recours juridictionnel devant le juge administratif
47	2.3.1.3.2.2.1	Caractéristiques du recours
47	2.3.1.3.2.2.1.1	Sur la forme
47	2.3.1.3.2.2.1.2	Sur le fond
47	2.3.1.3.2.2.2	Quel est le rôle des juges des référés ?
48	2.3.2	Éviter l'expulsion
48	2.3.2.1	Le point de départ de la procédure d'expulsion : l'impayé de loyer
49	2.3.2.2	Le commandement de payer
49	2.3.2.3	La saisine du tribunal et l'audience
49	2.3.2.3.1	La saisine du tribunal
50	2.3.2.3.2	L'audience
50	2.3.2.4	Le jugement
50	2.3.2.5	Le commandement de quitter les lieux

51	2.3.2.6	La demande du concours de la force publique
51	2.3.2.7	Après l'expulsion
52	2.4	La commission de surendettement
52	2.4.1	Les conditions
53	2.4.2	Les solutions proposées
53	2.4.3	Les risques
53	2.4.4	Les interlocuteurs
54	2.4.5	Surendettement et santé
55	2.5	Les assurances
55	2.5.1	L'assurance emprunteur
55	2.5.1.1	Les principes généraux
55	2.5.1.2	Conseil pour la signature du contrat
55	2.5.1.2.1	Choisir sa propre assurance
55	2.5.1.2.2	Prendre son temps
56	2.5.1.2.3	Conserver des archives
56	2.5.1.3	Faut-il mentir ?
56	2.5.1.3.1	Quels choix ?
56	2.5.1.3.2	Des précautions à prendre
56	2.5.1.4	L'accès au prêt dans le cadre de la convention AERAS
57	2.5.1.4.1	Confidentialité
27	2.5.1.4.2	L'assurance des crédits immobiliers ou professionnels
58	2.5.1.4.3	L'assurance décès des crédits à la consommation
58	2.5.1.4.4	Les garanties alternatives
58	2.5.1.4.5	Mécanisme de mutualisation
58	2.5.1.4.6	Délais de traitement des dossiers
59	2.5.1.4.7	En cas de litige
59	2.5.1.5	En cas de litige si le risque se réalise et que vous ne pouvez plus rembourser
59	2.5.1.6	Les autres moyens de couvrir un prêt
59	2.5.1.6.1	L'hypothèque
59	2.5.1.6.2	Cautionnement par un tiers
59	2.5.1.6.3	Solutions alternatives
60	2.5.2	Les autres assurances
60	2.5.2.1	L'assurance en cas de décès
60	2.5.2.2	L'assurance sur les divers risques de la vie
61	2.6	La judiciarisation de la transmission du VIH
61	2.6.1	La responsabilité pénale
61	2.6.1.1	La mise en danger de la personne
62	2.6.1.2	L'empoisonnement
62	2.6.1.3	L'administration de substances nuisibles
62	2.6.1.4	Le viol
63	2.6.2	La responsabilité civile
63	2.6.3	La plainte
63	2.6.3.1	La plainte simple
64	2.6.3.2	La plainte avec constitution de partie civile
64	2.7	Voyages
64	2.7.1	Liberté de circulation
64	2.7.1.1	Union européenne
65	2.7.1.2	Hors Union européenne
65	2.7.2	Concilier séropositivité et voyages
65	2.7.2.1	Préparer son voyage
65	2.7.2.2	Transports des médicaments
66	2.7.2.3	Prise en charge
67	3	Le milieu du travail
68	3.1	L'embauche
68	3.1.1	Le principe de non-discrimination pendant l'entretien d'embauche
68	3.1.1.1	La concrétisation du principe de non-discrimination à l'embauche
68	3.1.1.1.1	Pendant l'entretien d'embauche
68	3.1.1.1.2	L'examen médical d'embauche
69	3.1.1.2	Les conséquences d'une discrimination des personnes en raison de leur état de santé
69	3.1.1.2.1	Dans le secteur privé

69	3.1.1.2.2	Dans le secteur public
70	3.1.2	Le statut de travailleur handicapé et ses conséquences
70	3.1.2.1	Les conditions d'obtention du statut de travailleur handicapé
71	3.1.2.2	Les conséquences du statut de travailleur handicapé
72	3.2	L'exécution du contrat de travail
72	3.2.1	L'aménagement des conditions de travail pour cause de maladie
72	3.2.1.1	L'adaptation du poste à votre état de santé
72	3.2.1.1.1	Le régime classique
72	3.2.1.1.1.1	Dans le secteur privé
72	3.2.1.1.1.2	Dans le secteur public
73	3.2.1.1.2	Le travail protégé
73	3.2.1.2	Le mi-temps à caractère thérapeutique.
75	3.2.2	L'aménagement du temps de présence pour cause de maladie
75	3.2.2.1	Les arrêts de travail dans le secteur privé.
75	3.2.2.2	Les congés maladie dans la fonction publique
75	3.2.2.2.1	Les congés maladie des agents titulaires
75	3.2.2.2.1.1	Le congé ordinaire de maladie (CMO)
76	3.2.2.2.1.2	Le congé de longue maladie (CLM)
76	3.2.2.2.1.3	Le congé de longue durée (CLD)
76	3.2.2.2.1.4	Comment obtenir un CLM ou un CLD
77	3.2.2.2.2	Les congés maladies des agents non titulaires
78	3.3	La fin du contrat de travail
78	3.3.1	Le licenciement
78	3.3.1.1	L'interdiction de principe d'un licenciement en raison de l'état de santé
78	3.3.1.2	Recours contre un licenciement
78	3.3.1.2.1	Dans le secteur public
78	3.3.1.2.2	Dans le secteur privé
78	3.3.2	Le chômage
79	4	Les droits des minorités
80	4.1	Les malades étrangers en France
80	4.1.1	L'entrée par le visa sanitaire
80	4.1.2	Le droit au séjour pour raison médicale
80	4.1.2.1	Le principe
80	4.1.2.2	Qui peut en bénéficier ?
80	4.1.2.2.1	Une résidence habituelle en France
80	4.1.2.2.2	L'absence de menace à l'ordre public
81	4.1.2.2.3	L'absence de mesure d'éloignement
81	4.1.2.2.4	Les trois critères médicaux
82	4.1.2.3	Quel est le titre délivré ?
82	4.1.2.4	Quelle est la procédure prévue par les textes ?
83		Le certificat médical non descriptif et le rapport médical sous pli confidentiel
84	4.1.2.5	Où introduire la demande ?
84	4.1.2.6	Comment est examinée la demande ?
84	4.1.2.7	Comment vous est donnée la réponse ?
86	4.1.2.8	Quelles sont les entraves les plus fréquentes ? Quelles sont les solutions à apporter ?
86	4.1.2.8.1	Refus d'instruction
86	4.1.2.8.2	Exigence de pièces non prévues par la réglementation
87	4.1.2.8.3	Refus de délivrance d'un récépissé
87	4.1.2.8.4	Taxes abusives
87	4.1.2.9	Que faire en cas de refus de séjour ?
87	4.1.2.9.1	Les décisions prises par la préfecture
87	4.1.2.9.2	Les délais de recours
88	4.1.2.9.3	L'effet des recours
88	4.1.2.9.4	Les conditions de formes
88	4.1.3	Le droit de vivre en famille
89	4.1.3.1	Le regroupement familial
89	4.1.3.2	Le droit au séjour des membres de familles et accompagnants déjà présents en France
89	4.1.3.2.1	Le principe
89	4.1.3.2.2	Cas particulier
90	4.1.3.2.2.1	Les accompagnants de malades pouvant bénéficier du regroupement familial

90	4.1.3.2.2.2	Les parents d'un enfant malade
90	4.1.3.2.3	La procédure
90	4.1.3.2.4	Le titre délivré et les éventuels recours
91	4.1.4	La vie quotidienne
91	4.1.4.1	La carte de résident
91	4.1.4.2	La circulation à l'étranger
92	4.1.5	L'éloignement du territoire
92	4.1.5.1	Reconduites à la frontière
93	4.1.5.1.1	Que faire en cas d'APRF ?
93	4.1.5.1.2	Trois cas doivent être distingués
93	4.1.5.1.2.1	L'APRF vient de vous être notifié
93	4.1.5.1.2.2	L'APRF vous a été délivré entre 48h et un an
93	4.1.5.1.2.3	L'APRF a plus d'un an
93	4.1.5.2	Les mesures d'expulsion
93	4.1.5.2.1	L'arrêté d'expulsion
93	4.1.5.2.1.1	Qu'est-ce qu'un arrêté d'expulsion ?
94	4.1.5.2.1.2	Quelle protection pour les malades étrangers ?
94	4.1.5.2.1.3	Que faire en cas d'arrêté d'expulsion ?
94	4.1.5.2.2	Les interdictions du territoire français
94	4.1.5.2.2.1	Qu'est ce qu'une ITF ?
94	4.1.5.2.2.2	Quelle protection pour les malades étrangers ?
94	4.1.5.2.2.3	Que faire face à une ITF ?
95	4.1.5.2.3	L'assignation à résidence
95	4.1.5.2.3.1	Qu'est ce qu'une assignation à résidence ?
95	4.1.5.2.3.2	Quelles sont les effets de l'assignation à résidence ?
95	4.1.5.2.3.3	Quand et comment demander une assignation à résidence ?
95	4.1.5.2.3.4	Quelle est la durée d'une assignation à résidence ?
96	4.1.5.3	La rétention
96	4.1.5.3.1	Le cadre de la rétention
96	4.1.5.3.2	Vos recours
97	4.1.6	PaCS et droit au séjour
97	4.2	Les usagers de drogues
97	4.2.1	Qu'est-ce qu'une drogue ?
97	4.2.2	Rappel de la loi
98	4.2.3	Secret médical et soins sous couvert d'anonymat
98	4.2.3.1	Le secret médical
99	4.2.3.2	Les soins sous couvert d'anonymat
99	4.2.4	Le droit des malades consommateurs de drogues
100	4.2.4.1	L'admission
100	4.2.4.2	La réglementation
100	4.2.4.3	Consommation privée et accès aux soins
100	4.2.4.3.1	Les centres d'accueil bas seuil (CAARUD)
100	4.2.4.3.2	Les centres spécialisés (CSST/ CSAPA)
100	4.2.4.3.3	Le cas de la méthadone
100	4.2.4.3.4	Dans certains établissements
101	4.2.4.4	Observance et compatibilité des drogues avec les traitements
101	4.2.5	La substitution aux opiacés
101	4.2.5.1	Définition
102	4.2.5.2	Liberté de prescription
102	4.2.5.3	Quelles molécules ?
102	4.2.5.4	L'ordonnance sécurisée
103	4.2.5.5	Le choix du pharmacien
103	4.2.5.6	Refus de délivrance
103	4.2.5.7	Voyages à l'étranger
103	4.2.5.7.1	Pays de la C.E. signataire des accords de Schengen
104	4.2.5.7.2	Pays dispensateurs de traitements de substitution ou autorisant leur transport
104	4.2.5.7.3	Pays extérieurs à Schengen dans lesquels la substitution est illégale
104	4.2.5.8	Usagers de drogue et détention
106	4.3	Les travailleurs et travailleuses du sexe
106	4.3.1	Cadre légal de l'activité prostitutionnelle

103	4.3.1.1	Cadre légal
106	4.3.1.2	Rapports avec les forces de police
107	4.3.2.3	Personnes prostituées étrangères
108	4.3.2	Vie quotidienne
108	4.3.2.1	Cadre et organisation du travail
108	4.3.2.2	Couverture sociale
108	4.3.2.2.1	Personnes prostituées étrangères
108	4.3.2.2.2	Personnes prostituées françaises
109	4.3.2.3	Discriminations au sein des établissements de soins
109	4.3.2.4	Revenus, biens
109	4.3.2.5	Impôts
110	4.3.2.6	Comptes bancaires
110	4.3.2.7	Garde parentale.
110	4.3.2.8	Hébergement et réorientation professionnelle
111	4.3.2.9	Retraite
111	4.3.3	Pornographie
112	4.4	Les Transidentités
112	4.4.1	Prise en charge du parcours trans en France: historique et actualité
113	4.4.2	Le parcours de transition
113	4.4.2.1	A Paris
113	4.4.2.2	A Lyon
114	4.4.3	La chirurgie
115	4.4.4	VIH et prise d'hormones
115	4.4.5	Soins esthétiques
115	4.4.6	Changement de prénom ou d'état civil
116	4.4.7	Changement exceptionnel de l'acte de naissance pour des personnes non opérées
117	4.4.8	Numéro de Sécurité Sociale
117	4.4.9	Vie quotidienne et milieu du travail
118	4.5	Les personnes incarcérées
118	4.5.1	Garde à vue
118	4.5.2	L'entrée en détention
119	4.5.2.1	Visite médicale et dépistages sur demande de l'intéressé seulement (VIH, VHC)
119	4.5.2.1.1	La visite médicale
119	4.5.2.1.2	Suivi des soins en détention
119	4.5.2.2	L'accès à un secours pour les indigents
120	4.5.3	La vie en détention
120	4.5.3.1	Dépistages
120	4.5.3.2	Usages de drogues et substitution
120	4.5.3.3	Sexualité
121	4.5.3.4	Le secret médical et l'accès aux soins et aux traitements
122	4.5.3.5	Le respect de l'intégrité physique : viol et maltraitance
122	4.5.3.6	Soins psychologiques et psychiatriques pour accompagner les soins classiques
122	4.5.3.7	L'incarcération des trans
123	4.5.4	Vos droits en détention
123	4.5.4.1	Droit à la Sécurité Sociale
123	4.5.4.2	Droit aux allocations
123	4.5.4.2.1	Les allocations chômage
123	4.5.4.2.2	Assurance vieillesse
124	4.5.4.2.3	Allocation adulte handicapé (AAH)
124	4.5.4.2.3.1	Montant de l'allocation versée durant la détention
124	4.5.4.2.3.2	Demande de l'AAH en détention
124	4.5.4.2.4	Revenu de Solidarité Active
124	4.5.4.2.5	Les allocations familiales
124	4.5.4.2.5.1	La PAJE
124	4.5.4.2.5.2	L'Allocation Parent Isolé (API)
124	4.5.4.2.5.3	L'Allocation de soutien familial (ASF)
125	4.5.4.2.5.4	L'Allocation de Logement (AL) et l'Aide Personnalisée au Logement (APL)
125	4.5.5	La préparation de la sortie de prison
125	4.5.5.1	La libération
125	4.5.5.2	L'Allocation Temporaire d'Attente (ATA)

- 126 **4.5.5.3** La CMU et l'AME
- 127 **4.5.6** Les autres mesures de libération
- 127 **4.5.6.1** La suspension de peine pour raison médicale
- 127 **4.5.6.1.1** Conditions d'octroi de la suspension de peine pour raison médicale
- 127 **4.5.6.1.1.1** Condamné mais non prévenu
- 127 **4.5.6.1.1.2** Pronostic vital engagé ou état de santé durablement incompatible avec la détention
- 127 **4.5.6.1.1.3** Absence de risque grave de renouvellement de l'infraction
- 128 **4.5.6.1.2** Procédure
- 128 **4.5.6.2** La libération conditionnelle pour raison médicale
- 129 **4.5.6.3** La suspension de peine délictuelle pour « motif d'ordre médical »
- 129 **4.5.6.4** Les grâces médicales
- 130 **4.5.7** Les étrangers malades incarcérés
- 130 **4.5.8** Les administrations qui peuvent vous aider
- 130 **4.5.8.1** En prison
- 130 **4.5.8.1.1** Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)
- 130 **4.5.8.1.2** Les points d'accès au droit
- 130 **4.5.8.1.3** Les délégués du médiateur de la République
- 130 **4.5.8.2** Les organes de contrôle
- 131 **4.5.8.2.1** L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
- 131 **4.5.8.2.2** Le contrôleur général des lieux de privation de liberté
- 131 **4.5.8.2.3** Les DDASS et DRASS
- 133 **5 Les droits et prestations sociales**
- 134 **5.1 L'accès au soin**
- 134 **5.1.1** La couverture maladie universelle (CMU)
- 134 **5.1.1.1** Qui peut en bénéficier?
- 134 **5.1.1.2** La CMU complémentaire (CMU C)
- 134 **5.1.1.3** Qui peut en bénéficier ?
- 135 **5.1.1.4** Plafond de ressources annuelles
- 135 **5.1.1.5** Quels avantages ?
- 135 **5.1.1.6** Les bénéficiaires du RSA socle
- 135 **5.1.1.7** Les jeunes de moins de 25 ans
- 136 **5.1.2** L'Aide Médicale d'État (AME)
- 136 **5.1.2.1** Qu'est-ce que l'AME?
- 136 **5.1.2.2** Pouvez-vous bénéficier de l'AME ?
- 136 **5.1.2.2.1** Le demandeur
- 136 **5.1.2.2.2** Les personnes à la charge du demandeur
- 137 **5.1.2.3** A qui en faire la demande ?
- 137 **5.1.2.4** Quelles conditions remplir ?
- 137 **5.1.2.4.1** Les délais à respecter
- 137 **5.1.2.4.2** La justification de votre identité
- 137 **5.1.2.4.3** La justification de votre résidence en France depuis plus de trois mois
- 138 **5.1.2.4.4** Les critères de ressources à remplir
- 138 **5.1.2.5** L'étude de votre demande
- 138 **5.1.2.5.1** Les délais d'instruction
- 139 **5.1.2.5.2** Le cas de dossiers prioritaires
- 139 **5.1.2.5.3** Que faire en cas de rejet ?
- 139 **5.1.2.6** Les effets de l'acceptation de votre demande
- 139 **5.1.2.6.1** La durée
- 139 **5.1.2.6.2** Les soins
- 139 **5.1.2.7** Vous n'êtes pas éligible à l'AME
- 140 **5.1.3** Les Mutuelles
- 140 **5.1.3.1** L'aide pour avoir une complémentaire santé
- 140 **5.1.3.1.1** Les condition
- 140 **5.1.3.1.2** Le montant
- 141 **5.1.3.2** Avertissements et précautions
- 141 **5.1.3.2.1** Les garanties
- 141 **5.1.3.2.2** Le prix
- 141 **5.1.3.2.3** Les délais d'attente
- 141 **5.1.3.2.4** L'hospitalisation
- 141 **5.1.3.2.5** Les avantages de l'informatisation

141	5.1.3.2.6	Prothèses dentaires
141	5.1.3.2.7	Optique
141	5.1.3.3	Mutuelles, assurances : quelle est la différence ?
142	5.2	Accès aux prestations
142	5.2.1	La MDPH
142	5.2.2	Les prestations liées au handicap
142	5.2.2.1	Carte d'invalidité
143	5.2.2.2	Le « macaron GIC » ou carte de stationnement
143	5.2.2.3	l'AAH
143	5.2.2.3.1	Conditions d'attribution
144	5.2.2.3.2	Procédure
144	5.2.2.3.3	Calcul des droits
144	5.2.2.3.4	Neutralisation des ressources
145	5.2.2.3.5	Réduction de l'AAH
145	5.2.2.3.6	Durée de versement
145	5.2.2.3.7	Fin du droit
145	5.2.2.4	Le Complément de Ressources
145	5.2.2.5	La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
146	5.2.2.5.1	Conditions d'attribution
146	5.2.2.5.2	Montants
146	5.2.3	Les prestations liées à l'invalidité
146	5.2.3.1	Les indemnités journalières (IJ ou IJSS)
146	5.2.3.1.1	Ouverture des droits
147	5.2.3.1.2	Montants
147	5.2.3.1.3	Revalorisation des montants
147	5.2.3.1.4	En cas d'accident du travail
148	5.2.3.2	La pension d'invalidité
148	5.2.3.2.1	Conditions d'attribution et montant
148	5.2.3.3	L'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI)
149	5.2.4	Revenus et autonomie
149	5.2.4.1	La Majoration pour la Vie Autonome (MVA)
149	5.2.4.1.1	Conditions d'attribution
149	5.2.4.2	L'Allocation Spécifique de Solidarité (ASS)
149	5.2.4.2.1	Conditions pour bénéficier de l'ASS
150	5.2.4.2.2	Conditions particulières
150	5.2.4.2.3	Montant, durée et cumul
150	5.2.4.2.4	Procédure
150	5.2.4.2.5	Suspension du paiement
150	5.2.4.3	Le RSA
150	5.2.4.3.1	Conditions
151	5.2.4.3.2	Montant
151	5.2.4.3.3	Procédure
151	5.2.4.4	Aide A domicile
152	5.2.4.5	L'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA)
153	AGGIR / GIR	
154	5.2.4.6	Aide ménagère
154	5.2.4.7	L'Aide Sociale Départementale
154	5.2.5	Les prestations familiales
154	5.2.5.1	Allocations familiales (AF)
154	5.2.5.2	Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE)
154	5.2.5.2.1	Prime à la naissance et à l'adoption
155	5.2.5.2.2	Allocation de base
155	5.2.5.2.3	Aide pour la garde d'enfant
155	5.2.5.2.3.1	Le complément de libre choix du mode de garde (CMG)
155	5.2.5.2.3.2	Le complément du libre choix d'activité (CLCA)
156	5.2.5.3	Allocation de Rentrée Scolaire (ARS)
156	5.2.5.3.1	Conditions d'obtention
156	5.2.5.4	Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP)
157	5.2.5.5	Le Complément Familial (CF)
157	5.2.5.5.1	Conditions d'obtention, délais et montant

157	5.2.5.6	L'Allocation d'Education de Jeunes Enfants (AEEH)
157	5.2.5.6.1	L'allocation de base
157	5.2.5.6.2	Complément d'allocation
158	5.2.6	Autres droits
158	5.2.6.1	Réduction téléphonique
158	5.2.6.2	Tarifs spéciaux EDF et GDF
158	5.2.6.3	Carte solidarité transport en IdF
158	5.2.6.4	Transports en commun
158	5.2.6.4.1	Communes et regroupement de commune
159	5.2.6.4.2	SNCF
160	6	Les recours
161	6.1	Qu'est-ce qu'un recours ?
162	6.2	L'aide juridictionnelle
162	6.2.1	Qui peut l'obtenir ?
162	6.2.1.1	Condition de nationalité
162	6.2.1.2	Conditions de ressources
163	6.2.1.3	Conditions tendant à l'action que vous voulez entamer
163	6.2.2	Comment l'obtenir ?
163	6.2.3	Réponse à votre demande
163	6.2.3.1	Si votre demande est acceptée
163	6.2.3.1.1	Étendue de l'aide, au moment du procès
164	6.2.3.1.2	Étendue de l'aide, après la procédure
164	6.2.3.1.2.1	Vous gagnez le procès
164	6.2.3.1.2.2	Vous perdez le procès
164	6.2.3.2	En cas de rejet de la demande d'attribution
165	6.3	Les recours contre l'administration
165	6.3.1	Les recours gracieux
165	6.3.2	Les recours contentieux
166	6.3.2.1	Comment former un recours ?
166	6.3.2.1.1	Les conditions de forme
166	6.3.2.1.2	Les conditions de fond
166	6.3.2.2	La procédure d'urgence : le référé administratif
167	6.3.2.3	La décision du tribunal administratif
167	6.3.2.3.1	Le tribunal vous donne raison
167	6.3.2.3.2	Le tribunal vous donne tort
167	6.3.2.4	Les voies de recours
167	6.4	les recours spécifiques
167	6.4.1	Les voies de recours contre les décisions de la CDAPH
167	6.4.1.1	Le recours gracieux
167	6.4.1.2	Le recours contentieux
168	6.4.1.3	Les voies de recours
168	6.4.2	Le contentieux avec la Sécurité Sociale
169	6.4.2.1	Pour contester une décision d'ordre administratif
169	6.4.2.2	Pour contester une décision d'ordre médical
171		Les adresses utiles
172		Associations de lutte contre le sida et lieux d'accueil pour personnes séropositives
176		Autres associations
181		Institutions et administrations
184		Syndicats
184		Liens utiles
185		Annexes
186		Lexique juridique
188		Abréviations