Catred

L'égalité des droits pour tous

DES DROITS À VOTRE PORTÉE

3e ÉDITION

2005 - 2006

Cette brochure a été réalisée par l'équipe du CATRED et éditée avec le soutien du **FASILD**.
Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations.

Imp. - ??, ??? - 75000 Paris - 09/06
ISBN 2-9517551-3-9
Dépôt légal : 3e trimestre 2006

Prix de vente : 10 €

Avant-propos

Fondé en 1985, le CATRED (Collectif des Accidentés du Travail, Handicapés et Retraités pour l'Egalité des Droits) a été créé pour permettre aux travailleurs migrants présents sur le territoire français et se trouvant dans l'incapacité temporaire ou définitive de travailler (handicapés, invalides, chômeurs de longue durée, etc.) d'accéder aux prestations non contributives (allocation adulte handicapé, allocation supplémentaire vieillesse ou invalidité, etc.) et d'obtenir ainsi l'égalité de traitement en matière de protection sociale, conformément aux conventions internationales.

Le CATRED, ayant pour objectifs statutaires la lutte pour la reconnaissance des droits des immigrés (notamment en matière de protection sociale) et la promotion de l'égalité des droits entre ressortissants français et étrangers, assure ainsi un certain nombre d'actions, qui concernent avant tout :

- L'accueil, l'information et l'orientation des travailleurs accidentés du travail, handicapés, retraités et de leur famille, sur leurs droits et les moyens d'y accéder (en matière de protection sociale pour les ressortissants français et étrangers et en matière de séjour et de nationalité uniquement pour les personnes, handicapés, retraités et invalides) ;

- L'assistance des intéressés dans la constitution et le suivi de dossiers administratifs et judiciaires.

De manière générale, une partie des publics les plus nécessiteux éprouve des difficultés pour accéder à l'information relative à leurs droits et pour en bénéficier de façon effective.

L'accès à l'information est d'autant moins facilité que l'application de la loi se heurte à des dysfonctionnements et à des pratiques discriminatoires des différentes administrations.

Ainsi, si depuis la loi Chevènement du 11 mai 1998 le bénéfice des prestations non contributives n'est plus soumis à la condition de nationalité française, les organismes payeurs ont considéré, au mépris de la liberté d'aller et venir, que les ressortissants étrangers, qui partaient momentanément dans leur pays d'origine, ne résidaient plus sur le territoire français et ne pouvaient donc plus prétendre au bénéfice de l'allocation supplémentaire vieillesse ou invalidité.

De même, l'administration a considéré que les ressortissants étrangers invalides résidant en France étaient célibataires et non plus mariés, lorsque leur conjoint résidait à l'étranger, et qu'ils devaient de ce fait se voir appliquer le plafond de ressources pour une personne seule et non celui pour un couple. Ces ressortissants se sont ainsi vus soudainement réduire ou supprimer leur allocation supplémentaire du Fonds Spécial Invalidité.

Seuls des contentieux ont permis que ces ressortissants étrangers fassent valoir leurs droits.

Le CATRED ayant aidé les intéressés à saisir les juridictions compétentes, il est apparu nécessaire et utile de diffuser largement les arguments juridiques ayant permis à ces derniers de recouvrer leurs droits. C'est dans ce contexte qu'une brochure relative aux jurisprudences du CATRED a été conçue (cf. Les jurisprudences du CATRED, protection sociale, « Combat pour le droit », Edition 2005).

Cette brochure « Des droits à votre portée, 3e édition » présente, sous forme de fiches, les différentes prestations en matière de handicap, d'invalidité, de risques professionnels, de vieillesse et les contentieux en matière de protection sociale.

Elle est destinée à parer aux difficultés, à rendre accessible l'information relative à la protection sociale des étrangers dans les domaines énoncés et à rendre effectif l'accès aux droits sociaux en exerçant les recours adéquats.

Table des matières

Avant-propos 3

I - LE HANDICAP **5**
L'allocation adulte handicapé 8
Les prestations complémentaires liées au handicap 11
L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé 18

II - L'INVALIDITÉ **21**

III - LES RISQUES PROFESSIONNELS **27**

IV - VIEILLESSE **35**
L'assurance vieillesse 36
La retraite versée par le régime général de sécurité sociale 37
La retraite complémentaire 42
Le minimum vieillesse 44

V - LES CONTENTIEUX EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE **49**
Le contentieux général de la sécurité sociale 51
Les contentieux spéciaux 54
Le contentieux de l'aide sociale 57

VI - ABRÉVIATIONS ET SIGLES **59**

VII - ADRESSES UTILES **61**

– I –

LE HANDICAP

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, donne pour la première fois une définition du handicap.

Aux termes de l'article 2 de la loi, « constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

La limitation d'activité du fait du handicap ne doit pas pour autant faire perdre à la personne handicapée son droit au travail ni le maintien dans son emploi.
Le travailleur handicapé doit bénéficier de l'égalité de traitement en matière d'emploi.
La transposition dans la législation nationale - par la loi « Handicap » - des dispositions de la directive européenne du 27 novembre 2000 visant à lutter contre les discriminations fondées sur le handicap en matière d'emploi et de travail vise à favoriser l'égalité de traitement en matière d'emploi des personnes handicapées.

Le refus d'un employeur de prendre des mesures appropriées constitue une discrimination

Cette loi oblige désormais les employeurs du secteur public et du secteur privé à prendre les mesures appropriées permettant aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser, et d'accéder à une formation adaptée à leurs besoins.
Le refus d'un employeur de prendre des mesures appropriées constitue une discrimination au sens de l'article L 122-45-4 du code du travail.

Quoi qu'il en soit l'institution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (art. L. 821-1 à L.821-9 du CSS) et d'autres prestations liées au handicap a pour objet de garantir un revenu minimum aux personnes souffrant d'un handicap. Réservées aux plus démunis, ces allocations relèvent d'une logique de solidarité nationale, qui leur confère une nature non contributive. Ces prestations sont dites non contributives du fait qu'elles sont indépendantes de toute cotisation antérieure du bénéficiaire et assurent à celui-ci un minimum de moyens d'existence.
L'attribution de ces prestations repose à la fois sur des considérations technico-médicales et administratives.

DES CONSIDERATIONS TECHNICO-MEDICALES

La loi « handicap » du 11 février 2005 a créé de nouvelles instances:

- La maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

La MDPH est chargée de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille.

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées remplace la Commission Départementale d'Education Spéciale (CDES) et la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP).

Toutefois, les compétences dévolues à la nouvelle commission depuis le 1er janvier 2006 restent exercées par les COTOREP et les CDES, en attente de décrets d'application.
La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées se prononce sur l'orientation de la personne handicapée et sur les mesures propres à assurer son insertion scolaire, professionnelle et sociale. Elle désigne les établissements ou services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ainsi que les établissements ou services concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé, elle apprécie le taux d'incapacité de la personne handicapée et décide de l'attribution des différentes prestations liées au handicap comme par exemple l'allocation pour l'enfant handicapé et son complément, l'allocation aux adultes handicapés et son complément de ressources, la carte d'invalidité, la carte « priorité pour personne handicapée », ainsi que la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, etc.

A l'instar des décisions des COTOREP ou CDES, les décisions de la nouvelle Commission sont d'ordre technico-médical. C'est pourquoi toutes les contestations portant sur les décisions de la Commission relèvent d'un contentieux spécial.

Les décisions d'ordre administratif relèvent du contentieux général de la Sécurité Sociale (voir fiche sur les contentieux en matière de protection sociale).

DES CONSIDERATIONS ADMINISTRATIVES

Elles relèvent de la compétence de la Caisse d'Allocations Familiales qui vérifie les conditions de ressources, de résidence en France et, pour les étrangers extra communautaires, la régularité de séjour et la résidence permanente sur le territoire français.

Si la loi du 11 mai 1998 a supprimé la condition de nationalité pour bénéficier des prestations non contributives (dont l'allocation adulte handicapé, l'allocation compensatrice tierce personne…), les étrangers non communautaires doivent, toutefois, justifier de la régularité de leur séjour et d'une résidence permanente en France.

- La régularité de séjour est définie de façon restrictive

Ainsi, le titulaire d'une autorisation provisoire de séjour se verra opposer un refus pour le bénéfice des prestations non contributives du fait de la nature de son titre de séjour (Décret n° 98-1172 du 22/12/98).

- La justification d'une résidence permanente (art. R 821-1 nouveau du code de sécurité sociale).

Désormais, et hormis quelques cas exceptionnels visés à l'article R 821-1 nouveau du CSS, le versement de l'AAH est soumis à une condition de résidence permanente sur le territoire métropolitain ou dans les départements ou territoires d'outre-mer, ou à Saint-Pierre-et-Miquelon.

La condition de résidence permanente est réputée remplie dès lors que les séjours accomplis hors du territoire français n'excèdent pas trois mois au cours de l'année civils.

Il en va différemment lorsque la durée des séjours hors du territoire français vient à excéder trois mois civils dans l'année.

En effet, dans ce cas, l'AAH n'est alors versée que pour les seuls mois civils complets de présence sur le territoire français (cf. en annexe circulaire DGAS/1C/2005/411 du 7 septembre 2005 et lettre circulaire n° 2005-104 du 6 septembre 2005).
Toute contestation ayant trait au refus de versement ou de suspension de l'AAH peut être portée devant le juge des affaires de sécurité sociale après saisine préalable de la Commission de Recours Amiable (voir le contentieux général de la sécurité sociale).

L'allocation adulte handicapé

PROCEDURE ET CONDITIONS D'ATTRIBUTION

La loi « handicap » du 11 février 2005 a modifié les conditions d'attribution de l'AAH et a créé de nouvelles instances :

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).
La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
Aux termes de l'article R 821-2 nouveau du CSS, la demande d'AAH doit être adressée à la Maison Départementale des Personnes Handicapées du lieu de résidence de l'intéressé, accompagnée de toutes les pièces justificatives requises.

La maison départementale des personnes handicapées transmet, sans délai, un exemplaire du dossier de demande auprès de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapés et à l'organisme débiteur (CAF) en vue de l'examen des conditions relevant de leur compétence.

Remarque : les compétences dévolues à la Maison Départementale des Personnes Handicapées et à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées restent exercées par la COTOREP, jusqu'à leur mise en place prévue au 1er janvier 2006.

- Taux d'incapacité au moins égal à 80%.
- Taux d'incapacité compris entre 50% et 80% à condition d'être « dans l'impossibilité, compte tenu du handicap, de se procurer un emploi » et justifier au moment de la demande de l'AAH n'avoir pas occupé d'emploi pendant une durée minimum d'un an. (Exigence nouvelle posée par la loi du 11 février 2005).
- Âge : entre 20 et 60 ans.
- Insuffisance de ressources : réservée aux plus démunis, elle est fonction des ressources (Art L 821-1 à L 821-9 du CSS). L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) est uniquement versée aux personnes ne pouvant pas bénéficier d'une pension de vieillesse, d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'allocation adulte handicapé (cf. nouvelles modalités de détermination des plafonds de ressources art. D 821-2 mod. par le décret n° 2005-725 du 29 juin 2005).

CONDITIONS SPECIFIQUES AUX ETRANGERS

- Une résidence régulière en France: avoir un titre de séjour. La liste des titres admis est définie à l'article D.821-8 du CSS qui renvoie à l'article D 115-1 du CSS.
- Une résidence permanente en France (art R 821-1 nouveau du CSS):

La condition de résidence permanente pour le versement de l'allocation adulte handicapé est réputée remplie dès lors que les séjours accomplis hors du territoire français n'excédent pas trois mois civils dans les douze mois précédant la demande ou au cours de l'année civile.

Toutefois, si la durée du séjour de plus de trois mois est justifiée par la nécessité de permettre à la personne handicapée soit de poursuivre ses études, soit d'apprendre une langue étrangère, soit de parfaire sa formation, la condition de résidence permanente est réputée remplie et le droit au versement de l'AAH est maintenu.

ORGANISME CHARGE DU VERSEMENT

- Caisse d'Allocations Familiales

MONTANT DE L'ALLOCATION

Le versement de l'Allocation aux Adultes Handicapés est soumis à des conditions de ressources.

Le décret du 29 juin 2005 a modifié les modalités de détermination des plafonds de ressources (art D 821-2 nouveau du CSS).

Pour pouvoir prétendre à l'AAH, le demandeur doit justifier que les ressources perçues au cours de l'année civile de référence n'atteignent pas un plafond égal à douze fois le montant de l'AAH mensuelle durant la période d'ouverture du droit.

Dorénavant, le demandeur a droit à une allocation égale au douzième de la différence entre le montant du plafond applicable et les ressources prises en compte, sans que cette allocation puisse excéder le montant mensuel de l'AAH au taux plein.

Exemple :

plafond de ressources applicable = 7193,88 € ; ressources perçues pendant l'année civile de référence = 5000 €
montant de l'AAH mensuel versé = 182,82 € (7193,88 € - 5000 €/12 = 182,82 €).

Ce plafond est doublé lorsque le demandeur est marié et non séparé ou qu'il vit maritalement. Il est majoré d'une somme égale à la moitié du plafond prévu pour une personne seule pour chaque enfant à charge (cf. art D 821-2 mod. par le décret n° 2005-725 du 29 juin 2005).

Le montant est fixé par décret et réévalué chaque année (en janvier 2006, il est de 610,28 € par mois).

Plafond de ressources annuel (revenus 2005)

célibataire : **7323,36 €**	par enfant à charge : **+ 3 661,68 €**	couple : **14 646,72 €**

Les ressources prises en compte

La loi « Handicap » du 11 février 2005 a introduit une nouvelle règle visant à ne retenir qu'une fraction des revenus provenant d'une activité professionnelle en milieu ordinaire.
Pour l'appréciation des ressources prises en compte pour l'attribution de l'AAH, ces revenus sont affectés d'un abattement allant de 10% à 40% pour le calcul de l'AAH.

L'allocation adulte handicapé

Les cas de réduction du montant de l'AAH

Ce montant peut être réduit dans 3 cas :

1 / Hospitalisation (supérieure à 60 jours) :

Il convient ici de distinguer si la personne handicapée hospitalisée est ou n'est pas astreinte au paiement du forfait journalier :

Aucune réduction du montant de l'AAH n'est en effet opérée si la personne est astreinte au paiement du forfait journalier, quelle que soit sa situation familiale.

Si l'allocataire n'est pas astreint au paiement du forfait journalier, une réduction du montant de l'AAH est opérée de manière à ce qu'il conserve 30% du montant mensuel de son allocation.

2 / Hébergement dans une maison d'accueil spécialisée. Il convient ici de distinguer deux cas de figure :

- Si la personne handicapée accueillie en foyer en entretien complet ne travaille pas elle conservera 30% du montant de l'AAH (contre 12% auparavant).
- Si la personne handicapée hébergée travaille : le montant mensuel de l'AAH est de 50% (contre 30% auparavant)

3 / En cas d'incarcération : la personne handicapée conservera 30% du montant de l'AAH

La réduction de 30% du montant mensuel de l'AAH n'est opérée que pendant la période où la personne handicapée est effectivement accueillie dans un établissement, à l'exclusion des périodes de congés ou de prise en charge.

- ***Le montant de l'AAH ne sera pas réduit si l'allocataire a un ascendant ou un descendant à charge ou que son conjoint ou son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.***

Les prestations complémentaires liées au handicap

La loi du 11 février 2005 a institué deux nouvelles prestations qui se substituent au complément AAH.
Il s'agit de :

- La Garantie de Ressources des Personnes Handicapées (GRPH)
- La Majoration pour Vie Autonome (MVA)

Par ailleurs, notons que le bénéficiaire de l'AAH a droit à d'autres prestations en matière d'assurance maladie : prestations en nature, etc.

GARANTIE DE RESSOURCES DES PERSONNES HANDICAPEES (GRPH)

Le complément de ressources est destiné à accorder aux bénéficiaires de l'AAH, atteints d'une incapacité égale à 80% et ne pouvant travailler, une garantie de ressources égale à 80% du SMIC net : la GRPH (Garantie de Ressources des Personnes Handicapées).

Cette aide est destinée à faciliter l'adaptation à une vie autonome à domicile (article L 821-1-1 du CSS).

Pour y avoir droit, il faut :

- Un taux d'incapacité au moins égal à 80% et justifier d'une capacité de travail inférieure à 5%
- Bénéficier de l'allocation adulte handicapé à taux plein ou réduit
- Ne pas avoir perçu de revenu d'activité à caractère professionnel depuis une durée au moins égale à un an à la date du dépôt de la demande
- Un logement indépendant
- Une allocation logement

Le montant mensuel du complément de ressources est égal à la différence entre le montant mensuel de la garantie de ressources (766 €, montant révisé au 1er janvier de chaque année) **et le montant de l'AAH au taux plein, soit 166,51€**.

La demande du complément de ressources est adressée à la maison départementale des personnes handicapées du lieu de résidence de l'intéressé (art. R 821-2 nouveau du CSS).

Le complément de ressources est accordé et versé dans les mêmes conditions que l'allocation aux adultes handicapés.

Les prestations complémentaires liées au handicap

LA MAJORATION POUR VIE AUTONOME (MVA)

La loi « Handicap » du 11 février 2005 institue une nouvelle prestation appelée **« majoration pour la vie autonome »** (MVA) qui se substitue à l'actuel complément AAH.

Les modalités de versement de la MVA sont celles actuellement prévues pour le complément AAH, à savoir avoir un taux d'incapacité de 80%, percevoir l'AAH à taux réduit ou plein, bénéficier d'un logement et ouvrir droit à l'allocation personnalisée au logement.

Le montant actuel de la MVA est fixé à **101,80 €** au 22/02/2006 (contre 97,64 € pour le complément AAH)

Le versement de l'AAH et de la majoration pour la vie autonome est suspendu lorsque les personnes handicapées sont hébergées en établissement ou hospitalisées.

Le complément de ressources et la majoration pour la vie autonome sont maintenus jusqu'au premier jour du mois suivant une période de 60 jours révolus d'hébergement.

Au delà de cette période, le versement de ces prestations est suspendu, à l'exclusion des périodes de congés ou de suspension de la prise en charge par un régime d'assurance maladie.

Toutefois, il est procédé au rétablissement des-dites prestations, **sans nouvelle demande**, à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne a cessé d'être hébergée ou hospitalisée.

L'attribution de ces nouvelles prestations relève de la compétence de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (art. L 821-4 mod. du CSS).

LA PRESTATION DE COMPENSATION

La nouvelle prestation de compensation créée par la loi « handicap » du 11 février 2005 a pour objectif de couvrir les surcoûts spécifiques liés au handicap.

Cette prestation va au delà des charges relatives aux aides humaines prises en compte jusque-là par l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP).

Le montant de cette nouvelle prestation n'aura pas, à l'instar de l'ACTP, un caractère forfaire et sera en fonction des besoins individuels et personnels de la personne handicapée.

La mise en œuvre du nouveau dispositif, prévue théoriquement au 1er janvier 2006, est en attente de décret d'application, à la date de parution de cet ouvrage.

Il est prévu d'étendre la prestation de compensation aux enfants handicapés dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi « handicap » et, à terme, de fusionner les différents régimes de compensation du handicap (AES, APA, ACTP, prestation de compensation), puis de supprimer, dans un délai de cinq ans, toute considération liée à l'âge en matière de compensation du handicap.

La prestation de compensation peut prendre en charge différents types d'aides :

1. Aides humaines

Ces aides sont destinées à couvrir les charges résultant de l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante (ex : entretien, personnel …), la surveillance régulière de la personne handicapée ainsi que les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective.

Toutefois, l'attribution de cette aide est subordonnée :

- à la reconnaissance d'une difficulté absolue pour la réalisation d'un des actes de la vie courante
- ou d'une difficulté grave pour la réalisation de deux actes relevant des actes essentiels de l'existence
- ou liés au déplacement,
- ou lorsque le temps d'aide nécessaire apporté par l'aidant familial pour la réalisation de ces mêmes actes ou au titre d'un besoin de surveillance atteint 45 minutes par jour.

2. Aides techniques

Ces aides visent à prendre en charge « tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel ».

Il peut s'agir d'une aide inscrite ou non sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) ou encore d'une aide tendant à assumer les surcoûts des équipements d'utilisation courante à condition qu'ils apportent une facilité d'usage pour la personne handicapée.

3. Aménagement du logement, du véhicule et frais de transports

Ces aides ont pour vocation de prendre en charge :

- les frais d'aménagement du logement qui concourent à maintenir ou à améliorer l'autonomie de la personne handicapée
- les frais d'aménagement du véhicule habituellement utilisé par la personne handicapée, qu'elle soit conducteur ou passager
- les surcoûts liés à des transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés

4. Aides spécifiques ou exceptionnelles

Ces aides visent à couvrir les charges liées aux besoins spécifiques ou exceptionnels liés au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge au titre d'un autre élément.

5. Aides animalières

Sont également prises en charge par la nouvelle prestation les aides animalières qui « concourent à maintenir ou à améliorer l'autonomie de la personne handicapée dans la vie quotidienne ».

Les prestations complémentaires liées au handicap

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Le droit à la prestation de compensation suppose que le handicap réponde à certains critères, que la personne handicapée justifie d'une résidence permanente et régulière en France et d'un certain âge.

1. Les Critères liés au handicap

L'ouverture du droit à la prestation de compensation nécessite que la personne handicapée présente « **une difficulté absolue** pour la réalisation d'une activité, **ou** justifie **d'une difficulté grave** pour la réalisation d'au moins deux activités ».

On parle de **difficulté absolue, quand** la personne handicapée ne peut pas réaliser elle même l'activité et de **difficulté grave** lorsque l'activité est réalisée difficilement ou de façon altérée.

La liste de ces activités est fixée par un référentiel qui distingue quatre domaines : la mobilité, l'entretien personnel, la communication et enfin, les tâches et exigences générales, ainsi que les relations avec autrui.

Ces difficultés doivent avoir un caractère définitif ou une durée prévisible d'au moins un an.

2. La condition de résidence en France

La condition de résidence permanente, telle qu'elle est définie à l'article R 821-1 du CSS, est établie lorsque la durée des séjours hors du territoire français n'excède pas trois mois, sauf situation particulière.

3. La régularité de résidence

Les ressortissants étrangers doivent justifier d'une résidence régulière en France, à savoir être en possession d'un titre de séjour (art. D 821-8 et art. D 115-1 du CSS).

4. Condition d'âge

Avoir un âge compris **entre 20 et 60 ans** (plus de 16 ans s'il ne remplit plus les conditions ouvrant droit aux prestations familiales et au plus 65 ans si la personne remplissait déjà avant 60 ans la condition de handicap).

PROCEDURE D'ATTRIBUTION

Le dépôt de la demande de prestation de compensation se fait auprès de la maison départementale du lieu de résidence de la personne handicapée. La demande doit être accompagnée de justificatifs d'identité, de domicile et d'un certificat médical du demandeur.

Le dossier est transmis à la commission des droits. Pour chacun des éléments de la prestation de compensation, cette commission doit indiquer la nature des dépenses pour lesquelles chaque élément est affecté, la durée d'attribution, le montant total et mensuel fixé ainsi que les modalités de versement choisies par le bénéficiaire.

Montants

Le décret du 20 décembre 2005 et quatre arrêtés du 28 décembre 2005, pris en application de la loi du 11 février 2005, sont venus préciser les tarifs et montants des différents éléments de la prestation de compensation.

L'aide humaine

1. En cas de recours à une aide à domicile employée directement, l'aide humaine, prise en charge par la prestation de compensation, est de 130% du salaire horaire brut sans ancienneté d'une assistante de vie pour personne dépendante de niveau III, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999.

2. Une majoration de 10% est prévue en cas de recours à un service mandataire.

3. En cas de recours à des services prestataires, le tarif est égal à 145% du salaire horaire brut d'un (e) auxiliaire de vie, ayant moins d'un an d'ancienneté, au sens de l'accord de la branche aide à domicile du 29 mars 2002, relatif aux emplois et rémunérations.

4. En cas de dédommagement d'un aidant familial, le tarif est de 50% du salaire minimum interprofessionnel de croissance horaire net. Le dédommagement mensuel de chaque aidant familial ne peut dépasser 85% du salaire minimum interprofessionnel de croissance mensuel net, calculé sur la base de 35 heures par semaine applicable aux emplois familiaux.

La durée maximale de versement de cette aide est de 10 ans.

L'aide technique

L'arrêté du 28 décembre 2005 fixe les différents tarifs applicables. Le montant maximal des aides techniques est égal à 3960 € pour toute période de trois ans.

Aménagement du logement, du véhicule et frais de transport

Le montant total susceptible d'être attribué est :

- de 10000 € pour l'aménagement du logement pour toute période de 10 ans ;
- de 5000 € pour l'aménagement du véhicule ou les surcoûts dus aux transports pour toute période de 5 ans.

Aides spécifiques ou exceptionnelles

Pour les charges spécifiques, le montant de l'aide attribuable est de 100 € par mois et de 1800 € pour les charges exceptionnelles pour toute période de 3 ans.

Aides animalières

Le montant maximal attribuable au titre des aides animalières est égal à 3000 € pour toute période de 5 ans.

Les prestations complémentaires liées au handicap

TAUX DE PRISE EN CHARGE

La prestation de compensation est attribuée dans la limite du taux de prise en charge, qui varie en fonction des ressources du demandeur :

- dans la limite de 100% si les ressources sont inférieures ou égales à 23 517,66 € pour l'année 2006
- dans la limite de 80% si les ressources sont supérieures à ce même plafond.

LE VERSEMENT

Les droits à la prestation sont ouverts à compter du premier jour du mois du dépôt de la demande.

Sur décision du président du conseil général et en cas de manquement du bénéficiaire à ses obligations déclaratives, le versement de la prestation peut être suspendu.

OBLIGATIONS A LA CHARGE DU BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est tenu d'informer la Commission des droits et le Conseil Général de « toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits ». Les justificatifs de dépenses doivent être conservés par l'allocataire pendant deux ans.

- Le bénéficiaire de l'aide humaine est tenu de déclarer l'identité et le statut du ou des salariés employés, le lien de parenté, et le cas échéant, le montant des sommes versées.
- L'acquisition ou la location des aides techniques doivent se réaliser au plus tard dans les douze mois suivant la notification de la décision d'attribution.
- L'aménagement du véhicule doit être effectué au plus tard dans les douze mois suivant la date de notification de la décision d'attribution. Les travaux d'aménagement du logement doivent débuter dans les douze mois suivant cette notification et être achevés dans les trois ans suivant celle-ci.
- Le bénéficiaire est tenu de transmettre au Conseil Général les factures et le descriptif correspondant aux travaux d'aménagement.

La prestation de compensation est financée par les départements, lesquels reçoivent des fonds de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

L'ALLOCATION COMPENSATRICE TIERCE PERSONNE

La prestation de compensation instituée par la loi « handicap » devait se substituer à l'allocation compensatrice tierce personne et à l'allocation compensatrice pour frais professionnels.

Toutefois, il est prévu de maintenir ces prestations pour les personnes qui en sont déjà bénéficiaires, tant qu'elles remplissent les conditions d'attribution.

Le législateur a donc prévu un régime transitoire où coexistent la prestation de compensation et l'ACTP.

Ces deux prestations ne sont pas pour autant cumulables et les personnes qui bénéficiaient de l'ACTP, avant le 1er janvier 2006, sont tenues de choisir entre la prestation de compensation et l'allocation compensatrice tierce personne à chaque renouvellement.

L'ACTP est attribuée, sous condition d'âge et de résidence régulière en France (cf. supra prestation de compensation), aux personnes handicapées qui ont un taux d'incapacité d'au moins 80% et qui nécessitent l'aide d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante.

La **détermination du taux de l'ACTP revient à la nouvelle Commission des droits** qui le fixe par rapport au taux de dépendance de la personne handicapée. **En fonction de ce taux de dépendance**, **le préfet** du département de résidence de l'intéressé **fixe le montant de l'allocation.**

Le montant de l'allocation compensatrice tierce personne est fixé par référence à la majoration pour tierce personne (MTP) accordée aux invalides de la troisième catégorie dans les termes prévus à l'article L 310 du CSS. Au 1er janvier 2006, son montant est de 982,15 €.

L'ACTP est prise en charge par le Conseil général du département de résidence de l'intéressé.

Cumul possible de l'ACTP avec certaines prestations :

- L'allocation adulte handicapé (AAH)
- L'avantage vieillesse
- L'avantage invalidité

N.B. : *Les ressortissants étrangers doivent justifier de la régularité de leur résidence en France pour pouvoir en bénéficier.*

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est une prestation familiale destinée à aider les parents qui assument la charge d'un **enfant handicapé de moins de 20 ans.** Cette allocation est versée sans condition de ressources (articles L 541-1 à L541-3 du CSS).

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

- Taux d'incapacité (reconnu par les nouvelles commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) : l'incapacité permanente doit être au moins égale à 80% ou comprise entre 50 et 80% si l'enfant est admis dans un établissement ou pris en charge par un service d'éducation spéciale ou de soins à domicile. Toutefois, l'allocation n'est pas due lorsque l'enfant est placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'assurance maladie, l'Etat ou l'aide sociale.
- Âge limite: 20 ans

CONDITIONS SPECIFIQUES AUX ETRANGERS

- La loi Chevènement du 11 mai 1998 a supprimé la condition de nationalité. Néanmoins, il faut que le ressortissant étranger réside régulièrement en France. En outre, depuis le décret du 29 juin 2005, l'article R 821-1 du CSS subordonne le bénéfice des prestations liées au handicap à la justification d'une résidence permanente sur le territoire français.
- L'article D 512-1 du code de la sécurité sociale fixe la liste des titres de séjour ouvrant droit au bénéfice des prestations familiales et qui sont exigés de la personne étrangère qui assume la charge effective et permanente de l'enfant.

En ce qui concerne l'enfant étranger, la régularité de séjour est remplie dès lors :

1. que l'enfant est né en France (production de l'extrait d'acte de naissance) ou ;
2. qu'il justifie d'un certificat médical OMI délivré dans le cadre de la procédure de regroupement familial, ou du livret de famille délivré par l'OFPRA ou ;
3. qu'il justifie du visa délivré par l'autorité consulaire et comportant le nom de l'enfant d'un étranger titulaire d'une carte de séjour mentionnée à l'article L 313-8 ou au 5° de l'article L 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) ou ;
4. qu'il justifie d'une attestation délivrée par l'autorité préfectorale mentionnant que l'enfant est entré au plus tard en même temps que l'un de ses parents admis au séjour sur le fondement du 7° de l'article L 313-11 du CESEDA ou du 5° de l'article 6 de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié ou ;
5. qu'il justifie d'un titre de séjour délivré à l'étranger âgé de seize à dix-huit ans dans les conditions fixées à l'article L 313-3 du CESEDA.

ORGANISME CHARGE DE L'INSTRUCTION

- La demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est adressée à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du lieu de résidence de l'enfant handicapé, accompagnée d'un certificat médical de moins de trois mois et, le cas échéant, des éléments d'un projet de vie.
  - La MDPH transmet sans délai le dossier à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.
  - L'attribution de l'allocation d'éducation d'enfant handicapé et de son complément éventuel fait l'objet d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées du lieu de résidence du demandeur (article R 541-3 du CSS). Les compléments éventuels sont fonction des dépenses occasionnées par l'état de santé de l'enfant. La commission statue sur le taux d'incapacité de l'enfant ainsi que sur les conditions de prise en charge de son handicap et donc sur le montant des prestations.

Montant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et de ses compléments (au 24 février 2006) :

117,72 € par mois pour l'allocation de base

complément mensuel de :

1ère catégorie	2e catégorie	3e catégorie	4e catégorie	5e catégorie	6e catégorie
88,29 €	**239,12 €**	**338,44 €**	**524,47 €**	**670,30 €**	**982,15 €**

Depuis le 1er janvier 2006, toute personne bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé assortie d'un complément et assumant seule la charge d'un enfant handicapé peut se voir attribuer une majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé, sous certaines conditions.

Voies de recours

Les juridictions compétentes pour connaître d'éventuelles contestations sont fonction de la nature des décisions :

- Si la contestation a trait à des décisions d'ordre administratif (ex : absence de versement de la prestation, faute pour l'enfant de remplir la condition prévue à l'article D 512-1 du CSS), elles relèvent du contentieux général de sécurité sociale.
- Si la contestation porte sur des décisions d'ordre technico-médical de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapés, elles peuvent faire l'objet d'un recours devant les juridictions du contentieux de l'incapacité.
- Si la contestation porte sur des décisions concernant l'orientation et les mesures relatives à l'insertion professionnelle et sociale d'une personne adulte handicapée et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, elle relève de la compétence des tribunaux administratifs.

N.B. : *Les décisions de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peuvent faire l'objet d'une procédure de conciliation (art. L 146-10 du CASF). Cette procédure, instituée en amont des voies de recours contentieux, est facultative et l'exercice de cette voie a pour effet de suspendre les délais de recours contentieux pendant toute la procédure de conciliation.*

ORGANISME CHARGE DU VERSEMENT

- En cas de décision d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, c'est la CAF qui procède au versement de l'allocation.
- La durée d'attribution de l'allocation est au moins égale à un an et au plus égale à cinq ans.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

MONTANT DE L'ALLOCATION

Le montant de **l'allocation de base** est de 117,72 € (au 24 février 2006).

Le montant du complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est accordé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées en fonction des dépenses liées au handicap et/ou à la réduction d'activité professionnelle des parents ou encore au recours à une tierce personne (article R 541-2 du CSS) :

- **Première catégorie :** le handicap de l'enfant entraîne par sa nature ou sa gravité des dépenses supérieures ou égales à 206,01 € par mois *(56% de la base mensuel de calcul des allocations familiales BMAF*).

- **Seconde catégorie :** le handicap de l'enfant contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle réduite d'au moins 20% par rapport à une activité à temps plein **ou** exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 8 heures par semaine ou encore entraîne des dépenses mensuelles égales ou supérieures à 356,83 €*(97% de la BMAF).

- **Troisième catégorie :** le handicap de l'enfant soit :
  - Contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 50% par rapport à une activité à temps plein **ou** l'oblige à recourir à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 20 heures par semaine.
  - Contraint l'un des parents à réduire son activité professionnelle d'au moins 20% **ou** exige le concours d'une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 8 heures par semaine **et** entraîne, en plus, d'autres dépenses mensuelles égales ou supérieures à 217,04 € (59% de la BMAF).
  - Entraîne, par sa nature ou par sa gravité, des dépenses mensuelles égales ou supérieures à 456,16 € (124% de la BMAF).

- **Quatrième catégorie :** le handicap de l'enfant soit :
  - Contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle ou exige le recours à une tierce personne rémunérée à temps plein.
  - Contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle réduite d'au moins 50% **ou** exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 20 heures par semaine **et** entraîne des dépenses mensuelles égales ou supérieures à 303,75 € (82,57% de la BMAF).
  - Contraint l'un des parents à exercer une activité professionnelle à temps partiel réduite d'au moins 20% par rapport à une activité professionnelle à temps plein **ou** exige le recours à une tierce personne rémunérée pendant une durée au moins équivalente à 8 heures par semaine **et** entraîne des dépenses mensuelles égales ou supérieures à 403,07 € (109,57% de la BMAF).
  - Entraîne, par sa nature ou sa gravité, des dépenses mensuelles égales ou supérieures à 642,19 € (174,57% de la BMAF).

- **Cinquième catégorie :** le handicap de l'enfant contraint l'un des parents à n'exercer aucune activité professionnelle **ou** à recourir à une personne rémunérée à temps plein **et** entraîne des dépenses mensuelles égales ou supérieures à 263,54 € (71,64% de la BMAF).

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

– II –
L'INVALIDITÉ

II - L'INVALIDITÉ

L'invalidité permet à l'assuré social d'obtenir une pension destinée à compenser la perte de salaire résultant de la réduction de sa capacité de travail. C'est un revenu de remplacement. Elle ne peut être attribuée qu'à l'assuré personnellement, à l'exclusion de ses ayants droit.

Pour la percevoir, **l'intéressé doit justifier d'une activité salariée au cours d'une période de référence et être âgé de moins de 60 ans.**

L'invalidité, susceptible d'ouvrir droit à pension, doit, en premier lieu, résulter d'une maladie ou d'un accident non professionnel ou encore d'une usure prématurée de l'organisme. Elle est donc bien distincte du handicap.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

L'état d'invalidité est apprécié par le médecin conseil de la CPAM.

Conditions de fond

- Être âgé de moins de 60 ans (art L 341-15 du CSS). A partir de 60 ans, la pension d'invalidité est remplacée par la pension vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail - sauf pour les invalides exerçant une activité à leur 60 ans et qui peuvent s'opposer à la substitution (art L 341-16 du CSS).
- Résider régulièrement en France (art L 161-16-1 du CSS). Il faut produire un titre ou document justifiant de la régularité de séjour sur le territoire français (art D 115-1 du CSS).
- Justifier d'une immatriculation en qualité d'assuré social (art L 341-2 du CSS), depuis au moins douze mois au 1er jour du mois au cours duquel est survenue :
  - Soit l'interruption de travail suivie d'invalidité
  - Soit la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme
- Justifier d'une activité salariée (art L 341-2 du CSS). Au cours des douze mois civils précédant la date d'examen du droit, l'assuré doit justifier (art R 313-5 du CSS) :
  - Avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le SMIC horaire en vigueur au 1er janvier qui précède immédiatement le début de cette période (dont 1015 fois au moins au cours des six premiers mois).
  - Avoir effectué au moins 800 heures de travail salarié ou assimilé (dont 200 heures au moins au cours des trois premiers mois) ou avoir rempli cette même condition au cours des 365 jours consécutifs précédant la date d'examen de l'interruption de travail ou le constat de l'invalidité.

    ⇨ Certaines périodes d'inactivité (maternité, maladie, chômage) sont assimilées à des périodes de travail salarié ou sont considérées comme équivalentes à un certain nombre d'heures de travail pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance invalidité.

Condition d'invalidité (art L 341-1 et L 341-3 et R 341-2 du CSS)

- L'invalidité doit réduire des 2/3 au moins la capacité de travail ou de gain du salarié, le mettant hors de cause de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au 1/3 de la rémunération normale de l'emploi occupé antérieurement.
- Une atténuation de cette règle des 2/3 existe et est appliquée pour les anciens déportés, internés et résistants titulaires d'une carte « de déporté ou interné de la résistance » ou « de déporté ou interné politique » (art L 161-16 du CSS): un taux d'invalidité de 60% suffit (ils sont présumés atteints d'une invalidité les rendant incapables d'exercer une profession quelconque) et les assurés concernés doivent être âgés d'au moins 55 ans (R 161-9 du CSS).

La pension d'invalidité peut se cumuler avec une pension militaire d'invalidité sans limitation du montant.

Concrètement, l'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge, des facultés physiques et mentales de l'assuré, de ses aptitudes et de sa formation professionnelle ainsi que des activités exercées antérieurement (art. L341-3 du CSS).

ORGANISME CHARGE DE L'INSTRUCTION

La pension est attribuée et liquidée par la CPAM ou la CRAM, pour la région parisienne et Strasbourg, dans la circonscription où réside habituellement l'assuré.

Il revient en principe à la CPAM de prendre l'initiative de la liquidation de la pension d'invalidité (art R 341-8 du CSS). Si la caisse ne prend pas l'initiative de la demande de pension, elle est tenue d'informer l'assuré du délai qui lui est imparti pour la présenter lui-même. L'assuré peut également prendre l'initiative de la demande de pension en fournissant un certificat médical délivré par son médecin traitant.

Pour **être recevable, la demande doit être faite dans un délai de douze mois suivant :**

- La date de consolidation des blessures (en cas d'accident non professionnel)
- La date de constatation médicale de l'invalidité si elle résulte de l'usure prématurée de l'organisme
- La date de stabilisation de l'état de l'assuré (notification faite par la caisse).
- La date de l'expiration de la période légale d'attribution des prestations en espèces de l'assurance maladie (3 ans) ou la date à laquelle la CPAM a cessé de les accorder.

Après avis du contrôle médical, la caisse statue sur le droit à pension dans un délai de deux mois. La caisse apprécie si toutes les conditions d'attribution sont réunies. Elle détermine la catégorie dans laquelle l'assuré doit être classé. Elle doit notifier sa décision à l'assuré par LRAR, le défaut de réponse dans le délai de deux mois équivaut à un rejet, susceptible de recours.

Si la contestation porte sur les conditions d'ouverture du droit à pension, l'assuré dispose d'un recours au titre du contentieux général de la Sécurité Sociale.

Toute contestation sur l'existence ou le degré d'invalidité fait l'objet d'un contentieux particulier, le contentieux technique (voir fiche sur contentieux en matière de protection sociale).

MONTANT DE LA PENSION D'INVALIDITE

La pension d'invalidité

La pension est calculée sur la base du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des dix meilleures années civiles d'assurance de l'assuré qui ont précédé le trimestre au cours duquel se situe « la date de l'événement ». Toutefois, lorsque l'assuré ne totalise pas dix années civiles d'assurance, est pris en compte le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées (au titre du salariat ou des périodes assimilées : maladie, maternité, chômage) au cours des années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation.

On distingue **trois catégories d'invalides.** Pour chaque catégorie, le taux de pension varie (art. L 341-4 du CSS).

- **Invalidité de 1ère catégorie :** en relèvent les invalides capables d'avoir une activité rémunérée réduite malgré leur incapacité des 2/3.
  - Le salaire ne doit pas être supérieur au 1/3 de la rémunération normale de l'emploi occupé antérieurement. Le taux de pension est fixé à 30% du salaire annuel moyen.
  - Le minimum mensuel est de 250,78 € et le maximum de 776,70 € (au 22 février 2006).
- **Invalidité de 2ème catégorie :** en relèvent les personnes absolument incapables d'exercer une quelconque profession.
  - Le taux de pension est de 50% du salaire annuel moyen.
  - Le minimum mensuel est de 250,78 € et le maximum de 982,15 € (au 22 février 2006).
- **Invalidité de 3ème catégorie :** en relèvent les personnes absolument incapables d'exercer une activité professionnelle et qui, en outre, sont dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie courante.
  - La pension est égale au montant de 2e catégorie majorée de 40%.
  - La majoration pour tierce personne est de 982,15 €/mois (au 22 février 2006)

Le minimum invalidité

Lorsque la pension d'invalidité est très faible, elle est automatiquement portée à un montant égal à l'Allocation aux Vieux Travailleurs Salariés (avis, voir fiche vieillesse). En effet, tout individu a droit à la garantie d'un minimum de ressources, appelé « minimum invalidité », égal au minimum vieillesse.

L'allocation supplémentaire du fonds spécial invalidité vient compléter la pension d'invalidité de façon à garantir ce minimum. Elle est **versée sous condition de ressources et de résidence régulière sur le territoire français** (voir fiche sur l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse).

L'allocation supplémentaire n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé (et du conjoint si le bénéficiaire est marié) n'excède pas un plafond de ressources fixé par décret (art. L 815-8 du CSS), évalué à :

7500,53 €/ an (au 22 février 2006) pour une personne seule	**13137,69 € /an** (au 22 février 2006) pour un ménage

Montant de cette allocation, fixé par décret (art L 815-4 du CSS) :

359,50 €/mois (au 22 février 2006) pour une personne seule	**593,23 €/mois** (au 22 février 2006) pour un ménage

A partir de juillet 2001, la CRAMIF, sur la base de l'article R 815-30 du code de la Sécurité Sociale, a décidé d'appliquer aux ressortissants étrangers titulaires de l'allocation supplémentaire du FSI, le plafond correspondant à celui d'une personne célibataire, dès lors que leur conjoint résidait au pays d'origine.
Après un long contentieux porté devant les juridictions compétentes, la Cour de cassation, par deux arrêts du 8 mars 2005, a considéré que « la séparation de fait envisagée par l'article R 815-30 du CSS ne peut s'entendre du seul fait matériel de la résidence séparée des époux mais qu'elle doit se manifester par la cessation entre eux de toute communauté de vie, tant matérielle qu'affective » (pour plus d'informations sur les problèmes rencontrés par les ressortissants étrangers en matière de FSI : cf. brochure « Les Jurisprudences du CATRED », Protection Sociale, Combat pour le Droit, 2005).

OUVERTURE DE DROITS ANNEXES

Droits du bénéficiaire de la pension

- Droit aux prestations en nature de l'assurance maladie avec exonération du ticket modérateur pour ses propres soins et sans limitation de durée pour tout état de maladie (art L 313-4 et R 322-4 du CSS).
- Droit aux prestations en nature de l'assurance maternité (art L 313-4 et R 322-4 du CSS).
- Droit aux prestations en espèces : le bénéficiaire d'une pension d'invalidité, qui a repris son activité professionnelle pendant au moins un an, a droit à des indemnités journalières d'assurance maladie s'il remplit les conditions requises, quelle que soit la nature de l'affection entraînant l'arrêt de travail, sous réserve que son état soit considéré comme stabilisé par le médecin-conseil de la CPAM.

Dès lors que la reprise de l'activité a été admise, le cumul de l'indemnité avec la pension est possible dans une limite autorisée.

Droits du conjoint survivant

- Le décès d'un invalide ouvre droit au capital décès (art L 361-1 à L 361-5 du CSS).
- Au décès d'un invalide, le conjoint survivant, s'il n'est pas lui-même titulaire d'une pension d'invalidité, a un droit dérivé à pension, dans les mêmes conditions que pour la pension de réversion de la pension de retraite (v. Fiche vieillesse).
- Le conjoint survivant de l'assuré ou du titulaire de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité, âgé de moins de 55 ans, lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à pension d'invalidité (incapacité permanente réduisant de 2/3 sa capacité de travail), bénéficie d'une pension de veuve ou de veuf (art L 342-1 du CSS). Le conjoint survivant invalide cumule, dans des limites fixées par décret, la pension de veuve ou veuf avec des avantages personnel de vieillesse, d'invalidité ou d'accident du travail (art L 342-1, L 434-8 et L 434-9 du CSS).

Le **montant annuel** de la pension de veuf ou de veuve invalide (art L 342-3 et D 342-1 du CSS) est de **54% de la pension principale dont bénéficiait ou aurait bénéficié le conjoint. Peut s'ajouter éventuellement une majoration de 10% pour enfants à charge.**

⇨ La pension de veuf ou de veuve invalide est supprimée en cas de remariage (art. L 342-5 du CSS).

N.B. : *Le conjoint survivant a droit aux prestations en nature pour lui et ses ayants droit avec exonération du ticket modérateur. Il garde l'avantage de cette exonération lorsque la pension d'invalidité est transformée en pension vieillesse.*

– III –

LES RISQUES PROFESSIONNELS

L'ouverture des droits à l'assurance accident du travail-maladie professionnelle n'est quasiment soumise à aucune condition.

Même s'il s'agit d'un travail clandestin ou d'un emploi non déclaré et que, de ce fait, les cotisations sociales n'ont pas été versées aux organismes de protection sociale, le travailleur victime de l'accident est pris en charge par la Sécurité sociale.

Par conséquent, ni l'irrégularité du séjour, ni l'irrégularité du contrat de travail ne font obstacle au droit à réparation. Seul l'employeur est fautif et encourt des sanctions civiles ou pénales pour infraction à la législation sociale.

NB : L'étranger ne doit pas renoncer à faire valoir ses droits en matière de Sécurité sociale, dans la mesure où une incapacité peut lui donner droit à un titre de séjour, s'il remplit certaines conditions (voir infra).

NOTIONS ET DEFINITIONS

L'accident du travail

L'accident du travail est un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise (art L 411-1 du CSS). Sera considéré comme un accident du travail :

- le fait accidentel survenu sur le lieu de travail et pendant les heures de travail
- l'accident se produisant sur le lieu de travail mais hors des heures de travail
- l'accident ayant lieu pendant le temps de travail mais hors de l'entreprise

Dans les deux derniers cas, l'accident de travail sera retenu uniquement si le travailleur se trouvait dans un état de dépendance par rapport à son employeur.

L'accident est présumé imputable au travail quand bien même le salarié présenterait des prédispositions pathologiques. La charge de la preuve de la cause étrangère au travail pèse sur l'employeur ou sur la Caisse de Sécurité sociale (Cass soc, 8 juin 1995). En aucun cas, le salarié ne doit établir un lien direct entre la lésion et le travail.

Est considéré comme accident de trajet (art L 411-2 du CSS), l'accident survenu à un salarié pendant le trajet aller retour, entre :

- le lieu de travail et sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial
- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou d'une manière plus générale, le lieu où il prend habituellement ses repas

Le parcours ne doit pas avoir été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi (voir exemple sur l'accident de trajet).

La qualification d'accident du trajet est assimilée à un accident de travail. Elle est donc décisive pour la victime pour l'obtention d'une réparation au titre des risques accidents professionnels (ex : obtention d'une rente). A contrario, le simple accident de circulation, sans lien aucun avec le travail, relève de l'assurance maladie-invalidité (voir fiche sur l'assurance maladie-invalidité).

NB : Extension de la notion d'accident du travail : dans deux arrêts (Cass. soc. n° 99-20.603 et 99-21.536 du 19/07/01), la Cour de Cassation a considéré qu'une personne demeure, pendant tout le temps de sa mission, sous l'autorité de son employeur et est donc couvert par l'article L 411-1 du Code du travail en cas d'accident survenu pendant celle-ci.

Les maladies professionnelles

Une maladie professionnelle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque lié à l'exercice habituel de l'activité professionnelle.
Elle peut résulter par exemple de l'absorption quotidienne de petites doses de poussières ou de vapeurs toxiques, ou de l'exposition répétée au bruit, à la chaleur, à des vibrations, etc.

Une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure dans l'un des tableaux de maladie professionnelle et qu'elle réunit toutes les conditions mentionnées audit tableau (art. L 461-1 du CSS).

Une maladie figurant sur l'un des tableaux de maladie professionnelle, sans remplir toutes les conditions définies dans ce tableau, peut être reconnue d'origine professionnelle dans le cas suivant :

- s'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime
- et si le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) a émis un avis favorable.

La maladie ne figure sur aucun des tableaux de maladie professionnelle, elle peut néanmoins être reconnue comme une maladie professionnelle (art. L 434-2 du code de sécurité sociale) :

- s'il est établi qu'elle est directement et essentiellement causée par le travail habituel de la victime ;
- si elle a entraîné son décès ou une incapacité permanente au moins égale à 25% ;
- et après avis favorable du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

L'accident du travail

- La victime d'un accident du travail dispose d'un délai de 24 heures pour informer son employeur de la survenance d'un accident du travail sauf cas de force majeure, impossibilité absolue ou motifs légitimes (art L 441-1, R 441-1 et 441-2 du CSS).
- L'employeur doit déclarer dans les 48 heures à la CPAM, par courrier recommandé avec AR, l'accident dont il a eu connaissance (art L 441-2 et R 441-2 du CSS).
- C'est à l'employeur d'apporter la preuve qu'il a régulièrement déclaré l'accident à la caisse de Sécurité sociale dans un délai imparti à cet effet.

- La déclaration à la caisse peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident.

- L'employeur est tenu de délivrer une feuille d'accident nécessaire à l'indemnisation permettant à la victime d'obtenir gratuitement les prestations en nature (les soins), sans qu'aucune durée d'affiliation au régime général ne soit exigée (art L 441-5 et suivants du CSS).

- Le praticien consulté doit transmettre les certificats médicaux à la caisse (art L 441-6 du CSS) indiquant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles, en particulier la durée probable de l'incapacité de travail.

- En cas de litige d'ordre médical entre la CPAM et le salarié, une expertise peut être diligentée.

Dans ce cas, il est procédé à un examen de la victime par un médecin expert. En cas de désaccord entre le médecin conseil et le médecin traitant, une expertise médicale technique peut être envisagée (art L 141-1 et R 141-1 du CSS).

- En cas de décès ou d'incapacité permanente ou partielle, la caisse déclenche une procédure d'enquête lorsqu'elle a connaissance de l'accident et au vu des certificats médicaux.

Cette enquête vise à établir le caractère professionnel de l'accident, ses causes, la nature des lésions et à déterminer le montant des prestations en espèces.

- La caisse a **30 jours** pour statuer sur l'accident de travail. Ce délai pourra exceptionnellement être augmenté de **deux mois** pour un accident de travail si les actes de gestion engagés n'ont pas permis de conclure. En l'absence de décision dans ces délais, le caractère professionnel de l'accident de travail est reconnu.

La maladie professionnelle

- La victime doit déclarer la maladie professionnelle à la CPAM dans un délai de deux ans suivant soit l'arrêt de travail, soit la date de première constatation médicale.

- Le praticien établit en trois exemplaires et remet, à la victime, un certificat indiquant la nature de la maladie. Deux exemplaires du certificat doivent compléter la déclaration faite par la victime.

- Une copie de cette déclaration et un exemplaire du certificat médical sont transmis immédiatement par la CPAM à l'Inspecteur du travail, chargé de la surveillance de l'entreprise.

- La caisse devra statuer sur les dossiers dans un délai de **trois mois** pour une maladie professionnelle. Ce délai pourra exceptionnellement être augmenté de **trois mois** si les actes de gestion engagés n'ont pas permis de conclure. En l'absence de décision dans ces délais, le caractère professionnel de la maladie professionnelle est reconnu.

- Dès réception de la déclaration de la maladie professionnelle et du certificat médical, la caisse d'assurance maladie doit remettre à la victime le formulaire « Feuille d'accident de travail ». Ce formulaire permet à la victime, en cas de soins, de bénéficier d'une prise en charge de 100% sur la base et dans la limite des tarifs conventionnels et sans avoir à faire l'avance des frais.

- Pour les procédures de reconnaissance hors tableaux (art L 461-1 du CSS), la CPAM ne pourra reconnaître l'origine professionnelle de la maladie qu'après un avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. L'avis du comité s'impose à la caisse.

CONDITIONS SPECIFIQUES AUX ETRANGERS

- L'accident de travail ou la maladie professionnelle peuvent permettre aux étrangers de bénéficier d'une carte de résident de plein droit. Néanmoins, la délivrance d'une telle carte est soumise aux conditions suivantes :

  1. Être titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle versée par un organisme français
  2. Avoir un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 20%
  3. Être entré et résider régulièrement en France
  4. Ne pas constituer une menace pour l'ordre public

- L'étranger, victime d'un accident de travail, en situation irrégulière, titulaire d'une rente d'accident de travail servie par un organisme de sécurité sociale français, dont le taux d'incapacité est au moins égal à 20%, a droit à la délivrance d'une carte de séjour temporaire, en application des dispositions de l'article L 313-11°-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA).

  Certains accords internationaux en matière de protection sociale peuvent prévoir l'exportabilité de la rente d'accident de travail. Dans ce cas, la rente d'accident ou de maladie professionnelle peut être versée dans le pays d'origine si l'étranger bénéficiaire le souhaite. La victime doit, préalablement à son départ, obtenir l'accord de la CPAM qui se prononce après avis du contrôle médical. Ainsi, un salarié étranger, victime d'un accident du travail en France, a droit aux prestations en espèces et en nature au titre de la législation française des accidents du travail, quel que soit son pays de résidence, dès lors que celui-ci a ratifié la Convention n° 19 de l'OIT.

ORGANISME CHARGE DE L'INSTRUCTION ET DU VERSEMENT

En cas d'incapacité temporaire de travail

- Pour indemniser son incapacité provisoire, la victime a droit à des indemnités journalières qui sont égales à 60% du salaire (art R 433-2 du CSS) et sont portées à 80% à partir du 29e jour après celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident (art R 433-4 du CSS).

- L'indemnité journalière est payée à la victime par la CPAM, à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident et pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de l'état de la victime.

  La journée de travail au cours de laquelle l'accident s'est produit est intégralement à la charge de l'employeur.

- Pendant l'indemnisation temporaire, la victime doit se soumettre au contrôle de la caisse.

- L'indemnité journalière peut être maintenue en tout ou en partie en cas de reprise d'un travail léger, de nature à favoriser la guérison ou la consolidation des blessures, autorisé conjointement par le médecin traitant et le médecin de la caisse.

- Le versement de l'indemnité journalière cesse d'être dû à la date de consolidation des blessures.

- Cette date de consolidation est fixée par la CPAM, après avis du médecin traitant. La consolidation correspond au moment où l'état de la victime est stabilisé définitivement, avec ou sans séquelles.

Les décisions de la caisse ayant trait à la matérialité du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie, ou à la date de consolidation relèvent du contentieux général de la sécurité sociale, c'est à dire de la Commission de Recours Amiable (CRA) et du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) (Cf. fiche contentieux).

Incapacité de travail permanente

- L'incapacité sera considérée comme permanente si une lésion persiste à l'issue de la période d'incapacité provisoire.
- Le taux d'incapacité est établi au regard de l'âge, de la qualification professionnelle et de l'état physique général de la victime en référence à des barèmes officiels fixés à l'article R 434-35 du CSS.
- Si le taux d'incapacité est inférieur à 10%, une indemnité en capital est allouée à la victime.
- Si ce taux est supérieur ou égal à 10%, la victime a droit à une rente. Le montant du taux d'incapacité de la victime peut être révisé lorsque ce taux d'incapacité augmente ou s'atténue.
- La pension allouée à la victime de l'accident peut être remplacée en partie par un capital et ce capital peut également être converti en rente viagère (art L 434-3 du CSS).

Il est possible de contester le taux d'incapacité, les contestations relèvent du contentieux technique (voir fiches sur les contentieux).

La CPAM décide de l'attribution et du montant de la rente.
Le montant de la rente dépend du taux d'incapacité et du montant des derniers salaires. Il est tenu compte de la rémunération effective et totale perçue pendant les 12 mois précédant l'accident multiplié par le taux d'IPP corrigé administrativement, pour le calcul de la rente, la fraction inférieure à 50% est diminuée de la moitié et la fraction supérieure est augmentée d'autant (soit multiplié par 1.5), ainsi :

Incapacité de 50% = 25% du salaire
Incapacité de 60% = 40% du salaire
Incapacité de 70% = 55% du salaire.

- En cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle, suivi de mort, une pension est servie à partir du décès aux ayants droit de la victime (conjoint, enfant, descendants à charge, ascendants à charge ; article L 434-7 du CSS) calculée à partir du salaire annuel de référence de la victime :
  - 30% en cas de conjoint non remarié, portée à 50% quand il atteint 55 ans ou avant cette date, en cas d'inaptitude au travail d'au moins 50% (art. R 434-11) ;
  - 15% par enfant pour les 2 premiers, 10% pour les suivants
  - et à raison de 10% par ascendant si ceux-ci peuvent prouver qu'ils étaient ou pourraient être à la charge de la victime, le total des rentes ne pouvant dépasser, dans tous les cas, 85% du salaire de la victime.

REVISION DU TAUX D'IPP

La révision du taux d'IPP est motivée par une aggravation des séquelles de l'accident sans nécessité de soins actifs ou d'arrêts de travail. Elle peut être demandée :

- par la victime à tout moment pendant les 2 ans qui suivent la date de guérison ou de consolidation, à des intervalles d'au moins 1 an au delà de 2 ans ;
- à l'initiative de la caisse d'assurance maladie, à des intervalles de 3 mois pendant les deux premières années, et tous les ans au delà. Elle peut aboutir alors à une diminution du taux d'IPP.

La décision de refus opposée à la demande de révision du taux d'IPP est susceptible d'être contestée devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (cf. fiche contentieux).

Nouveautés

- Accidents successifs : cumuls des taux

En cas d'accidents de travail successifs, le décret du 18 avril 2002 pris en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000, prévoit la possibilité d'additionner les taux d'accidents successifs. Dans ce cas, le calcul de la rente afférente au dernier accident du travail prend en compte la somme de tous les taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus, qu'il aient donné lieu au versement d'une rente ou d'une indemnité en capital, pour déterminer, en application de l'article R 434-2 du CSS, la partie du taux de l'accident considérée inférieure ou supérieure à 50%.
Lorsqu'à la date de consolidation d'un nouvel accident susceptible de donner lieu à une indemnité en capital, la somme des taux d'incapacité permanente atteint le taux de 10%, la victime est informée par la caisse de son droit à bénéficier soit d'une rente qui tient compte de la ou des indemnités en capital précédemment versées, soit d'une indemnité en capital pour l'indemnisation de cet accident.
En l'absence d'option de la victime dans le délai de deux mois à compter de la date de notification de cette information, la caisse verse au titre de ce nouvel accident une indemnité en capital.

- Nouvelles règles d'indemnisation

Un décret n° 2002-1555 du 24 décembre 2002 modifie le régime d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et de leurs ayants droit.

Ainsi, dans le cas où l'incapacité permanente est égale ou supérieure à 80% et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie à avoir un recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré au minimum de 40.

- IV -

LA VIEILLESSE

L'assurance vieillesse

Le droit à l'assurance vieillesse repose sur un système assurantiel et ouvre droit au versement d'une pension retraite de base. Pour prétendre à cette pension retraite, il est nécessaire d'avoir cotisé au régime vieillesse au cours de son activité professionnelle.

Le montant de la pension variera alors selon le nombre d'années de cotisations et en fonction de la moyenne annuelle des salaires les plus élevés de la personne.

Depuis 1973, une pension complémentaire, de caractère obligatoire, vient s'ajouter à la pension de base. L'organisme, chargé du versement de cette retraite complémentaire, diffère selon que la personne retraitée a été « salariée » ou « cadre » :

- Pour les salariés, c'est l'ARRCO
- Pour les cadres, c'est l'AGIRC

Lorsque la retraite (retraite versée par la Sécurité Sociale et retraite complémentaire) est d'un faible montant, la personne retraitée peut prétendre au minimum vieillesse / les 2, à l'allocation de solidarité aux personnes âgées, les deux, lui assurant un minimum de moyens d'existence.

Ce minimum vital comprend notamment le substitut de pension, le complément de pension et/ou l'allocation supplémentaire du Fonds de Solidarité Vieillesse. Ces prestations ne sont pas financées par des cotisations mais par l'impôt : ce sont des prestations dites non contributives (voir fiche sur le minimum vieillesse).

Au décès de l'assuré, les droits à la pension vieillesse sont transmis au conjoint survivant. Ce dernier peut alors bénéficier d'une pension de réversion, s'il satisfait aux conditions d'attribution.

Dans l'hypothèse où le conjoint survivant ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la pension de réversion (notamment en raison de son âge) et se trouve, au décès de son conjoint, sans ressources suffisantes, il peut bénéficier de l'assurance veuvage, sous certaines réserves et jusqu'au 1er janvier 2011, date à laquelle cette allocation sera définitivement supprimée (voir fiche sur la retraite versée par le régime général de la Sécurité Sociale).

La retraite versée par le régime général de sécurité sociale

CONDITIONS D'ATTRIBUTION

- La cessation d'activité : Pour bénéficier d'une pension retraite, il faut cesser toute activité professionnelle, salariée ou indépendante (article L 161-22 du CSS).

  Une fois la pension liquidée, la loi n'interdit pas la reprise d'une activité sous certaines conditions. Pour les retraites prenant effet à compter du 1er janvier 2004 : lorsque la reprise d'activité salariée a lieu chez le dernier employeur, elle peut intervenir au plus tôt six mois après la date d'effet de la retraite.

- La liquidation de la retraite :
  - Possibilité de liquider sa retraite à partir de l'âge de 60 ans. Cet âge peut être abaissé pour l'assuré qui a débuté jeune et a accompli une longue carrière mais aussi pour certains travailleurs handicapés sous conditions (notamment une incapacité permanente de 80%).
  - Quelle que soit la durée d'assurance, l'assuré qui demande la liquidation de sa retraite à partir de 65 ans bénéficiera d'une retraite à taux plein.
  - À 60 ans, les assurés reconnus inaptes au travail, dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 du CSS, bénéficient du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée d'assurance requise.

CONDITIONS SPECIFIQUES AUX ETRANGERS

Les ressortissants étrangers, hors communautaires, doivent remplir certaines conditions supplémentaires (article L 161-18-1 du CSS) :

- Un séjour régulier : c'est-à-dire être en possession d'un titre de séjour (voir la liste des titre admis : art D 115-1 du CSS).
- Résidence sur le territoire français au moment de la liquidation de la pension :
  - Si l'étranger réside en France, il faut qu'il soit en situation régulière.
  - Depuis la Loi Chevènement du 11 mai 1998, il est possible de liquider sa retraite depuis le pays d'origine.
  - La retraite est une prestation exportable à laquelle toute personne a droit dans les mêmes conditions que si elle résidait en France. Mais attention à la perte d'autres droits, notamment l'assurance maladie.
- Problèmes susceptibles d'être rencontrés au moment de la liquidation de la retraite :
  - La détermination de l'âge : il est parfois difficile pour un étranger de prouver sa date de naissance précisément. En principe, tout acte d'état civil dressé par les autorités étrangères fait foi en France, s'il a été rédigé dans les formes usitées dans ledit pays (article 47 du CCIV).
  - Problème des personnes résidant en France mais qui sont en situation irrégulière.

La retraite versée par le régime général de sécurité sociale

MONTANT ET MAJORATION DE LA PENSION

Pour le calcul de la pension versée par le régime général de la Sécurité Sociale, sont pris en compte trois éléments : le salaire annuel moyen, le taux et la durée d'assurance au régime général.

▶ Le salaire annuel moyen (SAM)

À l'heure actuelle, le nombre d'années pris en compte dans le calcul du SAM varie entre les 10 et 25 meilleures années, selon l'année de naissance de l'assuré. À partir de 2008, l'on retiendra les 25 meilleures années, quelle que soit la date de naissance de l'assuré.

▶ Le taux

- Le taux plein est au maximum de 50% : pour en bénéficier, il faut, sauf exceptions, justifier d'un certain nombre de trimestres d'assurance (cf. infra la durée d'assurance).
- Le taux réduit : s'applique pour les assurés âgés d'au moins 60 ans et de moins de 65 ans qui ne totalisent pas la durée d'assurance requise. Un coefficient de minoration se calcule par application au taux de 50%. Il est fonction du nombre de trimestres manquant à la durée nécessaire pour l'obtention du taux plein ou du nombre de trimestres séparant l'âge auquel la pension prend effet et le 65e anniversaire (le calcul le plus avantageux est retenu).

▶ La durée d'assurance

La durée d'assurance retenue au régime général est appréciée compte tenu des périodes cotisées ou assimilées.

- **Périodes cotisées :** c'est la durée du travail déclaré, le nombre de trimestres de cotisations. Il suffit d'un seul trimestre pour ouvrir droit à une pension retraite.

En revanche, pour bénéficier d'une retraite à taux plein (complète), il faut avoir cotisé un certain nombre de trimestres (la durée d'assurance maximale requise est portée progressivement de 150 trimestres à 160 trimestres depuis 2004 jusqu'au 1er janvier 2008) **ou** avoir 65 ans **ou** avoir entre 60 et 65 ans et être inapte au travail.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, l'intéressé bénéficiera d'une retraite à taux réduit.

- **Périodes assimilées :** ce sont des périodes non travaillées qui sont assimilées à des périodes d'assurance (périodes de maladie, maternité, invalidité, accident du travail, chômage, etc.)
- Si l'assuré a cotisé à différents régimes, il peut demander à la caisse du lieu de sa naissance la liste des caisses détentrices des différents comptes afin que toutes les périodes de travail déclarées soient prises en compte dans le calcul de sa pension.
- Les périodes de travail, dans le pays d'origine, peuvent être prises en compte dans le calcul de la pension si une convention bilatérale de sécurité sociale le prévoit (cette règle permet de réunir plus facilement le nombre de trimestres nécessaires pour atteindre le taux plein).

Faute de convention, l'assuré doit procéder à la liquidation des différentes pensions auprès des caisses auxquelles il a cotisé.

▶ Les cas de majoration de la durée d'assurance

- Les mères de famille bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance d'un trimestre pour toute année durant laquelle elles ont assumé la charge effective et permanente d'un ou de plusieurs enfants dans la limite de huit trimestres par enfant et jusqu'à leur 16e anniversaire.
- Les pères ou mères (qui n'ont pas obtenu la majoration de durée d'assurance pour enfants) qui ont obtenu un congé parental d'éducation ont droit à une majoration égale à la durée du congé parental.
- Toute personne qui assume ou a assumé la charge effective d'un enfant handicapé (dont le taux d'incapacité est/était au moins égal à 80% et qui ouvre/a ouvert droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à son complément) a droit à une majoration pour charge d'enfant handicapé dans la limite de **8 trimestres.**
- Les assurés âgés de plus de 65 ans

1. Pour les pensions prenant effet depuis le 1/1/2004 : l'assuré âgé de plus de 65 ans a droit à une majoration de sa durée d'assurance de 2,5% par trimestre écoulé entre le 1er jour du mois qui suit le 65e anniversaire et la date d'effet de la pension vieillesse, s'il totalise dans tous les régimes obligatoires :

moins de 150 trimestres d'assurance pour les pensions prenant effet avant le 1/1/2008
moins de 160 trimestres d'assurance pour les pensions prenant effet à compter du 1/1/2008

2. Pour les pensions prenant effet avant le 1/1/2004 : majoration de 2,5% par trimestre écoulé entre le 1er jour du mois qui suit le 65e anniversaire et la date d'effet de la pension vieillesse pour l'assuré âgé de plus de 65 ans qui totalise moins de 150 trimestres au régime général.

▶ Les majorations de la pension

- Majoration pour tout assuré, ayant un conjoint à charge de 65 ans **ou** 60 ans en cas d'inaptitude au travail, qui n'a pas de pension, allocation ou rente acquise au titre de l'assurance vieillesse ou invalidité **et** qui dispose de faibles ressources.
- Majoration de 10% de la pension pour tout assuré **ayant eu trois enfants.** Pour les enfants recueillis, la majoration est versée s'ils ont été élevés pendant au moins 9 ans avant 16 ans par l'intéressé et à sa charge ou à celle de son conjoint.
- Majoration pour tierce personne pour tout assuré âgé d'au moins 60 ans titulaire d'un avantage ouvrant droit à cette majoration qui a besoin, avant 65 ans, de l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Ces majorations peuvent être demandées auprès de la caisse vieillesse du régime général de la Sécurité Sociale.

La retraite versée par le régime général de sécurité sociale

ORGANISME CHARGE DE L'INSTRUCTION ET DU VERSEMENT

- Pour l'Ile-de-France : la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)
- Pour les autres régions (sauf Alsace) : la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM)
- Pour l'Alsace : Caisse Régionale d'Assurance Vieillesse (CRAV)

DROITS A REVERSION

Sont envisagés ici la pension de réversion et l'allocation veuvage, versées par le régime général des salariés.

La loi Fillon du 21 août 2003 portant réforme des retraites a apporté des modifications concernant ces deux dispositifs. Seule la pension de réversion subsistera à compter du 1er janvier 2011.
L'allocation veuvage disparaîtra en effet définitivement à compter du 1er janvier 2011, date de la suppression de la condition d'âge jusqu'ici requise pour bénéficier de la pension de réversion.

PENSION DE REVERSION

Lorsque l'assuré bénéficiaire d'une pension de retraite décède (pendant son activité ou sa retraite) ou disparaît, son conjoint a droit à une pension de réversion égale à 54% du montant de la pension de base dont l'assuré décédé ou disparu bénéficiait ou aurait bénéficié (art L 353-1, L 353-2 et L 353-3 du CSS).

Les conditions à remplir par le conjoint survivant sont les suivantes (CSS ; art. R 353-1) :

- Condition de mariage mais plus de condition de durée de mariage et de non remariage (en cas de pluralité de mariages, partage au prorata de la durée de chacun des mariages : CSS, art. L 353-3).
- Condition d'âge définitivement supprimée au 1er janvier 2011. D'ici là, et en lien avec la date d'effet de la pension, l'âge est progressivement abaissé (décret n° 2004-1451 du 23 décembre 2004).
- S'il dispose de ressources personnelles, celles-ci ne doivent pas excéder un certain plafond qui varie selon que l'intéressé est célibataire ou marié.
- Pour le **ressortissant étranger** (ne bénéficiant pas de règlements communautaires ou de conventions internationales), être en **situation régulière et résider sur le territoire français** (CSS, art. L 161-18-1).
- Si le titulaire de la pension de retraite a eu plusieurs époux (ses), certaines conventions bilatérales prévoient le partage de la pension de réversion.

  Il n'y a pas de pension de réversion en cas d'annulation de mariage. Toutefois, le mariage annulé pour bigamie après le décès de l'assuré mais déclaré à l'égard de l'épouse confère à cette dernière la qualité de conjoint survivant au sens des articles L 353-1 et L 353-3 du CSS. La pension de réversion est, dans ce cas, partagée entre les conjoints survivants au prorata de la durée respective de chaque mariage ; ce partage est opéré lors de la liquidation des droits du premier d'entre eux qui en fait la demande (soc. 9 nov. 1995, Bull. civ., n° 296).

Une majoration de la pension de réversion est possible :

- Majoration de 10% lorsque le bénéficiaire a eu ou élevé **au moins trois enfants.**
- Majoration forfaitaire lorsque le conjoint survivant a à sa charge un ou plusieurs enfants **et** si l'intéressé en fait la demande avant 65 ans, s'il n'est pas titulaire d'un avantage personnel de vieillesse d'un régime de base et si l'enfant est âgé de moins de 16 ans, sauf exceptions (CSS, art. 313-12).

Pour bénéficier d'une pension de réversion, il faut adresser sa demande à la caisse dont l'assuré décédé relevait en dernier lieu.

L'ASSURANCE VEUVAGE

C'est une aide temporaire et forfaitaire versée aux veufs qui ne peuvent prétendre à une pension de réversion en raison de leur âge et qui se trouvent, au décès de leur conjoint, sans ressources suffisantes.

La demande doit être faite, dans les 2 ans à partir du premier jour du mois au cours duquel l'assuré est décédé, auprès de la caisse du dernier lieu de travail de l'assuré décédé.

Au **1er janvier 2011 et suite à la loi Fillon du 21 août 2003, l'allocation veuvage sera supprimée.**
D'ici là, les conditions d'attribution de l'assurance veuvage sont les suivantes:

- Couple marié. Le conjoint survivant ne doit pas être remarié, ni vivre maritalement, ni être pacsé ou divorcé.
- Le conjoint décédé devait être salarié ou affilié au régime général ou des salariés agricoles (peu importe la durée d'assurance).
- Âge du conjoint survivant : avoir moins de 55 ans jusqu'au 30 juin 2005 **ou** moins de 52 ans entre le 1er juillet 2005 et le 30 juin 2007 **ou** moins de 51 ans entre le 1er juillet 2007 et le 30 juin 2009 **ou** moins de 50 ans entre le 1er juillet 2009 et le 31 décembre 2010.
- Le conjoint doit satisfaire à certaines conditions de ressources qui ne doivent pas dépasser un plafond apprécié au cours des trois derniers mois civils.
- Le conjoint **survivant de nationalité** étrangère (sauf ressortissants de l'EEE et de la Suisse), qui réside en métropole ou dans les DOM, **doit être en situation régulière et en possession d'un document ou titre énuméré à l'article D 115-1 du code de Sécurité Sociale.**
- Si la personne décédée a eu plusieurs époux (ses), il existe, comme pour la pension de réversion, des modalités de partage de l'allocation.

La retraite complémentaire

Le montant des pensions de retraite de base versées par la sécurité sociale n'étant souvent pas très élevé, des régimes de retraite complémentaire gérés par des caisses de droit privé ont été mis en place.

Depuis 1973, tout salarié cotise obligatoirement à une caisse de retraite complémentaire (ARRCO pour les ouvriers et employés du privé, AGIRC : les cadres y cotisent également).

ORGANISME CHARGE DE L'INSTRUCTION ET DU VERSEMENT

La demande du salarié doit se faire auprès de l'institution de retraite complémentaire de son dernier employeur **ou** auprès du CICAS de son département. Il est nécessaire de produire : un justificatif de son identité (carte d'identité, passeport en cours de validité), en cas d'enfants, une photocopie du livret de famille ou à défaut, une pièce d'identité et un extrait d'acte de naissance du ou des enfant(s), un relevé d'identité bancaire, postal ou autre, son numéro d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

La caisse saisie adresse au demandeur une déclaration complémentaire de carrière. Ce document, où l'intéressé mentionne les noms de ses différents employeurs, permet à la caisse de retrouver tous les organismes auxquels le travailleur a cotisé. La dernière caisse s'adressera aux précédentes.

- Pour les étrangers, la retraite complémentaire n'est pas liée à la régularité du séjour ou à la présence en France de l'intéressé.

Le ressortissant étranger qui réside en France sans titre de séjour, peut bénéficier de la retraite complémentaire (si la retraite complémentaire n'est pas liquidée dans le même temps que la retraite de base – qui nécessite la régularité du séjour - le montant de la retraite complémentaire est toutefois minorée).
Le ressortissant étranger peut également obtenir sa retraite complémentaire du pays d'origine.

LE CALCUL DE LA RETRAITE COMPLEMENTAIRE

- Le calcul de la retraite complémentaire est fonction de la durée d'assurance, tout comme pour la retraite de base versée par la sécurité sociale. La pension de retraite complémentaire peut être demandée à partir de 60 ans. La retraite complémentaire reste fixée à taux plein à 65 ans mais il est possible de la demander à 60 ans et sans minoration par exemple en cas d'inaptitude au travail.

- Une différence existe : les cotisations ne sont pas exprimées en trimestres mais servent à acheter des points de retraite.

- En principe, les caisses envoient chaque année à leurs adhérents un relevé des points acquis dans l'année.

DROITS A UNE PENSION DE REVERSION COMPLEMENTAIRE

L'allocation de réversion Arrco ou Agirc représente 60% de l'allocation de l'assuré décédé.

- Contrairement au régime général, les conditions de versement sont plus souples :
  - Pas de condition de ressources
  - Pas de condition de durée de mariage
  - En revanche : mariage ou divorce des conjoints nécessaire. Et en cas de divorce, nécessaire qu'il n'y ait pas de remariage. Le survivant ne doit pas être remarié.

- Condition d'âge diffère selon le régime Arrco ou Agirc et selon la date du décès.
  - Régime Arrco : le conjoint survivant, âgé de 55 ans, peut obtenir une pension de réversion complémentaire après le décès de l'assuré (en cas de décès intervenu à partir du 1er juillet 1996) et à partir de 50 ans (en cas de décès antérieur au 1er juillet 1996).
  - Régime Agirc : A 60 ans (en cas de décès de l'assuré intervenu à partir du 1er mars 1994) ou 50 ans (en cas de décès avant le 1er mars 1994). Il est possible de la demander à 55 ans mais dans ce cas, la pension de réversion sera minorée, sauf si le conjoint survivant a une pension de réversion du régime de base de la Sécurité sociale ou des régimes agricole ou minier.

- Il n'y a pas de condition d'âge lorsque les conjoints survivants ont deux enfants à charge au moment du décès (enfants doivent avoir moins de 25 ans pour le réversion Arrco, et moins de 21 ans pour la réversion Agirc) et lorsque les conjoints survivants sont invalides.

- Pour obtenir une pension de réversion complémentaire, il n'est pas nécessaire de résider sur le territoire français. Quant au conjoint survivant de nationalité étrangère qui réside en France et qui n'est pas en situation régulière, il peut également prétendre à la réversion de la retraite complémentaire.

Le minimum vieillesse

La personne âgée, qui ne peut prétendre qu'à un avantage vieillesse faible ou nul, a la possibilité de bénéficier de prestations complémentaires.

Ces prestations - dites « non contributives » parce qu'elles sont indépendantes de toute cotisation antérieure de la part du bénéficiaire - assurent à la personne âgée un minimum de moyens d'existence appelé « minimum vieillesse ». Ce minimum vieillesse est une prestation financée par l'impôt.

Pour les nouveaux demandeurs résidant en France, l'ordonnance n° 2004/605 du 24 juin 2004 (modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, n° 2005-1579 du 19/12/2005, art. 76) substitue, aux prestations constitutives du minimum vieillesse (allocation aux vieux travailleurs salariés, allocation spéciale vieillesse, allocation supplémentaire, etc.), une allocation unique appelée allocation de solidarité aux personnes âgées avec des conditions d'obtention plus restrictives.

Cette nouvelle mesure devait entrer en vigueur au plus tard au 1er janvier 2006. En l'absence de décret d'application, un système transitoire est mis en place pour la période du 1er janvier au 30 juin 2006.

Pour les personnes bénéficiaires du minimum vieillesse antérieurement au 1er janvier 2006, l'ancien système perdure.

CONDITIONS GENERALES D'ATTRIBUTION

Ce minimum vieillesse est constitué de deux étages de prestations :

- 1er étage : constitué par un complément de pension ou un substitut de pension à hauteur du montant de l'allocation pour vieux travailleurs salariés (AVTS) évalué à 250,78 € par mois (au 22 février 2006).
- 2e étage : constitué de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse (ex FNS), dont le montant maximum est de :

359,50 € par mois (au 22 février 2006) pour une personne seule
593,23 € par mois (au 22 février 2006) pour un couple

Pour bénéficier du minimum vieillesse, les conditions sont les suivantes :

- Insuffisance de ressources : elles ne doivent pas dépasser un certain plafond. Le plafond annuel de ressources est de :

7500,53 € (au 22 février 2006) pour une personne seule
13137,69 € (au 22 février 2006) pour un ménage

- Être en situation régulière.
- Résider de façon permanente en France sans condition de nationalité.

La demande d'attribution se fait auprès de la Caisse de vieillesse qui vérifiera si les conditions d'octroi sont remplies.

I - LES ALLOCATIONS DE BASE

Elles sont servies aux personnes assurées à un régime vieillesse qui remplissent certaines conditions (voir pour chaque allocation). Elles ne sont attribuées qu'exceptionnellement puisque, depuis la loi du 3 janvier 1975, un seul trimestre d'assurance suffit pour ouvrir droit à une pension vieillesse du régime général.

Elles pourront être majorées dans deux cas et sauf exceptions :

- Pour conjoint à charge s'il n'est pas bénéficiaire d'un avantage de sécurité sociale
- Majoration de 10% de la pension si son titulaire a eu ou élevé au moins trois enfants

A) Les cinq allocations de base

1. L'allocation aux vieux travailleurs salaries (AVTS)

Conditions d'octroi :

- Etre âgé de 65 ans ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail ou de situation assimilée
- Justifier de 5 années d'activité salariée après 50 ans ou 25 années au cours de sa vie professionnelle
- Pour les étrangers, justifier d'une résidence régulière et permanente en France
- Les périodes de chômage, d'incapacité temporaire au titre d'accidents du travail et les périodes de maladie maternité sont assimilées à des périodes de travail.

2. L'allocation aux vieux travailleurs non salaries (AVTNS)

Cette allocation bénéficie à toute personne non salariée des professions artisanale, industrielle ou commerciale si le demandeur a exercé cette activité pendant 25 ans ou à défaut, s'il justifie de 15 ans d'activité professionnelle postérieure à l'obligation de cotiser.

3. Le secours viager

- Allocation de réversion destinée au conjoint d'un assuré décédé ou disparu qui était titulaire de l'AVTS ou AVTNS
- Le conjoint survivant doit avoir au moins 55 ans ou être inapte au travail
- Mariage depuis au moins deux ans (à la date du décès ou de la disparition de l'assuré) sauf si un enfant est issu du mariage

4. L'allocation aux mère de famille

Allocation destinée aux mères de famille, conjointes, veuves, séparées, divorcées d'un salarié, non salarié ou retraité si :

- Elles ne bénéficient pas d'une pension ou d'une retraite en vertu d'un droit propre au titre de la législation de Sécurité Sociale.
- Elles ont élevé au moins cinq enfants pendant au moins neuf années avant qu'ils aient 16 ans.

5. L'allocation simple d'aide sociale (art. L 111-2 et L 231-1 du Code de l'action sociale et des familles) :

C'est une prestation d'aide sociale versée :

- À toute personne âgée de plus de 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail
- Qui ne peut prétendre à aucun avantage vieillesse.
- À tout étranger s'il prouve une résidence interrompue de 15 ans sur le territoire français avant l'âge de 70 ans.

La demande se fait auprès du centre communal d'action social du lieu de résidence.

B) La majoration de pension (article L 814-2 CSS)

C'est un complément de pension accordé aux personnes assurées à un régime de vieillesse mais qui perçoivent des droits à pension (direct ou à réversion) trop faibles parce qu'ils n'ont pas suffisamment cotisé.
Cette majoration porte le montant de la pension au niveau de l'AVTS et les conditions d'âge et de ressources sont les mêmes (voir l'AVTS).
Les personnes ne résidant pas en France peuvent en bénéficier, de même que les personnes qui résident en France de façon irrégulière et qui ont une pension d'un montant inférieur à celui de l'AVTS.

C) L'allocation spéciale vieillesse

Cette allocation est attribuée aux personnes :

- ne pouvant prétendre à aucun avantage vieillesse
- âgées de plus de 65 ans **ou** entre 60 et 65 ans en cas d'inaptitude au travail
- résidant de façon en régulière et permanente en France

La demande d'attribution se fait auprès des services de la mairie du domicile de l'intéressé qui délivrent un formulaire à remplir devant être accompagné d'une déclaration sur l'honneur. Les services de la mairie complètent ce formulaire adressé à la préfecture. La décision est prise par la Caisse des Dépôts et Consignations de Bordeaux.

En cas de refus, un recours est possible d'abord devant le directeur général de cette caisse ensuite devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale (voir fiche sur les recours contentieux).

II - L'ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE

L'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse est prévue aux articles L 815-2 et L 815-5 du CSS.
Elle est destinée à améliorer les ressources des personnes âgées qui ne perçoivent qu'une faible pension.

Conditions d'octroi :

- Être titulaire d'une pension de retraite faible versée par un organisme français de sécurité sociale (CNAV, CRAM, Mutuelle Sociale Agricole).
- Être âgé de 65 ans **ou** de 60 ans en cas d'inaptitude au travail ou de situation assimilée
- Résider en France de manière habituelle et régulière. Sur ce point, la cour de cassation, dans un arrêt du 2 novembre 2004, a considéré que l'allocation supplémentaire doit être versée en cas de séjour temporaire du bénéficiaire étranger dans son pays d'origine, l'intéressé ne faisant qu'exercer sa liberté d'aller et de venir.

L'allocation supplémentaire n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé (et du conjoint si le bénéficiaire est marié) n'excède pas un plafond de ressources fixé par décret (art L 815-8 du CSS), évalué à :

7500,53 € /an, soit 625,04 €/mois (au 22 février 2006) pour une personne seule
13137,69 € /an, soit 1094,80 €/mois (au 22 février 2006) pour un ménage

Montant maximal de cette allocation, fixé par décret (art L 815-4 du CSS) :

359,50 € /mois (au 22 février 2006) pour une personne seule
593,23 € /mois (au 22 février 2006) pour un ménage

L'ALLOCATION DE SOLIDARITE AUX PERSONNES AGEES

L'allocation sera uniquement versée aux personnes âgées sous conditions : d'âge (65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail ou de situation assimilée), de ressources (qui prendront en compte les ressources des conjoints, concubins ou partenaires d'un PACS) et de résidence régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer (art. L 815-1 nouveau du CSS).

Dans l'attente de décrets précisant les modalités d'attribution et de service de cette allocation, des mesures transitoires sont mises en place pour une période allant du 1er janvier au 30 juin 2006 (lettre ministérielle du 20 décembre 2005 et instructions CNAV n° 2005/17 du 23/12/05). Les anciennes allocations constitutives du minimum vieillesse (cf. infra) sont susceptibles de bénéficier aux nouveaux demandeurs, avec une entrée en jouissance postérieure au 31 décembre 2005, uniquement s'ils résident en France (métropole et DOM).

La majoration de pension ou le complément de pension (CSS, art. L814-2) ne sera ainsi plus versée aux personnes, âgées de plus de 65 ans ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail, ne résidant plus en France.

En outre, le nouveau bénéficiaire étranger devra également être en situation régulière conformément aux dispositions des articles L 262-9 et L 262-9-1 du CASF (loi de financement pour la sécurité sociale pour 2006) et donc :

- Être titulaire d'une carte de résident

ou

- Être titulaire d'une carte de séjour temporaire d'un an ouvrant droit au travail (mention « vie privée et familiale », « salarié », etc.) et avoir séjourné de façon régulière et ininterrompue en France depuis 5 ans sous couvert d'un tel titre de séjour ouvrant droit au travail (ou 3 ans pour certains pays du fait de l'existence d'une convention bilatérale antérieure au 27 novembre 2003).

Le nouveau bénéficiaire étranger, en situation irrégulière en France, pourra donc désormais uniquement prétendre à l'allocation simple d'aide sociale, s'il en remplit les conditions.

- V -

LES CONTENTIEUX EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE

V - LES CONTENTIEUX EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE

En matière de protection sociale, il existe différents contentieux qui ont des règles et des juridictions propres :

- Le contentieux général de la Sécurité Sociale
- Les contentieux spéciaux
- Le contentieux de l'aide sociale et de l'aide sociale à l'enfance
- Le contentieux sur les allocations chômage (ne fait pas ici l'objet d'un développement)

Il existe aussi des litiges annexes relatifs à la protection sociale qui se règlent devant les juridictions de droit commun, civiles, pénales et administratives.

En cas d'échec devant les juridictions françaises, il est possible de saisir les juridictions européennes ou internationales lorsque la question porte atteinte aux engagements internationaux souscrits. Exemple : saisine de la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

L'accès au contentieux en matière de protection sociale est en principe gratuit puisque le ministère d'avocat n'est pas obligatoire.

Néanmoins, lorsque l'assuré souhaite avoir l'assistance d'un avocat et qu'il n'a pas de ressources suffisantes, il peut solliciter l'aide juridictionnelle. Cette demande se fait au Bureau d'aide juridictionnelle (BAJ), situé dans le ressort du TGI du domicile du demandeur.

Si l'intéressé n'est pas représenté par un avocat, il doit signer lui-même le recours et se présenter en personne aux audiences. Il peut aussi se faire représenter par une personne habilitée (article R 142-20 du code de sécurité sociale) :

- Le conjoint, un ascendant ou descendant en ligne directe
- Un travailleur salarié, un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession que l'assuré
- Un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés et d'employeurs
- Un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives
- A l'exception de l'avocat, les personnes qui représentent ou assistent les parties doivent être munies d'un mandat écrit.

La procédure est contradictoire : les parties sont convoquées et donnent leur position à l'audience. Elles peuvent déposer des conclusions écrites pour soutenir et développer leurs arguments.
Dans chaque procédure, il convient de demander le remboursement des frais occasionnés par la procédure, les frais de déplacements et d'avocat éventuel, qui peuvent être mis à la charge de l'autre partie par le juge, conformément à l'article 700 du NCPC.

Il est très important de respecter les délais de recours. Ces délais doivent en principe figurer sur la décision rendue. La non mention des délais laisse à l'intéressé les voies de recours définitivement ouvertes.

Si la décision est implicite c'est-à-dire que la caisse ou l'organisme n'a pas répondu dans le délai imparti, un recours peut être intenté dans les 2 mois qui suivent cette période de silence de l'administration (voir le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001, les délais de refus implicite étant différents pour chaque prestation).

- Le non respect de ces délais rend ce recours irrecevable.

N.B. : *Toutes les actions relatives au contentieux en matière de protection sociale se prescrivent par deux ans.*

Le contentieux général de la Sécurité Sociale

Il traite de tous les litiges qui concernent les régimes légaux de sécurité sociale. A titre principal, ce sont les litiges relatifs :

- à l'affiliation dans un régime de base de sécurité sociale (C.M.U. notamment)
  - les conditions d'immatriculation
  - la contestation de l'affiliation
- aux cotisations de sécurité sociale, assiette, retard, recouvrement et procédures collectives
- aux litiges en matière de prestations (Exemple : refus de versement en raison de la qualité du titre de séjour, de la résidence ou non en France….)
- aux actions fondées sur la violation de la législation en matière de Sécurité Sociale
- aux accidents du travail, caractère professionnel de l'accident, faute inexcusable, consolidation.

Le contentieux de la Sécurité Sociale comporte deux phases :

- la procédure gracieuse
- la procédure contentieuse

1. Procédure gracieuse : la Commission de Recours Amiable

Cette saisine est obligatoire pour pouvoir saisir le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, à l'exception des contestations relatives à l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse ou invalidité (FSV et FSI) pour lesquelles la saisine du TASS est directe.

La Commission de Recours Amiable (CRA) est un organisme paritaire. Elle doit être saisie dans un délai de **deux mois** à compter de la notification de la décision. La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai.

Le recours doit être adressé au Président de la CRA au siège de l'organisme concerné.

Le recours doit être formé par l'assuré ou l'un de ses ayant droits ou par l'avocat s'il en a un.
Il est préférable d'adresser ce recours par LRAR.

La procédure est informelle : l'assuré ne peut exiger d'être entendu mais la Commission peut demander à l'entendre.

Si la décision de la CRA est notifiée à l'assuré, elle doit l'être dans un délai d'**un mois** et doit être motivée.
Si la CRA n'a pas rendu sa décision au bout d'un mois (ce qui est le plus souvent le cas en pratique), c'est que la demande est rejetée et aucune forme n'est imposée pour la notification de la décision. L'intéressé peut donc se pourvoir devant le TASS.

Deux voies de recours sont possibles :

- Le recours devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale. L'intéressé dispose d'un délai de **deux mois** pour saisir le Tribunal, que la décision soit notifiée ou non.
- Toutes les décisions de la CRA sont soumises au contrôle de l'autorité de tutelle qu'est le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales. De ce fait, le recours pour excès de pouvoir est possible contre la décision de ce dernier devant le Tribunal Administratif (2 mois également).

2. Procédure contentieuse : le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

La décision de la CRA est contestée devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS).

Dans cette juridiction, le Président est assisté de deux assesseurs, l'un représentant les salariés, l'autre représentant les employeurs et travailleurs indépendants (désignés pour 3 ans par le Président de la Cour d'Appel). Il y a un TASS dans le ressort de chaque Tribunal de Grande Instance (en général le département).
Le Tribunal compétent dépend :
(Décret n° 2003-614 du 3 juillet 2003 art. 1 Journal Officiel du 5 Juillet 2003).

- de manière générale, du domicile du bénéficiaire
- si le demandeur ne demeure pas en France, le tribunal compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de sécurité sociale ou de mutualité sociale agricole, dont relève ou relevait le demandeur a son siège
- en cas d'accident de travail, le litige peut être porté devant le tribunal du lieu de l'accident
- si l'accident a entraîné la mort, le tribunal est celui du domicile de l'accidenté
- pour les litiges relatifs à l'affiliation ou aux cotisations des salariés, le tribunal est celui du siège de l'employeur

Le TASS doit être saisi dans un délai de **deux mois** à compter :

▶ de la date de notification de la décision de la C R A,

▶ de l'expiration du délai d'un mois suivant la saisine de la CRA, la non réponse donnant lieu à une décision implicite de rejet.

Le TASS est saisi par une simple requête déposée au greffe du Tribunal ou par un courrier recommandé avec accusé réception (LRAR) adressé au Secrétariat-Greffe.

Les parties sont convoquées par lettre recommandée avec avis de réception quinze jours au moins avant la date d'audience. Une copie est envoyée le même jour par lettre simple.

Si la lettre recommandée n'a pas touché le destinataire, le Président ordonne une nouvelle convocation. Si le destinataire n'a pas reçu la deuxième convocation, le Président ordonne une citation par voie d'huissier. En cas d'absence de l'une des parties, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise par le greffe, d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

Le jugement rendu doit est motivé, il est notifié par courrier recommandé aux parties et à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Le tribunal peut ordonner l'exécution provisoire du jugement, c'est-à-dire que le jugement doit être exécuté, même en cas d'appel.

▶ En cas d'urgence, il existe une procédure de référé devant le TASS :

- Le Président peut dans la limite de sa compétence ordonner toute mesure qui ne se heurte pas à une contestation sérieuse, par exemple : limiter le montant d'une saisie sur les prestations familiales
- Il peut prescrire des mesures conservatoires ou de remises en état qui s'imposent pour prévenir un dommage imminent ou pour faire cesser un trouble manifestement illicite
- Il peut également accorder une provision à un créancier si l'existence de la créance n'est pas contestable

Les voies de recours contre le jugement du tass

1 - L'appel

▶ On ne peut saisir la Cour d'appel du litige que si le montant est supérieur à 4000 €.

Les autres litiges sont jugés en dernier ressort. Ils ne peuvent faire l'objet que d'un pourvoi en cassation.
L'appel doit être formé dans le délai d'**un mois** à compter de la notification par lettre recommandée du jugement.
L'appel est formé par une déclaration que la partie ou tout mandataire fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la cour.
Cette déclaration doit être accompagnée de **la copie de la décision.**

Devant la Cour d'Appel, la personne doit se présenter en personne **ou** se faire représenter par l'une des personnes habilitées, conformément à l'article R 142-20 du code de la sécurité sociale (voir liste infra, p. 50). Il est recommandé de déposer des conclusions écrites faisant valoir les points de droit soulevés.

L'arrêt est notifié aux parties. Il est exécutoire de plein droit même si la partie perdante se pourvoit en cassation.

2 - Le pourvoi en cassation

(Ordonnance n° 2005-656 du 8 juin 2005, art. 5 a, Journal Officiel du 9 juin 2005 entré en vigueur le 1er octobre 2005)

▶ Le ministère d'avocat est obligatoire devant la Cour de Cassation

Les affaires de sécurité sociale relève de la Chambre Sociale.
Le pourvoi doit être formé dans un délai de **deux mois** à compter de la notification de la décision du TASS ou de la Cour d'Appel auprès du Greffe de la Cour de Cassation.

La Cour de Cassation juge en droit, elle ne juge pas les faits. Deux types de décisions peuvent être rendues :

▶ Si la Cour rejette le pourvoi comme non fondé en droit, la décision contestée devient définitive.

▶ Si la Cour casse, elle renvoie devant une autre Cour d'Appel ou devant un TASS et la partie perdante doit saisir la cour ou le tribunal indiqué par la Cour de Cassation.

Le pourvoi en cassation étant le dernier recours au niveau interne, il est ensuite possible d'aller devant les juridictions internationales ou européennes pour contester la violation, s'il y a, des engagements internationaux.

Les contentieux spéciaux

Il existe trois types de contentieux :

- Le contentieux du contrôle médical
- Le contentieux de l'expertise médicale
- Le contentieux technique

Le contentieux du contrôle médical

Il concerne les fautes et autres faits relatifs à l'exercice de la profession au regard de l'assurance maladie (attestations de complaisance, abus de prescriptions, etc..). N'entrant pas dans le cadre de ces fiches, il ne sera pas traité.

Le contentieux de l'expertise médicale

Cette procédure est ouverte à l'assuré qui conteste une décision d'ordre médical (notamment l'état du malade ou l'état de la victime, la date de consolidation en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle). Elle peut également être initiée par la CPAM ou la juridiction saisie durant l'instance.

Les contestations mentionnées à l'article L. 141-1 du Code la Sécurité Sociale sont soumises à un médecin expert, désigné d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin-conseil, ou à défaut d'accord dans le délai d'**un mois** à compter de la contestation, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

L'assuré adresse une demande écrite par lettre recommandée avec avis de réception dans le délai d'**un mois** à compter de la notification de la décision contestée à sa Caisse. Il précise l'objet de la contestation en indiquant le nom et l'adresse de son médecin traitant.

Dès qu'elle est informée de la désignation du médecin expert, la Caisse établit un protocole mentionnant obligatoirement :

- L'avis du médecin traitant
- L'avis du médecin-conseil
- Si la procédure est demandée par l'assuré, les motifs invoqués à l'appui de sa demande.
- La mission confiée à l'expert

Le médecin expert informe immédiatement le malade ou la victime des lieux, date et heure de l'examen. Il procède à l'examen dans les cinq jours suivant la réception du protocole. Il établit des conclusions motivées en double exemplaire qu'il adresse dans **un minimum de quarante huit heures** aux intéressés.

La Caisse doit adresser une copie intégrale du rapport et la notifier au malade ou à son médecin traitant puis elle doit prendre une décision dans un **délai maximum de quinze jours.** Elle est exécutoire par provision. Elle peut faire l'objet d'une contestation devant le TASS.

Le contentieux technique

1 - Le contentieux de l'incapacité de travail, de l'inaptitude et de l'invalidité

En cas de désaccord avec la décision de la CPAM, la victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle peut saisir soit :

- Directement le Tribunal de l'Incapacité (art. 434-35 du Code de la Sécurité Sociale) **ou**
- La Commission de Recours Amiable de la C.P.A.M.. La saisine de cette dernière conserve les délais du recours contentieux.

En ce qui concerne les personnes handicapées, il est prévu une procédure de conciliation et un recours contentieux.

- La conciliation

Une procédure facultative de conciliation est instituée en amont des voies de recours contentieux. Ainsi, lorsqu'une personne handicapée estime qu'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées méconnaît ses droits, elle peut demander l'intervention d'une personne qualifiée (pour faciliter la mise en œuvre des droits et sans préjudice des voies de recours existantes, une personne référente est désignée au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées) chargée de proposer des mesures de conciliation. **Les délais de recours contentieux se trouvent alors suspendus durant la procédure de conciliation.**

- Le recours contentieux

a) Les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peuvent faire l'objet d'un recours **devant le tribunal du contentieux de l'incapacité**. Ce recours, ouvert à toute personne et à tout organisme intéressé, **est dépourvu d'effet suspensif**, sauf lorsqu'il est intenté par la personne handicapée ou son représentant légal à l'encontre des décisions relevant de la désignation des établissements ou les services correspondant aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent ou concourant à la rééducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé.

La commission départementale des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés **est supprimée**.

Le secrétariat du Tribunal a son siège auprès de la Direction Régionale des Affaires de Sécurité Sociale.
Il est conseillé d'adresser le recours par **lettre recommandée avec avis de réception**.

Le Tribunal notifie sa décision à l'assuré dans un délai de **quinze jours** par lettre recommandée à chacune des parties. La notification porte mention des délais et des voies de recours. La décision du tribunal du contentieux de l'incapacité n'est pas susceptible d'opposition.

Cette décision est susceptible d'**appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents de travail.** L'appel est suspensif.

L'appel doit être formé dans le délai d'**un mois** à compter de la notification de la décision du Tribunal du contentieux de l'incapacité.
Le recours doit être adressé au secrétariat de la Cour dont le siège est BP 2617 – Amiens 80000, de préférence par lettre recommandée ou par fax.

Les contentieux spéciaux

Devant le tribunal du contentieux de l'incapacité et la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, les parties se défendent elles-mêmes. Les avocats, peuvent également assister ou représenter les parties :

Le représentant doit, s'il n'est pas avocat ou avoué, justifier d'un pouvoir spécial. Ce peut être :

- le conjoint ou un ascendant ou descendant en ligne directe ;
- suivant le cas, un travailleur salarié ou un employeur ou un travailleur indépendant exerçant la même profession, un représentant qualifié des organisations syndicales de salariés ou d'employeurs ;
- un administrateur ou un employé de l'organisme partie à l'instance ou un employé d'un autre organisme de sécurité sociale ;
- un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives.

La décision est susceptible d'**un pourvoi en cassation avec ministère d'avocat obligatoire.**

b) Lorsqu'il s'agit des décisions concernant l'orientation et les mesures relatives à l'insertion professionnelle et sociale d'une personne handicapée adulte et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, le recours est porté devant le **Tribunal Administratif.**

2 - Le contentieux de la tarification des accidents de travail

En cas de contestation de la tarification de l'assurance des accidents de travail, il est possible d'exercer un recours gracieux ou de saisir la Cour Nationale de l'Incapacité. (cf. infra)

La cour peut être saisie **dans le délai d'un mois** à compter de la notification de la décision contestée. Elle juge en premier ressort et peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation dans un **délai de deux mois** à compter de la notification.

Les recours sont établis en triple exemplaires. Le secrétariat de la Cour transmet l'un des exemplaires des recours et des mémoires à la partie adverse et l'invite à présenter, sous forme de mémoire, ses observations écrites dans un délai de vingt jours.

Le contentieux de l'aide sociale

✓ *Il est à noter que tous les recours sont dispensés du ministère d'avocat. Il est cependant possible de demander l'assistance d'un avocat auprès des bureaux d'aide juridictionnelle, situés au sein des TGI.*

Il existe deux types de recours :

- ▶ Les recours en matière d'aide sociale
- ▶ Les recours en matière d'aide sociale à l'enfance

1 - Les recours en matière d'aide sociale

Il a été vu précédemment qu'il est possible de demander des aides comme: l'aide médicale, l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées auprès d'un centre départemental d'aide sociale.

Si ces aides sont refusées, elles peuvent faire l'objet d'un recours devant **la Commission Départementale d'Aide Sociale**.

a) Le recours devant la commission départementale d'aide sociale

Dans le délai de **deux mois** à partir de la date de la notification de la décision, la personne adresse une lettre recommandée à la Commission qui siège au chef lieu du département.

L'intéressé peut demander à être entendu par la Commission et se faire accompagner de la personne ou d'un représentant d'un organisme de son choix.
Il est à noter que le contentieux relatif à l'attribution des droits **en matière de CMU complémentaire relève des commissions départementales d'aide sociale.**

Le ministre chargé de l'action sociale peut attaquer directement devant la commission centrale toute décision prise par les commissions départementales (ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 **qui entrera en vigueur le 1er janvier 2007**)

b) Le recours devant la commission centrale d'aide sociale

La décision de la Commission départementale d'aide sociale peut être contestée devant la Commission Centrale d'aide sociale dans un **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision.

Le demandeur peut être entendu et se faire accompagner de la personne ou d'un représentant de l'organisme de son choix.

L'appel contre la décision de la commission départementale **est suspensif**, dans les cas où cette décision prononce l'admission au bénéfice de l'aide sociale aux personnes âgées ou aux personnes handicapées d'une personne à laquelle cette admission aurait été refusée par suite d'une décision de la commission départementale d'aide sociale (**ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2007**). Les dispositions du présent article doivent entrer en vigueur le 1er janvier 2007 et doivent s'appliquer aux nouvelles demandes déposées à compter de cette date et à celles qui n'ont pas fait l'objet d'une décision à cette même date.

c) Le recours devant le Conseil d'État

Il est possible de former un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat contre la décision de la Commission Centrale d'aide sociale. Il doit être introduit dans le **délai de deux mois** à compter de la notification de la décision. **Ce pourvoi est dispensé du ministère d'avocat.**

2 - Les recours relatifs à l'aide sociale à l'enfance

Les recours concernant l'aide sociale à l'enfance sont **soumis aux règles du droit administratif.**

Pour contester les décisions prises par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), l'intéressé peut intenter :

- un recours administratif,
- un recours contentieux,
- un recours administratif suivi d'un recours contentieux

▶ **Recours administratif**

- Recours gracieux : consiste pour l'intéressé à demander à l'autorité qui a pris la décision de reconsidérer sa décision.
- Recours hiérarchique : consiste à saisir l'autorité supérieure, c'est-à-dire en l'espèce, le Président du Conseil Général, d'une demande d'annulation de la décision prise par l'autorité subordonnée.

Ces recours ne sont enfermés dans aucun délai.

Toutefois, si l'**intéressé souhaite ensuite introduire un recours contentieux**, le **recours administratif** (gracieux ou hiérarchique) **doit être formé dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.**

▶ **Recours contentieux**

Il est possible de saisir le Tribunal Administratif du refus du service de l'ASE dans un **délai de deux mois** à compter :

- de la notification de la décision initiale du service de l'ASE (décision explicite)
- du refus opposé au recours gracieux ou hiérarchique (qu'il soit implicite ou explicite)

Le jugement du tribunal administratif est **susceptible d'appel devant la Cour Administrative d'Appel.**

L'arrêt de la Cour d'Appel Administrative est **susceptible d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat.**

- VI -

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

VI - ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AAH : Allocation adulte handicapé
ACTP : Allocation compensatrice tierce personne
AES : Allocation d'éducation spéciale
AGEFIPH : Agence pour la Formation et l'Insertion Professionnelle des Handicapés
ART : Article
ASV : Allocation spéciale vieillesse
CA : Cour d'Appel
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CASS SOC : Cour de Cassation, chambre sociale
CCAS : Commission Centrale d'Aide Sociale
CDAS : Commission Départementale d'Aide Sociale
CDES : Commission Départementale de l'Education Spéciale
CFAS : Code de la Famille et de l'Action Sociale
CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRA : Commission de Recours Amiable
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRRMP : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CSS : Code de la Sécurité Sociale
D : Décret
DAS : Direction de l'Action Sociale
DASES : Direction de l'Action Sociale de l'Enfance et de la Santé (Paris)
FSI : Fonds de solidarité invalidité
FSV : Fonds de solidarité vieillesse
GRPH : Garantie de Ressources des Personnes Handicapées
IPP : Incapacité Physique Permanente
LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MVA : Majoration pour la Vie Autonome
OIT : Organisation Internationale du Travail
TA : Tribunal Administratif
TASS : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale
TGI : Tribunal de Grande Instance

- VII -

ADRESSES UTILES

ASSOCIATIONS

APF (Association des Paralysés de France)
17, boulevard Blanqui
75013 PARIS
Tél. 01 40 78 69 00 - Fax : 01 45 89 40 57
@ : www.apf.asso.fr

ASSFAM (Association Service Social Familial Migrants)
5, rue Saulnier
75009 PARIS
Tél. 01 45 23 14 28 - Fax : 01 42 46 50 97

CAFE SOCIAL
7 rue de Pali Kao
75020 PARIS
Tél. 01.40.09.16.02

COMEDE (Comité Médical pour les Exilés)
87, rue Général Leclerc - B.P.31
94272 LE KREMLIN BICETRE Cedex
Tél. 01.45.21.38.40 - Fax : 01 45 21 38 41
@ : www.comede.org

FNATH Ile-de-France (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés)
11, rue du Chemin Vert – B.P 419
75527 PARIS Cedex 11
Tél. 01 49 23 84 00 - Fax : 01 47 00 94 82

Antenne Nationale
38 boulevard Saint Jacques
75014 PARIS
Tél. 01.45.35.00.77

GISTI (Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés)
3, villa Marcès
75011 PARIS
Tél. 01 43 14 60 66 - Fax : 01 43 14 60 69
@ : www.gisti.org

MDM (Médecins du Monde)
62, rue Marcadet
75018 PARIS
Tél. 01 44 92 15 15 - Fax : 01 44 92 99 92

Centre d'accueil, de soins gratuits et d'orientation
62 B avenue Parmentier
75011 PARIS
Tél. 01.43.14.81.81
@ : medecinsdumonde.org

Association de Solidarité avec les Familles Migrantes Âgées
115 rue Duhesme
75018 PARIS
Tél. 01.42.54.83.46

PERMANENCES D'ACCES AU DROIT

Point d'Accès au Droit (PAD) du 18e
25 rue de Stephenson
75018 PARIS
Tél. 01.53.41.86.60 - Fax : 01.42.62.79.81

Point Paris Emeraude (un par arrondissement)
1er, 2e, 3e et 4e arrondissements
24 rue Saint Roch
75001 PARIS

Centre d'Action Sociale (un par arrondissement)
Mairie du 1er
4 Place du Louvre
Tél. 01.44.50.76.36

ORGANISMES REGIONAUX DE SECURITE SOCIALE (ILE-DE-FRANCE)

CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales)
32, avenue Sibelle
75014 PARIS
Tél. 01 45 65 53 77

CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)
50, avenue Prof André Lemierre
75986 PARIS Cedex 20
Tél. 01 72.60.10.00 - Fax : 01.72.60.10.10

CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse)
110, avenue de Flandre
75951 PARIS Cedex 19
Tél. 01 55 45 50 00
@ : www.cnav.fr

CRAMIF (Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France)
17/19, rue de Flandre
75954 PARIS Cedex 19
Tél. 01 40 05 32 64 - Fax : 01 40 34 24 41
@ : www.cramif.fr

DRASSIF (Direction Régionale des Affaires sanitaire et sociales d'Ile de France)
58/62, rue Mouzaïa
75935 PARIS CEDEX 19
Tél. 01 44 84 22 22
@ : www.ile-de-France.sante.gouv.fr

Maison Départementale des Personnes Handicapées
(ex COTOREP - Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel)
204 Quai Jemmapes - B.P 11
75483 PARIS CEDEX 10
Tél. 01 44 84 41 78 / 57 / 52

ARRCO (retraite complémentaire des salariés)
16 rue Jules César
75012 PARIS
Tél. 01.71.72.12.00
@ : www.arrco.fr

AGIRC (retraite complémentaire des cadres)
16 rue Jules César
75012 PARIS
Tél. 01.71.72.12.00
@ : www.agirc.fr

JURIDICTIONS

▽ CONTENTIEUX GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

TASS de Paris (Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale)
Immeuble le Brabant
11 rue de Cambrai
75019 PARIS
Tél. 01 44 32 70 13
(Pour les autres départements, se renseigner auprès de la mairie du domicile)

Cour d'Appel de Paris
Palais de Justice
4, boulevard du Palais
75001 PARIS
Tél. 01 44 32 52 52
(Pour les autres départements, se renseigner auprès de la mairie du domicile)

Cour de Cassation
4, boulevard du Palais
75001 PARIS Cedex 01
Tél. 01 44 32 50 50 / 88 00

▽ CONTENTIEUX TECHNIQUE

TCI d'Ile-de-France (Tribunal du Contentieux de l'Incapacité)
DRASS d'Ile-de-France
58, rue Mouzaïa
75019 PARIS
Tél. 01 44 84 22 22

CNI (Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des Accidents de Travail)
5, port Aval - B.P. 2617
80026 AMIENS Cedex 1
Tél. 03 22 71 21 00 - Fax : 03.22.91.32.88

Tribunal Administratif de Paris
7 rue de Jouy
75004 PARIS
Tél. 01.44.59.44.00 - Fax : 01.44.59.46.46

▽ CONTENTIEUX DE L'AIDE SOCIALE

Commission Départementale d'Aide sociale de Paris
DDASS de Paris
75, rue Tocqueville
75850 PARIS Cedex 17
Tél. 01 58 57 11 00 - Fax : 01 58 57 11 44

(Pour les autres départements, se renseigner auprès de la mairie du domicile)

Commission Centrale d'Aide Sociale (CASS)
Près le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
14, avenue Duquesne – B.P 555
75350 PARIS Cedex 07 SP

Conseil d'Etat
1, place du Palais Royal
75100 PARIS SP
Tél. 01 40 20 80 00

Collectif des Accidentés du Travail, handicapés et Retraités pour l'Égalité des Droits

20, boulevard Voltaire - 75011 Paris - Tél. 01 40 21 38 11 - Télécopie : 01 40 21 01 67
Courriel : asso.catred@wanadoo.fr - Adresse Internet : www.catred.org

Imp. ??? - ??, ??? - 75000 Paris - 09/06 - ISBN 2-9517551-3-9 Dépôt légal : 3e trimestre 2006 - *Reproduction interdite*