



A F D

LEGISLATION ET DIABETE



ASSOCIATION FRANÇAISE DES DIABETIQUES

58, rue Alexandre Dumas – 75544 PARIS Cedex 11 - ☎ : 01 40 09 24 25 – Fax : 01 40 09 20 30

E-mail : afdsiege@noos.fr - Site : www.afd.asso.fr

SOMMAIRE

I L'ENFANT DIABETIQUE

- L'école : les textes p. 4
- La maternelle : le primaire, le collège et le lycée..... p. 9
- Les classes transplantées..... p. 12
- La restauration scolaire..... p. 13
- Les conseils pratiques / Au plan social..... p. 14
- L'orientation professionnelle..... p. 16
- Le service national..... p. 20

II L'ADULTE DIABETIQUE ET LA VIE PROFESSIONNELLE

- L'embauche..... p. 23
- Le rôle de la médecine du travail..... p. 27
- Reconversion professionnelle..... p. 32

III L'ARRET DE TRAVAIL

- L'arrêt maladie..... p. 37
- L'invalidité..... p. 43
- La retraite..... p. 49

IV DIABET ET VIE SOCIALE

a) DANS TOUS LES CAS :

- Le permis de conduire..... p. 55
- Les assurances..... p. 59
- Les services de télé assistance..... p. 62
- Les impôts..... p. 63

b) QUAND LE DIABETE SE COMPLIQUE :

- La carte d'invalidité..... p. 67
- L'allocation adulte handicapé..... p. 69
- Le Complément d'autonomie..... p. 71
- L'allocation compensatrice..... p. 72
- L'allocation personnalisée d'autonomie..... p. 74

V DIABETE ET SECURITE SOCIALE

- La prise en charge à 100 %..... p. 77
- Le vaccin contre la grippe..... p. 82
- Les cures thermales..... p. 83
- Les frais de transport..... p. 85
- La couverture maladie universelle (C.M.U.)..... p. 87

L'ENFANT DIABETIQUE

- L'école : les textes
- La maternelle : le primaire, le collège et le lycée
- Les classes transplantées
- La restauration scolaire
- Les conseils pratiques / Au plan social
- L'orientation professionnelle
- Le service national

L'ECOLE

Ce n'est jamais sans appréhension que les parents d'un jeune diabétique envisagent la scolarité de leur enfant.

Il en est de même pour les directeurs (directrices) d'écoles maternelles ou primaires et les chefs d'établissements du second degré qui doivent accueillir ces enfants.

La maladie provoque de l'angoisse, liée aux accidents possibles et aux responsabilités qu'il faudra assumer.

La meilleure prévention pour éviter un refus ou des difficultés pour l'enfant est d'être bien averti pour informer les autres afin de dédramatiser la situation en apportant des éléments de connaissances médicales et en sécurisant enseignants et chefs d'établissements par la mise en place de mesures de prévention des incidents possibles. (voir le chapitre CONSEILS PRATIQUES).

Les textes législatifs en vigueur permettent l'inscription des enfants mais il est souvent souhaitable de faire appel au service de médecine scolaire .

LES TEXTES

Le principe de l'admission à l'école des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé a été posé dès 1963, et des modalités concrètes ont depuis régulièrement été mises en place, pour faciliter leur scolarisation.

LA CIRCULAIRE DU 22 JUILLET 1993 est abrogée et remplacée par :

LA CIRCULAIRE n°99-181 du 10/11/1999 :

Cette circulaire a été adressée aux recteurs d'académie, aux inspecteurs d'académie, aux inspecteurs de l'Éducation Nationale, aux chefs d'établissements, aux directeurs d'école.

Elle rappelle que « *conformément à la loi d'orientation du 10 juillet 1989, il est essentiel que l'école remplisse au mieux sa mission d'accueil et d'éducation des élèves en difficulté, et en particulier, des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé* », dont les diabétiques.

Les mesures prévues par ce nouveau dispositif ont « *pour but d'harmoniser les conditions d'accueil à l'école des enfants atteints de maladie chronique,..... en*

proposant à la communauté éducative un cadre et des outils susceptibles de répondre à la multiplicité des situations individuelles ».

Cinq points essentiels sont précisés :

- la possibilité de manger à la cantine avec un panier repas préparé par la famille ou avec un repas respectant le régime alimentaire
- la possibilité de prendre des médicaments par voie orale, inhalée, et par auto-injection en cas d'urgence
- le renforcement du secret médical et du secret professionnel
- les dispositions pour la mise en place des soins d'urgence
- le développement de l'information.

L'ACCUEIL d'un enfant diabétique doit être le fruit d'une démarche concertée entre les parents, éventuellement le médecin traitant, le médecin scolaire et l'équipe éducative.

C'est le médecin scolaire qui détermine l'aptitude de l'enfant à suivre une scolarité ordinaire et donne son avis sur les aménagements particuliers susceptibles d'être mis en place.

LE PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ est un document écrit qui sera mis au point à la demande de la famille par le directeur d'école ou le chef d'établissement en concertation avec le médecin scolaire, à partir des besoins thérapeutiques précisés dans une ordonnance signée du médecin traitant et mis à jour en fonction de l'évolution de la maladie.

Ce document organisera les modalités particulières de la vie quotidienne à l'école et fixera les conditions d'intervention des partenaires.

Il définira les adaptations nécessaires à la scolarité de l'élève, notamment les conditions de prise des repas, les interventions médicales, paramédicales ou de soutien, les aménagements d'horaires éventuels.

Le PAI précisera comment, en cas de période d'hospitalisation ou de maintien à domicile, les enseignants de l'école ou de l'établissement d'origine veilleront à assurer le suivi de la scolarité.

LES AMÉNAGEMENTS

➤ La restauration collective : le régime alimentaire éventuel doit être défini dans le PAI.

Soit les services de restauration fourniront des repas adaptés, en application des recommandations du médecin traitant (pour le premier degré, il conviendra d'associer la commune au PAI.)

Soit l'enfant pourra consommer, dans les locaux de la restauration scolaire, le repas fourni par la famille, en respectant les règles d'hygiène et de sécurité. Les boîtes à provision seront autorisées sous réserve d'un contrôle strict et régulier de leur contenu ; il conviendra de veiller à la conservation de ces repas.

➤ Le traitement médical : la circulaire précise « *qu'il est nécessaire que l'école apporte son concours aux parents pour l'exécution des ordonnances médicales prescrivant un traitement oral ou inhalé ou par auto-injection.. C'est dans un climat d'échange et de confiance que les personnels peuvent eux-mêmes donner, lorsque*

la famille le demande, et sur prescription médicale, des médicaments aux enfants en cours de traitement. En tout état de cause, il appartient au médecin traitant, en liaison avec le médecin de l'éducation nationale, de décider si la prise d'un médicament, même en cas d'urgence, nécessite exclusivement l'intervention d'un auxiliaire médical ou d'un médecin.

En situation d'urgence, dans le cas où le protocole de soins d'urgence établi conjointement par le médecin prescripteur et le médecin de l'éducation nationale préconise une injection, celle-ci doit pouvoir être pratiquée à tout moment selon les instructions médicales précises reprises dans le projet d'accueil individualisé ».

➤ Il est rappelé par ailleurs l'obligation générale et absolue du respect du secret médical et l'obligation de discrétion professionnelle pour les enseignants.

➤ Les soins d'urgence : dès la demande d'accueil, un protocole d'intervention sera établi, il devra décrire : *« les signes d'appels, les symptômes visibles, les mesures à prendre pour assurer la mise en sécurité de l'enfant, les médecins à joindre, les permanences téléphoniques accessibles et les éléments d'informations à fournir aux services d'urgence pour une compréhension efficace du problème. Ce protocole signé par le médecin traitant sera inclus dans le projet d'accueil individualisé. »*

Il est rappelé que, d'une manière générale, les directeurs d'écoles et chefs d'établissement, en liaison avec le médecin scolaire, doivent systématiquement en cas d'urgence médicale, prendre contact avec le SAMU (dans les écoles primaires, c'est à l'instituteur qu'il appartient de demander l'intervention d'urgence des services compétents).

La circulaire rappelle qu'en matière de responsabilité, la responsabilité de l'Etat se substitue à celle de l'enseignant. (voir chapitre assurance et responsabilités)

➤ Des aménagements pédagogiques peuvent également être mis en place.

➤ Des actions d'information s'inscrivant dans le projet d'école ou d'établissement devront être mises en place par les directeurs d'école ou par les chefs d'établissement, et s'adresseront à l'ensemble des personnels des écoles maternelles, élémentaires, du second degré. Les personnels municipaux pourront être associés à ces actions, avec l'accord de la commune. La circulaire précise qu'il est fortement conseillé que soient toujours présentes, dans l'école ou l'établissement, une ou deux personnes ayant suivi une formation aux premiers secours.

*** ASSURANCE ET RESPONSABILITE**

Certains chefs d'établissement se retranchent parfois derrière **des problèmes d'assurance et de responsabilité** pour refuser de scolariser un enfant diabétique (le plus souvent dans les classes de l'école maternelle).

Il est important sur ce point de rappeler les précisions apportées dans les cahiers de l'intégration édités par le Ministère de l'Education Nationale :

L'article 2 de la loi du 5 Avril 1937 dispose : *« Dans tous les cas où la responsabilité des membres de l'enseignement public est engagée (..), la responsabilité de l'état est substituée à celle des dits membres de l'enseignement qui*

ne pourront jamais être mis en cause devant les tribunaux civils par la victime ou ses représentants ».

Notre législation, notre jurisprudence ont été conçues de manière à assurer la protection de l'enseignant dans l'exercice de sa profession et, sauf faute professionnelle manifeste, lui substituer celle de l'État.

***LA MÉDECINE SCOLAIRE**

La circulaire N°91-148 du 24 juin 1991, adressée aux recteurs, aux inspecteurs d'académie et aux directeurs départementaux de l'Éducation concerne les « Missions et fonctionnement du service de promotion de la santé en faveur des élèves ».

C'est le Ministère de l'Éducation Nationale qui a la responsabilité de ces missions.

La nouvelle organisation est fondée sur le mode académique.

C'est le recteur qui est responsable dans son académie de la politique de santé définie par le Ministre et l'Inspecteur d'académie est responsable dans son département. Cette nouvelle organisation prévoit que les actions de santé sont désormais assurées par deux services : le service médical et le service infirmier.

Le Titre Premier de la circulaire : « Missions et orientations générales » précise les missions du service de promotion de la santé des élèves et notamment :

Favoriser l'intégration scolaire des jeunes handicapés.

Outre des actions de portée générale visant en particulier sur la réalisation de bilans de santé obligatoires pour tous les élèves au cours de leur 6^{ème} année et sur le bilan dit d'orientation effectué en fin de collège, la circulaire prévoit des actions personnalisées à la demande des parents, ainsi qu'un suivi spécifique en faveur des publics prioritaires et notamment :

« Les élèves handicapés dont il est indispensable de faciliter l'intégration en milieu scolaire, chaque fois que cela est possible. »

Il est rappelé que « ... les médecins et infirmières sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées à l'article 378 du code pénal. »

Au niveau des écoles et des établissements scolaires.

C'est le médecin et l'infirmière qui sont responsables de la promotion de la santé de tous les élèves. Ils élaborent des programmes favorisant l'intégration des élèves handicapés.

« En qualité de professionnels de la santé au sein de l'institution scolaire, ils agissent en tant que conseillers techniques en santé publique auprès des directeurs d'école et chefs d'établissements.

Il leur revient de sensibiliser l'ensemble des membres de la communauté éducative à l'importance de la prise en compte de la dimension santé ».

Le Médecin a un rôle spécifique de conseiller technique en prévention sanitaire individuelle auprès des chefs d'établissement.

Il réalise les bilans de santé dont les objectifs sont :

- * le dépistage des difficultés médicales psychologiques, sociales, susceptibles d'entraver la scolarité des élèves.

- * l'instauration d'un dialogue personnalisé avec l'élève et le cas échéant avec ses parents.

En application de l'article L 146 de la loi du 18 Décembre 1989, c'est la P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile) qui a la charge des enfants de moins de 6 ans. La P.M.I. « ... est appelée à intervenir en école maternelle et à établir une liaison avec le service de santé scolaire en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers des enfants suivis » (article L 151).

Par ailleurs, la circulaire stipule « ... qu'un bilan de santé s'impose dans le cadre de la procédure d'orientation à l'issue de la scolarité au collège... ».

L'examen de l'élève présente une double finalité :

- * L'aider à faire un choix éclairé pour son avenir professionnel en l'informant sur sa santé, ses aptitudes et sur les contraintes liées aux conditions d'apprentissage et de travail.

- * Proposer un espace d'écoute et de dialogue avec l'élève...

En outre, dans le cadre de la réglementation d'hygiène et de sécurité du code du travail, le médecin scolaire donne un avis sur l'aptitude du jeune à travailler sur des machines dangereuses.

Tout au long de la scolarité, des examens « à la demande des parents » peuvent être offerts aux enfants et adolescents.

Ce sont des moments privilégiés où le médecin peut aider à résoudre les difficultés en vue de favoriser une meilleure intégration dans la vie scolaire ou sociale.

C'est dans ce cadre que se situe l'aide à l'intégration des enfants handicapés.

Le médecin donne également aux enseignants les recommandations appropriées, afin que toutes les mesures soient prises pour faciliter la bonne adaptation des élèves.

Le médecin scolaire établit, hors du milieu scolaire, des relations avec, les différents médecins hospitaliers et les praticiens libéraux.

L'infirmière indique au médecin de secteur les enfants qui lui paraissent avoir besoin d'un examen personnalisé, à la demande.

Elle entretient des contacts réguliers avec les enseignants. Elle transmet les recommandations appropriées, afin que toute mesure soit prise pour faciliter la bonne intégration de l'élève.

L'APPLICATION DES TEXTES A LA MATERNELLE, DANS LE PRIMAIRE, AU COLLEGE ET AU LYCEE

Les textes sont clairs, les enfants diabétiques relèvent des classes ordinaires de l'Education Nationale et la médecine scolaire est chargée de favoriser et de veiller à leur bonne intégration scolaire.

Les parents doivent donc utiliser les rouages administratifs prévus au cours de la scolarisation de leur enfant et chaque fois qu'une difficulté se présente avec le chef d'établissement avoir recours, avec le concours du médecin diabétologue traitant, au médecin scolaire du secteur, qui est le conseiller référent, en matière de santé, du chef d'établissement.

Dans la pratique, les parents ont parfois des difficultés car ils se heurtent soit à un enseignant ou à un chef d'établissement inquiet sans faire intervenir le médecin scolaire.

La meilleure prévention des difficultés, rappelons le, est de dédramatiser les incidents qui peuvent survenir (malaise hypoglycémique) en apportant le plus d'informations médicales possibles ainsi que de prévoir et d'organiser les moyens de faire face à ces incidents (voir chapitre CONSEILS PRATIQUES).

Il est important que cette action soit faite par les parents mais en concertation avec le médecin scolaire dont c'est le rôle et le diabétologue traitant.

Au cas où le conflit persiste, malgré l'appel au médecin scolaire, les parents peuvent saisir l'inspecteur académique du département, voire le recteur de l'académie qui ont pour mission de faire appliquer les dispositions ministérielles.

La Maternelle

En plus de ces recommandations, il faut être vigilant à ce stade car l'école n'étant pas obligatoire, l'inscription est soumise à l'accord du Directeur ou de la Directrice de l'école.

Nous l'avons vu dans les textes, avant 6 ans, le médecin qui est responsable est celui de la Protection Maternelle et Infantile. Il est donc judicieux d'intervenir avant la scolarisation auprès de ce médecin, toujours avec le concours du diabétologue traitant, afin de prévenir toute décision négative de la Direction de l'école.

L'expérience montre que peu de parents rencontrent des difficultés pour inscrire leur enfant et que s'il s'en présente, elles sont rapidement réglées dès que les médecins interviennent.

Le Primaire

L'école est obligatoire et l'on ne constate quasiment pas de problèmes à ce stade de la scolarité si tous les acteurs de la scolarisation ont été informés par les parents :

- Médecin scolaire
- Chef d'établissement
- Enseignant etc...

Le Collège et le Lycée

Ce sont les mêmes dispositions qui s'appliquent. Attention toutefois au bilan médical dit d'orientation à l'issue de la scolarité au collège.

Si l'élève diabétique ne peut ou ne souhaite pas poursuivre des études d'enseignement général et qu'une orientation technique est prévue, les parents doivent préparer le bilan médical scolaire en fournissant par exemple au médecin scolaire, les recommandations du diabétologue sous forme d'un certificat médical détaillé.

La circulaire stipule que le médecin scolaire donne son avis sur l'aptitude du jeune à travailler sur des machines dangereuses.

Il est donc très important que les parents envisagent dans le détail l'orientation possible pour leur enfant afin qu'il ne soit pas confronté à une déclaration d'inaptitude par le médecin scolaire que les jeunes diabétiques vivent le plus souvent comme un empêchement injuste à faire ce qu'ils ont choisi.

A cet âge, le traitement contraignant du diabète est souvent mal vécu et tout élément qui vient renforcer le sentiment déjà exacerbé qu'on ne peut pas faire ce que l'on veut, est mal ressenti par l'adolescent diabétique.

Il faut donc, avec le diabétologue, les enseignants et le médecin scolaire favoriser le dialogue avec le jeune et mettre l'accent sur les métiers qu'il peut envisager, plutôt que de recenser tous ceux qui lui sont déconseillés ou interdits.

Les conséquences de la circulaire du 10 novembre 1999 :

Cette circulaire renforce le développement des actions d'intégration que prévoyaient les textes depuis 1963.

Ce texte a le mérite de préciser le rôle de chacun et d'imposer une forme écrite et pluridisciplinaire au projet d'accueil individualisé mais il a aussi l'inconvénient de rigidifier l'accueil des jeunes diabétiques.

En effet, jusque là, dans la majorité des cas, aucune formalité particulière ne devait être accomplie pour l'inscription et la scolarisation des jeunes diabétiques alors qu'à présent ils sont soumis à une réglementation spécifique qui les distingue des autres élèves.

Il est important de noter que le projet d'accueil individualisé est établi à la demande de la famille et qu'il faudra être vigilant pour qu'il ne devienne pas systématique.

Par ailleurs, ce texte ne résout pas le problème de l'auto surveillance à l'école pour les jeunes enfants. L'enseignant peut refuser d'utiliser un auto-piqueur et de ce fait d'effectuer un contrôle glycémique. Les mesures appropriées pour réguler la glycémie ne peuvent donc pas être prises, si ce n'est sur les dires de l'enfant et sur les signes visibles d'une éventuelle hypoglycémie.

Par contre, cette circulaire a le mérite d'individualiser les aménagements de la vie quotidienne à l'école et devrait permettre de régler plus facilement les problèmes d'horaires des repas, de re-sucrage au cours des activités sportives et des situations particulières comme les classes transplantées.

LES CLASSES TRANSPLANTEES

Une note de service N° 82-399 du 17 septembre 1982 adressée aux recteurs et aux inspecteurs d'académie concerne les classes de découverte.

La classe de découverte relève de la responsabilité de l'Education Nationale et le contrôle médical est assuré par le service de santé scolaire du département d'origine. Ces services consignent les renseignements médico-sociaux sur une fiche sanitaire qui est remise au responsable de la classe.

Une visite médicale, avant le départ, est obligatoire pour les classes à dominante sportive afin d'évaluer les aptitudes physiques à l'effort, notamment pour les élèves ayant des problèmes de santé particuliers.

Là encore, si un enfant diabétique est dans une classe qui doit partir en classe transplantée, la préparation de ce séjour est primordiale.

Le projet d'accueil individualisé de **la circulaire du 10 novembre 1999** prévoit les aménagements nécessaires à la participation d'un jeune diabétique à ce type de séjour.

Il faut donc envisager tous les détails auxquels l'équipe d'encadrement sera confrontée pendant le séjour. La motivation des parents est très importante pour que l'enfant ne soit pas exclu et qu'il puisse bénéficier comme les autres des bienfaits des classes de découverte.

C'est bien sûr la surveillance médicale et la prise en charge des soins qui posent problème.

Suivant l'âge de l'enfant, plusieurs solutions peuvent être proposées :

* un membre de la famille peut accompagner l'enfant (parent, grand-parent, etc...)

* une infirmière de la commune où séjourneront les enfants peut être contactée pour effectuer en concertation avec le diabétologue et les parents les injections d'insuline et les contrôles glycémiques.

* le médecin de la commune peut être averti de la présence d'un enfant diabétique dans le centre d'accueil où séjournera la classe de découverte.

Si un dossier médical précis lui a été adressé par le diabétologue, il sera à même d'intervenir si un incident survenait.

LA RESTAURATION SCOLAIRE

La circulaire du 22 juillet 1993 prévoit dans le projet d'accueil individualisé de spécifier les besoins particuliers de l'élève, notamment pour l'accès au restaurant scolaire (heures des services) et pour que soient prévus des temps pour la prise de médicaments et autres soins.

Enfin, le projet d'accueil individualisé stipule que doit être pris en compte le régime alimentaire éventuel de l'élève.

Les repas servis dans le cadre scolaire doivent répondre à des règles diététiques, tout à fait compatibles avec celles préconisées aux jeunes diabétiques.

Seuls les desserts sucrés s'ils n'ont pas été prévus dans la ration glucidique de la journée et les féculents que l'enfant n'aime pas peuvent présenter un réel problème.

D'une façon générale, si l'ensemble de l'équipe éducative a été bien informé et motivé, il est facile de sensibiliser la femme de service pour qu'elle soit attentive à ce que l'enfant consomme.

L'institutrice, présente, pouvant noter sur le carnet de l'enfant les observations réalisées (voir chapitre CONSEILS PRATIQUES).

Une fois de plus, c'est le travail d'information et de sensibilisation effectué par les parents et le service de santé scolaire qui donne les meilleurs résultats.

LES CONSEILS PRATIQUES

➤ S'assurer que tous les éléments tant au plan des aménagements que du protocole d'intervention d'urgence du projet d'accueil individualisé sont connus et compris de tous les membres de l'équipe éducative. Eventuellement faire des copies pour chacun d'entre eux.

➤ Documenter et sensibiliser l'équipe éducative, si aucun projet d'accueil individualisé n'a été établi sur le diabète, sur la conduite à tenir en cas de malaise hypoglycémique (repérage des signes annonciateurs), sur la nécessité des contrôles glycémiques éventuels, et sur l'importance des collations s'il y en a.

En particulier, prévenir les incidents lors des activités physiques en informant la maîtresse responsable de ces activités ou le professeur d'Education Physique des risques d'hypoglycémie et des moyens d'y remédier (collation supplémentaire, re-sucrage, etc...).

- Donner à l'enfant son carnet de diabétique pour que les observations de la journée puissent être notées. (A défaut, utiliser le cahier de textes ou un cahier simple.)
- Prévoir une trousse qui doit contenir :
 - o **du sucre, deux ampoules de Glucagen® et le matériel stérile nécessaire à une injection, une collation supplémentaire, les coordonnées du diabétologue, le rappel de la conduite à tenir en cas de malaise et la carte de diabétique.**

Cette trousse **doit toujours accompagner l'enfant**, dans la classe mais aussi sur le terrain de sport ou en cas de sortie organisée par l'école.

- Si l'enfant reste à la cantine et en fonction de son âge, s'assurer qu'un adulte veillera à ce qu'il ait le temps de faire ses contrôles avant le repas et qu'il n'y ait pas de problèmes majeurs pendant le repas (enfant qui ne mange rien parce qu'il n'aime pas le plat, etc...).

On peut également remettre à la personne qui surveille les repas, une table d'équivalence très simple des aliments glucidiques. Ceci permettra qu'on ne force pas votre enfant à manger, si un plat ne lui plaît pas.

Si des problèmes subsistent demandez l'application des textes et la rédaction du projet d'accueil individualisé.

AU PLAN SOCIAL

L'apparition d'un diabète chez un jeune enfant provoque la plupart du temps un bouleversement dans l'organisation de la vie familiale. En effet, et tant que l'enfant n'est pas autonome pour son traitement, les parents doivent s'en charger.

Jusqu'à la fin de l'année 2000, si l'un des parents décidait d'interrompre son activité professionnelle pour assurer cette prise en charge, il n'existait aucun revenu de remplacement pour compenser le manque à gagner. Il était judicieux dans ce cas de prévoir la possibilité du retour à l'activité professionnelle, en sollicitant un congé sabbatique ou une mise en disponibilité.

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 instaure désormais le **Congé ou réduction d'activité pour enfant malade** (Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000, JO du 24/12/2000 ; Article L122-28-9 du Code du travail et Article L544-1 et L544-7 nouveaux du Code de Sécurité Sociale) :

Ce congé (ou réduction d'activité) devrait permettre aux familles d'affronter la survenance brutale d'un accident ou d'une maladie chez un enfant à charge, en offrant un cadre juridique pour l'absence totale ou partielle au travail. D'une durée de 4 mois, renouvelable 2 fois au maximum, il devra être demandé par le parent concerné à son employeur, au moins 15 jours avant le début du congé (ou de la période de réduction d'activité), par courrier recommandé avec demande d'avis de réception. Il faudra fournir un certificat médical, couvert par le secret médical, établi par un médecin hospitalier attestant la nécessité de soins et la présence du parent aux côtés de l'enfant. L'employeur ne peut pas s'y opposer.

Le congé sera assorti d'une **allocation de présence parentale (APP)** sous réserve de remplir un imprimé spécial et de fournir un certificat médical détaillé, attestant de la nécessité d'une présence soutenue ou de soins contraignants, lui-même soumis au contrôle médical : le droit à la prestation est subordonné à un avis favorable de sa part.

Par ailleurs, l'Allocation d'Education Spéciale (A.E.S.) n'est attribuée, par la Commission d'Education Spéciale (C.D.E.S.), qu'en présence d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80 %, ou, si le taux est compris entre 50 et 80 %, lorsque l'état de l'enfant nécessite un accueil en établissement spécialisé.

Ce n'est heureusement pas le cas du diabète.

L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

Une orientation professionnelle réfléchie est primordiale pour les jeunes diabétiques et leur devenir professionnel. Rappelons que plus ils auront fait d'études et obtenu les meilleures qualifications possibles, plus ils auront de chance que leur diabète soit un facteur mineur dans leur vie professionnelle.

Les statistiques montrent que les jeunes sont une des catégories les plus touchées par la crise économique et le chômage ; le jeune diabétique, pour s'insérer dans le monde du travail, devra démontrer, en plus, que son diabète n'est pas un handicap, qu'il est aussi performant qu'un autre et qu'il a de bonnes capacités d'évolution pour s'adapter aux mutations de la vie de l'entreprise.

Un bon niveau général et une formation solide seront ses meilleurs armes.

De plus, il sera confronté à la réalité du monde du travail où l'impact psychologique de son diabète sera plus lourd à gérer qu'auparavant. Les lois de rentabilité et les règles de l'entreprise s'imposeront à lui comme à tout autre salarié.

De nombreux jeunes sont désemparés à ce stade, car ils ont toujours entendu un discours rassurant des médecins, des enseignants et de leurs proches : « *Un diabétique peut vivre comme tout le monde* », « *le diabète n'est pas un empêchement à mener ta vie comme tu l'entends* », etc...

Grande est leur déconvenue lorsqu'ils postulent à un emploi et qu'ils reçoivent des réponses négatives du fait de leur état diabétique.

Ils ont le sentiment d'avoir été trompés parce que le monde du travail (employeur, collègues, etc...) réagit négativement dès qu'ils parlent de leur diabète. Il est donc très important de préparer le jeune diabétique aux réalités qu'il devra affronter en l'informant.

La question de l'orientation professionnelle doit permettre de réfléchir avec le jeune diabétique sur le choix d'un métier certes, mais aussi sur les conditions d'exercice de ce métier à court, moyen et long terme et les possibilités de reconversion éventuelle.

Concernant l'aptitude physique :

Nous avons vu dans le chapitre sur la scolarité que le médecin scolaire procède en fin de troisième à un examen dit d'orientation et se prononce sur l'aptitude physique des jeunes à suivre, telle ou telle formation pour ceux qui quittent l'enseignement général.

Mais pour ceux qui poursuivent l'enseignement général et qui s'orienteront plus tard, il n'y a, bien souvent, plus aucune évaluation médicale et c'est au cours de la formation ou à l'issue de celle-ci, au moment de la recherche d'un emploi, que la question de l'aptitude physique risque d'être soulevée (voir le chapitre LA MEDECINE DU TRAVAIL).

Afin d'éviter un choix incertain, il est essentiel de bien s'informer (les Centres d'Information et d'Orientation (C.I.O.) et le Centre d'Information et de Documentation de la Jeunesse (C.I.D.J.), disposent de tous les renseignements sur les métiers et les formations) et de discuter de l'orientation avec le diabétologue traitant.

Quelques remarques générales :

Dans le choix d'une orientation pour un jeune diabétique il est préférable d'éviter :

- Les métiers conduisant à occuper des postes dits de sécurité, c'est à dire les postes où l'état de santé du salarié peut mettre en danger, soit lui même, soit ses collègues, ou nuire à l'exercice de ses fonctions.

Exemple :

Travail en hauteur, sur des machines dangereuses, travail isolé, agent de sécurité, pilote d'avion, etc...

- Les métiers nécessitant une très bonne acuité visuelle ; les problèmes de vue sont une des complications diabétiques les plus fréquentes et pourraient compromettre la poursuite de l'activité professionnelle.

Exemple :

Métiers de l'horlogerie, mécanique de précision.

- Les métiers nécessitant des efforts physiques intensifs et irréguliers.
- Les métiers nécessitant d'effectuer des horaires irréguliers (3x8) ou des temps de travail groupés

Exemple : 15 h de suite puis 2 jours de repos, etc...

- Les métiers impliquant la conduite d'engins automobiles (même un véhicule de tourisme).

L'aptitude à la conduite étant réglementée et évaluée régulièrement par la Préfecture, si le permis de conduire était suspendu par la commission médicale, la personne diabétique ne pourrait plus poursuivre son activité professionnelle.

Les formations et les métiers interdits :

- Emplois interdits par le fait qu'ils sont considérés comme « service de sécurité », ou qu'ils nécessitent un service actif de jour comme de nuit :
 - ✓ Services de lutte contre l'incendie (arrêtés de divers ministères) ;
 - ✓ Surveillance dans les établissements pénitentiaires ;
 - ✓ Aviation civile et commerciale
 - ✓ Armée, marine

- Emplois interdits par les exigences des tâches telles qu'elles sont définies par des réglementations particulières (travaux souterrains, déplacements fréquents) :
 - ✓ Direction des Mines : ingénieur (arrêté du 23 février 1957) ou adjoint technique (arrêté du 24 décembre 1952) ;
 - ✓ Contrôleur et inspecteur du travail de la sécurité sociale ;
 - ✓ Ponts et chaussées : ingénieur ou adjoint techniques.

- Emplois interdits aux individus de « sexe masculin » qui n'ont pas effectué leur service militaire :
 - ✓ Ingénieur des Eaux et Forêts (décret du 30 décembre 1950)
 - ✓ Ingénieur du génie rural (décret du 30 décembre 1950)
 - ✓ Officier de haras (décret du 1^{er} décembre 1952)
 - ✓ Préposé ou agent breveté stagiaire des douanes (loi du 18 juillet 1952)
 - ✓ Service de Sûreté Nationale, Police nationale, Gardien de la Paix, etc... (décret du 25 mai 1955). Dans cette branche, le diabète est inscrit sur la liste des pathologies incompatibles avec l'entrée dans la profession.

- Emplois interdits pour « diabète » :
 - ✓ Emplois dans la fonction publique outre mer* (arrêté du 13 juillet 1951)
 - ✓ Ingénieur géographe, agent technique géographe.

(* Les textes concernent des emplois dans la Fonction Publique, et, dans la plupart des cas, bien qu'ils n'aient jamais été abrogés, ils ne sont plus appliqués. Chaque situation est évaluée médicalement au cas par cas).

De même, dans le cadre de la médecine du travail, d'autres postes peuvent être déclarés incompatibles avec le diabète.

Le médecin du travail doit se prononcer à l'embauche et lors de la visite annuelle obligatoire sur l'aptitude d'une personne donnée à un poste donné.

Pour exercer certains métiers : (puériculture, infirmière, etc...) les candidats diabétiques devront justifier de la bonne prise en charge de leur diabète en indiquant les coordonnées de leur diabétologue et en présentant leur carnet de surveillance.

Les métiers et les formations compatibles avec l'état diabétique :

Il n'est bien sûr pas possible d'établir une liste exhaustive de ces métiers et de ces formations, puisque toutes les formations et professions qui ne sont pas citées dans le chapitre « métiers et formations déconseillés ou interdits » sont compatibles avec le diabète.

A titre indicatif, citons :

- Pour les formations :
 - Les B.E.P., B.A.C. professionnel (sans travail dangereux)
 - Les B.T.S. et les D.U.T.
 - Les formations universitaires
 - Les Grandes Ecoles :
 - H.E.C.
 - E.N.A.
 - Ecole supérieure d'Electricité
 - Ecole des Mines
 - Ecole Supérieure de la Chimie
 - Institut National Agronomique
 - Ecole Nationale Supérieure des P.T.T.
 - Ecole Nationale Supérieure de la Métallurgie (NANCY)
 - Ecole Nationale d'Electrotechnique (GRENOBLE)
 - Ecole Centrale des Arts et Manufactures
 - Ecole Nationale Vétérinaires.

- Pour les métiers :
 - La grande majorité des carrières des administrations de l'Etat
 - Les carrières sanitaires, juridiques, administratives et commerciales
 - Les métiers de la communication, du marketing, de la gestion
 - Les métiers techniques ne comportant pas de tâches dangereuses
 - Certains métiers du bâtiment

CONSEILS PRATIQUES

Si le jeune doit être logé hors du domicile de ses parents pour suivre ses études, il est souhaitable de privilégier un hébergement collectif ou de mettre au courant des voisins proches susceptibles d'intervenir rapidement en cas d'urgence.

Différents systèmes de TELE-ASSISTANCE (voir ce chapitre) sont disponibles en France et permettent de déclencher une intervention d'urgence si le jeune vit seul.

Si des stages à l'étranger sont prévus dans le cadre d'une formation, il faut être attentif à la couverture financière des frais médicaux sur place et aux articles des contrats d'assistance qui excluent le plus souvent le diabète des garanties puisque l'affection est antérieure à la date de signature du contrat.

En cas de besoin, le Service Social de l'AFD vous informera sur les contrats existants.

LE SERVICE NATIONAL

Le diabète de type 1, insulino dépendant, était un motif d'exemption du service national. Les jeunes diabétiques n'étaient donc pas incorporés.

La loi n° 97-1019 du 28 octobre 1997, parue au Journal Officiel du 8.11.97 et le décret n° 98-180 du 17 mars 1998, paru au Journal Officiel du 18.03.98, a modifié profondément le service national.

Il sera dorénavant composé d'un **recensement obligatoire** et d'une **journée d'appel de préparation à la défense**.

Ces obligations seront étendues aux jeunes filles nées après le 31 décembre 1982.

La réforme sera étalée dans le temps, notamment pour les jeunes gens nés en 1979, première classe d'âge concernée, 1980, 1981, et 1982, qui bénéficieront de modalités transitoires.

La loi prévoit que certaines catégories de personnes considérées inaptées à participer à l'appel de préparation à la défense ne seront pas soumises à cette obligation. Mais la liste des inaptitudes n'est pas fixée et chaque situation doit être étudiée au cas par cas.

L'ADULTE ET LA VIE PROFESSIONNELLE

- L'embauche
 - * Le secteur privé
 - * La fonction publique
 - * Le statut de travailleur handicapé

- Le rôle de la médecine du travail
 - * Fonctionnement
 - * Droits accrus des salariés
 - * Cas particuliers
 - * Régime de prévoyance : I.P.R.I.A.C.

- La reconversion professionnelle
 - * Le statut de travailleur handicapé
 - * L'orientation et la reconversion
 - * Les stages de formation de l'A.N.P.E.
 - * L'A.G.E.F.I.P.H.

LA VIE PROFESSIONNELLE

Le diabète est une maladie chronique contraignante mais qui ne justifie pas pour les personnes qui en sont atteintes une incapacité à travailler.

La plupart des diabétiques exercent une activité professionnelle et le plus souvent dans le cadre de contrats de travail ordinaires.

Ils doivent donc concilier les contraintes liées à leur état de santé et les exigences d'un contrat de travail (horaires, absentéisme, rentabilité, etc...).

Pour réussir ce pari difficile, ils doivent être bien informés de leurs droits et de leurs devoirs afin de s'adapter au monde du travail tout en préservant leur état de santé.

Comme dans d'autres domaines, **la prévention des difficultés est essentielle**, trop souvent des personnes diabétiques sont victimes de décisions hâtives de la part d'un employeur ou d'un médecin du travail alors que quelques mesures simples auraient permis d'éviter un refus d'embauche, le blocage d'une carrière ou un licenciement.

L'EMBAUCHE

La loi n° 90-602 du 12 juillet 1990, Journal Officiel du 13 juillet 1992 page 8272 complète les mesures de protection contre les discriminations.

« La protection accordée aux personnes contre les discriminations dont elles pourraient être victimes en raison de leur origine, de leur sexe, de leurs mœurs, de leur situation de famille ou encore de leur appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée est étendue aux discriminations dont elles pourraient être l'objet en raison de leur état de santé ou de leur handicap. »

Plusieurs textes sont modifiés en conséquence et, en particulier, les articles 416 du Code Pénal et L.122-45 du Code du Travail. Aux termes de ce dernier article, un licenciement fondé sur de telles discriminations est nul, ce qui permet la réintégration du salarié, ainsi que l'attribution éventuelle de dommages et intérêts. A noter toutefois qu'un refus d'embauche ou un licenciement fondé sur une – inaptitude médicalement constatée – ne tombe pas sous le coup de la loi (Loi n° 90-602 du 12 juillet 1990, Journal Officiel du 13, page 8272).

DANS LE SECTEUR PRIVE

Il est clair qu'un employeur ne peut pas légalement refuser un candidat du fait de son état diabétique dès lors qu'il a les compétences requises pour le poste et sous réserve de l'évaluation médicale de l'aptitude au poste.

Malheureusement si les textes sont favorables, la pratique montre qu'on ne peut quasiment jamais les invoquer.

En effet, l'embauche s'effectue au cours d'entretiens et il n'est jamais possible, du fait de l'absence de preuves, de prouver que la personne, chargée du recrutement a invoqué l'état de santé pour refuser le poste.

Cette constatation appelle deux remarques, l'une générale, l'autre pratique.

C'est « l'image » de la maladie et du diabète en particulier qui explique les réticences des employeurs.

Ces réticences sont dues aux craintes que la personne diabétique ait des arrêts maladie fréquents, nécessite des aménagements de poste ou encore qu'elle s'adapte moins bien à l'évolution de l'entreprise.

Il faut donc s'attacher à modifier cette image, c'est un des rôles de l'A.F.D. qui s'y emploie activement, mais c'est surtout les diabétiques qui travaillent qui peuvent par leur aptitude positive aider à modifier les comportements.

Il appartient donc aux diabétiques de prouver que ces craintes ne sont pas fondées et à l'A.F.D. de le faire savoir.

L'expérience montre que quand une personne donne entière satisfaction à son poste l'employeur n'a plus aucune réticence liée à l'état diabétique.

Mais il est encore fréquent que les personnes diabétiques se renseignent pour savoir quels privilèges elles peuvent avoir du fait de leur état de santé.

Cette attitude, si elle est compréhensible, est incompatible avec les revendications légitimes du droit au travail pour les diabétiques.

Dans le cadre d'un contrat de travail ordinaire aucun abattement de charges ou de salaires n'est possible pour pallier des conditions de travail particulières. La personne diabétique qui signe un tel contrat s'engage donc, en échange d'un salaire à fournir un travail rentable dans des conditions analogues aux autres salariés.

Au plan pratique, la personne diabétique qui est candidate à un poste doit observer la plus grande prudence. Le diabète est une maladie mal connue et les conséquences des malaises hypoglycémiques sont souvent dramatisées.

Compte tenu de l'ambiguïté des textes (un employeur n'a pas à justifier les raisons d'un refus d'embauche) il n'apparaît pas judicieux d'informer l'employeur de son état diabétique.

Il est de plus en plus fréquent d'avoir à remplir un questionnaire lorsqu'on se présente pour un emploi. Ces questionnaires, outre des questions administratives, comportent parfois des questions d'ordre médical. Nul n'est tenu de répondre à ce type de questions. Toutes les informations médicales doivent être transmises, sous pli cacheté, à l'attention d'un médecin et ne doivent pas pouvoir être lues par le personnel administratif qui n'est pas soumis au secret professionnel.

Ces conseils sont parfois difficiles à appliquer car il n'est pas toujours possible de rester neutre et dans certains cas refuser de répondre, c'est alerter la personne, chargée du recrutement, que l'on souhaite cacher quelque chose. L'effet est évidemment désastreux.

En particulier pour les hommes qui sont questionnés sur le Service National et sur les raisons pour lesquelles ils n'ont pas été incorporés. A noter que cet écueil disparaîtra lorsque la réforme sur le service national sera mise totalement en place.

Du fait si de telles questions sont posées dans un dossier d'embauche vous n'êtes pas tenu de déclarer ce qui peut vous être préjudiciable et vous pouvez même altérer la vérité si celle-ci revient à donner des informations concernant votre vie privée et votre état de santé.

Par contre si l'on n'a pas dit que l'on est diabétique, il faut évidemment se garder d'invoquer son état de santé pour obtenir un poste plus confortable ou un aménagement de poste.

De même, si un licenciement intervient dans ces conditions on ne peut faire jouer la notion de préjudice accru du fait de l'état diabétique.

Enfin, votre numéro national d'identité (n° de Sécurité Sociale) sera indispensable pour établir le dossier administratif. Il est donc prudent, soit de conserver votre carte d'immatriculation, soit de réclamer à votre Caisse d'Assurance Maladie un double de la carte d'assuré social ne comportant que les mentions utiles.

Cette possibilité est prévue par la circulaire C.N.A.M. du 28.09.95, Référence DGR n° 98/95. Il faut rappeler qu'il s'agit de justifier de l'immatriculation, et non du droit aux prestations, qui ne regarde pas l'employeur.

La carte « Sésame Vitale », est en principe disponible partout en France et cet inconvénient sera annulé puisque ne sont mentionnées en clair que les informations administratives. Les autres informations sont codées dans la puce électronique de la carte.

DANS LA FONCTION PUBLIQUE :

La circulaire 1-48 du 14 octobre 1968, précise les termes de l'ordonnance n° 59 244 du 4 février 1959 et stipule que :

« Ni les règles générales de l'article 16 de l'ordonnance n° 59.244 du 4 février 1959 relative au statut général des fonctionnaires, ni les dispositions du décret d'application

*n° 59.310 du 14 février 1959 portant règlement d'administration publique relatif aux conditions d'aptitude physique pour les admissions aux emplois publics **ne permettent de considérer le diabète comme une affection incompatible, d'une manière générale et absolue, avec l'exercice normal d'un emploi public.***

En l'absence d'une disposition interdisant formellement l'accès de la fonction publique aux diabétiques, ceux ci ne peuvent être exclus systématiquement de l'entrée dans les cadres des administrations de l'Etat. »

Le cas particulier de l'accès aux emplois de l'Education Nationale et particulièrement à ceux de l'Enseignement Secondaire est réglementé par la circulaire n° 72745 du 5 décembre 1972 et l'arrêté du 28 janvier 1980, qui ont abrogé les dispositions qui rendaient le diabète, même non compliqué, incompatible avec certains emplois relevant du Ministère de l'Education Nationale.

Les textes permettent donc l'accès à la fonction publique pour les diabétiques mais toute intégration est soumise à l'approbation du comité médical.

Il est encore fréquent, malgré les textes, que, bien qu'ayant réussi le concours d'entrée, un diabétique ne soit pas nommé en raison d'une déclaration d'inaptitude à un poste précis par le comité médical.

Certaines administrations refusent même systématiquement les diabétiques.

Bien informé, le diabétique peut faire appel de la décision et être assisté par le Service de Protection Juridique de l'AFD.

Il peut, par l'intermédiaire de son médecin traitant, demander le motif du refus d'embauche et s'il y a lieu le contester.

Il pourra se faire assister par le médecin de son choix devant le comité médical ou le spécialiste qui réexaminera sa situation.

L'intervention du diabétologue traitant est toujours utile, même sous forme d'un certificat médical détaillé précisant d'une part que le diabète est équilibré et d'autre part l'évaluation physique de l'aptitude au poste en question.

LE STATUT DE TRAVAILLEUR HANDICAPE A L'EMBAUCHE :

Au stade de l'embauche, ce statut présente peu d'avantages.

Il permet de postuler aux emplois réservés de l'administration et de faciliter l'accès aux emplois du secteur privé pour les entreprises de plus de 20 salariés.

Malheureusement dans la pratique, les emplois réservés dans la fonction publique sont quasi inexistantes et les délais tels, que bien peu de diabétiques peuvent espérer y accéder.

Dans le secteur privé, la loi n° 87-517 du 10.07.87 prévoit que les entreprises de plus de 20 salariés sont tenues d'employer des travailleurs reconnus handicapés à proportion de 6 % de leur effectif total. Elles ont également la possibilité de satisfaire à cette obligation en versant une contribution à l'AGEFIPH (Agence pour la Gestion des Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées), à charge pour cet organisme de reverser les fonds collectés pour financer des mesures d'insertion. (Prime à l'embauche par exemple).

Cependant, les mesures incitatives à l'embauche semblent avoir peu d'effet et lorsqu'un employeur embauche un travailleur handicapé c'est le plus souvent pour un poste non qualifié, payé au S.M.I.C. est sans possibilité d'évolution.

On peut toutefois faire la demande de ce statut (imprimé en mairie ou au secrétariat de la C.O.T.O.R.E.P.). A noter qu'il n'est assorti d'aucune pension ou allocation.

Par contre, si l'embauche a été réalisée sous le statut de travailleur handicapé, la personne diabétique bénéficie de mesures de protection plus importantes.

La jurisprudence montre que les tribunaux ont été plus souvent favorables aux salariés lorsque des employeurs ont voulu licencier des personnes, qui avaient été embauchées en toute connaissance de cause, pour des arrêts maladies fréquents ou des inadaptations au poste.

Par ailleurs, le délai de préavis en cas de licenciement pour motif économique est plus important si le salarié bénéficie du statut de travailleur handicapé (préavis doublé dans la limite de 3 mois sauf convention collective plus favorable).

Enfin, ce statut est un des critères pour fixer l'ordre de priorité des licenciements dans le cadre du licenciement économique.

LE ROLE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL AU COURS DE LA VIE PROFESSIONNELLE

Les textes

Code du travail : Art R 241-1 à R 241-58, DECRET N° 88-1198 du 28 décembre 1988 modifiant le Titre IV du livre 2^{ème}, relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail.

Circulaire DRT N° 89-5 du 21 février 1989, relative à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail.

Le diabétique, comme toute personne qui exerce une activité professionnelle, doit satisfaire à des conditions d'aptitude médicale pour un poste donné.

C'est le code du travail qui régleme nte l'application et les conditions de fonctionnement de la médecine du travail.

L'employeur a deux possibilités pour respecter ses obligations, soit créer un service médical dans son entreprise, soit s'adresser à une association privée extérieure. Dans tous les cas, les frais sont à la charge de l'employeur.

Le médecin du travail est habilité à se prononcer sur l'aptitude d'une personne à un poste donné, soit à l'embauche, soit au cours des visites médicales annuelles, soit à l'issue d'un arrêt de travail.

Il est tenu au secret professionnel et ne peut en aucun cas informer l'employeur de l'état de santé du salarié.

Outre les métiers interdits aux diabétiques par la réglementation (voir chapitre ORIENTATION PROFESSIONNELLE), l'accès à certains postes dits « de sécurité » peut être refusé aux diabétiques.

Lors de la visite annuelle, les diabétiques peuvent rencontrer des difficultés, si le médecin prononce :

- soit l'aptitude partielle avec réserve,
- soit l'inaptitude provisoire.

Dans ces deux cas, le médecin n'a pas à donner les raisons de sa décision à l'employeur. S'il l'informe de la nature de la maladie, le diabète par exemple, le salarié peut engager des poursuites pour non respect du secret médical.

Par ailleurs, le médecin doit faire, si cela est rendu nécessaire par l'âge ou l'état de santé des salariés, des propositions de mutation ou d'aménagement de poste à l'employeur. Ce dernier, en application de l'article L 241-10-1 du Code du Travail, est tenu de prendre en considération ces propositions en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.

Toutefois, le non respect de cette obligation ne prive pas le licenciement qui s'en suivra, de cause réelle et sérieuse.

En revanche, serait considéré comme abusif, un licenciement prononcé à la hâte, signifiant que l'employeur n'a pas vraiment mis tout en œuvre pour trouver une solution.

Le salarié peut saisir l'inspecteur du travail, s'il estime que l'employeur est de mauvaise foi dans son refus.

En cas de désaccord entre l'employeur et l'inspecteur du travail, l'avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre peut être requis.

Si aucun accord n'est possible, que l'employeur licencie le salarié et que celui-ci estime que le licenciement est abusif, il peut saisir le Tribunal des Prud'hommes.

C'est alors le tribunal qui appréciera la situation.

La jurisprudence montre que même s'il est donné raison au salarié, la réintégration dans l'entreprise est exceptionnelle. Par contre, l'employeur peut être condamnée à payer des dommages et intérêts.

Les conséquences de la déclaration d'inaptitude définitive :

A la suite d'un avis d'inaptitude du médecin du travail, les obligations de l'employeur sont précisées par l'article 122-24-4 du Code du Travail, qui fixe à 1 mois le délai pendant lequel des solutions, si elles existent, doivent être mises en place. En matière de salaire et de reclassement, ces obligations diffèrent selon que le salarié a ou non bénéficié d'un arrêt de travail pour maladie.

- 1. L'inaptitude est constatée à l'issue d'un arrêt de travail :** le salarié ne peut pas prétendre être rémunéré, sauf s'il peut être provisoirement affecté à un poste vacant. En revanche, l'employeur est tenu de le reclasser sur un poste aussi proche que possible que celui précédemment occupé.
Lorsque le reclassement est impossible, la procédure de licenciement doit être engagée. Si elle ne l'est pas à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen médical de reprise du travail, l'employeur est tenu de verser à l'intéressé dès expiration de ce délai, le salaire correspondant à l'emploi que celui-ci occupait avant la suspension de son contrat de travail. Ces dispositions s'appliquent également en cas d'inaptitude à tout emploi dans l'entreprise constatée par le médecin du travail.
(Code du Travail art 122-24.4 moi n° 92-1446 du 31/12/92 J.O. du 1/01/93).
- 2. L'inaptitude est constatée alors que le salarié est en poste :** il est dans ce cas maintenu à son poste (excepté si le maintien entraîne un danger pour sa sécurité ou celle de ses collègues de travail), et l'employeur est tenu de le rémunérer, si le salarié reste à disposition pendant le délai. De plus, l'employeur est tenu de prendre en compte les propositions du médecin du travail, voire de les solliciter s'il n'en a pas formulé, mais l'obligation de reclassement ne lui est pas imposée. Dans

le cas où le reclassement s'avère impossible, le médecin du travail doit confirmer l'avis d'inaptitude par une deuxième visite médicale, au moins 15 jours après la 1^{ère} (article R 241-51-1 du Code du travail). La procédure de licenciement ne peut être entamée qu'après cette deuxième visite. Si elle ne l'est pas au terme du délai d'un mois, le salarié pourra éventuellement prétendre à des dommages et intérêts pour maintien fictif du contrat de travail, mais ne pourra réclamer la reprise du versement de son salaire.

Lorsque aucun aménagement au sein de l'entreprise n'a pu être trouvé le **licenciement pour inaptitude** est donc inévitable.

Pour faciliter la recherche d'une éventuelle solution de reclassement, le salarié en arrêt de travail peut demander le bénéfice d'une visite médicale de pré-reprise. Les motifs de cette demande sont absolument couverts par le secret médical. Mais s'il prend cette initiative et que le médecin du travail le déclare inapte définitivement à tout emploi dans l'entreprise, l'employeur ne sera pas tenu de verser le salaire, même s'il a dépassé les délais pour engager la procédure de licenciement.

Enfin le salarié peut faire communiquer au médecin de son choix les informations médicales détenues par le médecin du travail.

Si cela se justifie, il est possible de contester la décision du médecin du travail, en informant l'inspection du travail du désaccord. Le cas est alors soumis au médecin inspecteur régional pour avis. Cette procédure n'empêche pas l'employeur de procéder au licenciement. Par la suite, le licenciement ne sera pas considéré comme abusif, même si l'avis d'inaptitude est infirmé par l'inspection du travail.

Remarques :

- Le licenciement pour inaptitude implique le paiement des indemnités légales ou conventionnelles de licenciement.
- Le préavis n'est pas payé si le salarié ne peut l'effectuer (arrêt maladie), sauf dispositions conventionnelles contraires.
- En cas d'arrêt maladie, le contrat de travail est réputé suspendu, et l'employeur ne peut licencier un salarié absent que pour un motif indépendant de la maladie. Toutefois, cette règle ne s'oppose pas au licenciement pour « maladie prolongée ou absences répétées », à condition de prouver que cette absence apporte de graves perturbations dans le fonctionnement de l'entreprise. Voir le chapitre « Arrêt de travail ».
- En aucun cas l'inaptitude à un poste donné n'équivaut à une inaptitude au travail. Elle ne détermine pas un droit à pension. Le salarié, licencié pour inaptitude au travail, relève des allocations A.S.S.E.D.I.C. et doit s'inscrire à l'A.N.P.E.
- Dans le cadre d'une déclaration d'inaptitude et d'un reclassement professionnel au sein de l'entreprise, l'employeur peut être amené à proposer un poste de moindre qualification assorti d'une baisse de salaire. Le salarié ne peut s'y opposer sauf en provoquant la rupture du contrat de travail en refusant le reclassement. Cette rupture s'analyse en licenciement, et non en démission.

Quelques cas particuliers :

Si l'embauche reste problématique pour les diabétiques ; les personnes qui deviennent diabétiques au cours de leur vie professionnelle rencontrent moins de difficultés.

Des aménagements au sein de l'entreprise sont souvent possibles ainsi que le maintien dans certaines professions.

Nous avons vu dans le chapitre « Orientation Professionnelle » que l'accès à certaines professions était interdit. Notamment les professions de militaires, marins ou encore surveillant dans les établissements pénitentiaires. Le maintien à ces postes est possible quand le diabète survient en cours de carrière.

Pour les militaires, sous réserve de leur statut (ceux sous contrat n'ont pas cet avantage) ils peuvent être reclassés dans les services administratifs.

Les marins : la législation diffère suivant que la personne est diabétique insulino dépendante ou non insulino dépendante.

Le diabète insulino dépendant entraîne l'inaptitude définitive à la navigation. Rien ne s'oppose à un reclassement à terre.

Les diabétiques non insulino-dépendants, non compliqués, correctement équilibrés font l'objet d'une décision particulière prenant en compte la navigation pratiquée et les fonctions exercées à bord.

Les surveillants d'établissements pénitentiaires : ils peuvent rester en poste avec quelques aménagements (horaires de journée etc...)

La Fonction Publique : les fonctionnaires qui deviennent diabétiques sont les plus protégés puisqu'ils continuent d'exercer leur fonction sauf s'ils présentent une invalidité permanente et définitive.

Il n'en va de même pour certaines professions et notamment le métier de chauffeur qui relève es permis du groupe II ; c'est à dire chauffeur de poids lourds, de taxis, d'ambulance, de car de ramassage scolaire ou des véhicules de transports en commun (voir chapitre PERMIS DE CONDUIRE).

Soumis à une visite médicale périodique devant la commission médicale de la Préfecture, s'ils sont diabétiques insulino-dépendants, leurs permis ne sont pas renouvelés (sauf dérogation exceptionnelle et temporaire) et ils doivent envisager une reconversion professionnelle.

Par ailleurs, dans l'intervalle des visites médicales de la Préfecture, le médecin du travail prononcera dans la très grande majorité des cas l'inaptitude définitive au poste.

A NOTER POUR LES CONDUCTEURS : UN REGIME DE PREVOYANCE est obligatoire pour la convention collective nationale des transports routiers (étendu à d'autres branches du transport).

Ces garanties ont pour objet de couvrir le risque de l'inaptitude médicale à la conduite et ses conséquences sociales.

Elles permettent de procurer aux conducteurs reconnus médicalement inaptes un niveau de ressources proche de celui de leur période de conduite sous certaines conditions.

L'objet du régime de prévoyance I.P.R.I.A.C. est d'assurer une prestation spécifique en cas de perte, pour des raisons médicales, de l'emploi de conducteur d'un véhicule du groupe lourd.

Reclassement professionnel et maintien du salaire sont donc les deux objectifs de cette prestation.

Conditions administratives

Il faut :

- Avoir occupé pendant 15 années un emploi de chauffeur dans une ou plusieurs entreprises.
- Etre âgé de 50 ans au moins.
- Justifier d'une inaptitude à l'emploi de conduite (commission médicale préfectorale ou médecine du travail).

Conditions médicales

- Dossier médical complet accompagné du bulletin d'inaptitude ou de la fiche médicale de retrait de permis de conduire.

Montant de la prestation

Il est calculé sur la moyenne des salaires des douze derniers mois et s'élève à :

Pour les salariés âgés de 50 à 55 ans à la date d'effet d'inaptitude

- 25 % pendant 2 ans
- 35 % ensuite.

Pour les salariés âgés de plus de 55 ans à la date d'effet d'inaptitude

- 25 % pendant 3 ans
- 35 % ensuite.

Adresse de l'I.P.R.I.A.C.

174, rue du Charonne
75128 PARIS CEDEX 11

Tél : 01 44 64 37 76
Fax : 01 44 64 39 90

RECONVERSION PROFESSIONNELLE

1. LA COTOREP

La Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel est chargée de mettre en œuvre et de coordonner l'ensemble des mesures en faveur des adultes handicapés.

Elle se prononce notamment sur :

- L'attribution du statut de travailleur handicapé :

Le travailleur reconnu handicapé est classé dans l'une des 3 catégories correspondant à ses capacités professionnelles :

- Catégorie A : handicap léger
- Catégorie B : handicap modéré et durable
- Catégorie C : handicap grave

A titre indicatif, le diabétique non insulino dépendant est le plus souvent classé en catégorie A et le diabétique insulino dépendant en catégorie B.

Ce statut doit permettre de faciliter l'embauche (cf. chapitre « Statut de travailleur handicapé à l'embauche ») mais dans la pratique il est le plus souvent utilisé pour des personnes déjà en poste, ce qui permet à l'employeur de compter ce salarié dans le quota de personnels handicapés dont il doit justifier la présence dans l'effectif de l'entreprise, lors de la déclaration annuelle.

Il permet parfois de protéger le salarié notamment lorsque des licenciements pour motif économique sont prévus dans l'entreprise :

- Etre travailleur handicapé peut être retenu comme critère dans l'ordre des départs
- Le délai de préavis peut être doublé (maximum 3 mois).

De même, lorsque le médecin du travail a prononcé l'inaptitude au poste, le statut permet à l'employeur de bénéficier d'une prime au maintien dans l'emploi, à condition que le salarié soit reclassé dans l'entreprise.

- L'orientation et la reconversion professionnelle :

La C.O.T.O.R.E.P. est compétente pour estimer si le travailleur handicapé doit être orienté, soit vers un emploi en milieu ordinaire de travail compatible avec ses aptitudes (attention, la COTOREP n'offre aucun emploi), soit vers un stage de reconversion professionnelle. Les diabétiques sollicitent parfois de tels stages quand leur activité professionnelle n'est plus compatible avec leur état de santé et qu'ils ont été déclarés inaptes par la médecine du travail (cas des conducteurs, par

exemple). A noter que les places de stage sont peu nombreuses, et souvent attribuées à des candidats relativement jeunes.

Des organismes tels que le réseau PROMETHEE ou le réseau OHE (Opération Handicap Emploi) ont été créés pour aider à la réinsertion professionnelle, et mettent notamment en relation les demandeurs d'emploi avec les offres proposées par les entreprises désireuses de remplir leur obligation. Tous les départements ne sont pas équipés de façon égale. La COTOREP peut informer sur les disponibilités locales.

A noter que les délais de réponse des COTOREP sont très longs, dans la majorité des départements, et il est parfois préférable de faire une demande de reconversion auprès de la Sécurité Sociale qui instruira la demande plus rapidement et la transmettra ensuite à la COTOREP. Les délais peuvent être raccourcis sensiblement.

N.B. Les décisions de la COTOREP sont susceptibles d'appel.

2. L'AGEFIPH

(Voir adresse des délégations plus loin)

L'une de ses missions est de reverser les sommes collectées auprès des entreprises qui ne remplissent pas leur obligation d'emploi, pour financer des projets d'insertion ou de maintien dans l'emploi.

Le travailleur reconnu handicapé peut se voir attribuer un financement pour une formation professionnelle ou une subvention forfaitaire, s'il orient vers l'exercice d'une profession indépendante. Il peut également obtenir une prime à l'embauche ou une aide à l'aménagement de poste.

Attention : Les aides de l'AGEFIPH ne sont attribuées qu'aux salariés des entreprises adhérentes à cet organisme. Bien que soumis à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés, l'Etat n'est pas contraint de payer la redevance due si le quota n'est pas rempli. En conséquence, les fonctionnaires ne peuvent prétendre à aucune aide.

3. L'ANPE

Enfin, les diabétiques licenciés pour inaptitude et inscrits à l'A.N.P.E., peuvent bénéficier, comme tout le monde, des stages de formation proposés par l'A.N.P.E. (A.F.P.A. etc...) et d'aides financières pour les stages d'organismes de formation privés.

LISTE DES DELEGATIONS REGIONALES AGEFIPH

AQUITAINE/POITOU-CHARENTES

4, Bd Jean-Jacques Bosc
33323 BEGLES CEDEX
Tél : 05 56 49 25 32
Fax : 05 56 49 66 74

AUVERGNE/LIMOUSIN

12, avenue Marx Dormoy, BP 357
63010 CLERMONT-FERRAND
Tél : 04 73 34 72 60
Fax : 04 73 34 80 10

BRETAGNE

Centre d'Affaires *Ile de France*, 4, Avenue Charles Tillon
35000 RENNES
Tél : 02 99 54 26 00
Fax : 02 99 59 37 88

BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE

Parc technologique de la Toison d'Or, 8, allée André Boulard, BP 683
21018 DIJON CEDEX
Tél : 03 80 77 85 56
Fax : 03 80 77 85 57

CENTRE

ABC 2, 35, avenue de Paris
45058 ORLEANS
Tél : 02 38 78 04 40

ILE DE FRANCE (SIEGE SOCIAL)

192, avenue Aristide Briand
92226 BAGNEUX CEDEX
Tél : 01 46 11 01 55
Fax : 01 46 11 01 52

LANGUEDOC ROUSSILLON

Parc Euro-Médecine, 1006, rue de la Croix Verte, Bâtiment 6
34198 MONTPELLIER CEDEX 5
Tél : 04 67 04 54 04
Fax : 04 67 04 52 62

LORRAINE/ALSACE

Hôtel Consulaire, 10, Viaduc Kennedy, BP 660
54063 NANCY CEDEX
Tél : 03 83 37 25 42
Fax : 03 83 90 81 41

MIDI PYRENEES

Innopole Voie n°2, rue de la Découverte, Buro-parc 3, BP 65
31675 LABEGE CEDEX
Tél : 05 62 24 94 97
Fax : 05 62 24 94 69

NORD/PAS DE CALAIS

238, rue de Paris
59040 LILLE
Tél : 03 20 14 57 20
Fax : 03 20 72 84 19

NORMANDIE

Immeuble « Les Galées du Roi, 30, rue Gadeau de Kerville
76107 SAINT SEVER ROUEN
Tél : 02 32 81 94 80
Fax : 02 32 81 94 81

PAYS DE LOIRE

Immeuble Cap Ouest, 2 bis, rue Robert Le Ricolais, Bâtiment C
44086 NANTES CEDEX 03
Tél : 02 40 52 54 10
Fax : 02 40 52 35 86

PICARDIE/CHAMPAGNE-ARDENNES

Immeuble Reims, 4^{ème} étage, 95, rue du Général Leclerc
51100 REIMS
Tél : 03 26 50 66 10

PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR/CORSE

Le Décisium, Bâtiment A1, 1, rue Mahatma Gandhi
13097 AIX EN PROVENCE CEDEX 2
Tél : 04 42 93 15 50
Fax : 04 42 93 15 40

RHONE-ALPES

29, rue Condorcet, Bâtiment 1010
38090 VILLEFONTAINE
Tél : 04 74 94 20 21
Fax : 04 74 94 08 93

ANTILLES/GUYANNE

Centre Delgrés, Hauts de Dillon, Escalier E
9722 FORT DE France
Tél : 00 596 60 12 16

L'ARRET DE TRAVAIL

- L'arrêt maladie
 - * Le régime général
 - * La Fonction Publique
 - * Le mi-temps thérapeutique
 - * Le régime artisans/commerçants

- L'invalidité
 - * Régime général
 - * Incidences sur le contrat de travail
 - * Fonction Publique
 - * Les régimes de prévoyance

- La retraite
 - * Le régime général
 - * La fonction publique et le régime artisans/commerçants

L'ARRET MALADIE

L'ARRET MALADIE DANS LE REGIME GENERAL

Au cours de la vie professionnelle, le médecin traitant peut être amené à prescrire un arrêt de travail pour une durée variable en fonction des problèmes de santé.

La Sécurité Sociale, pour les personnes salariées, verse alors une compensation financière sous forme d'indemnités journalières.

Conditions administratives :

- Pendant les six premiers mois d'arrêt maladie : il faut avoir effectué 200 heures de travail au cours des 3 mois, de date à date, ou du trimestre civil précédant l'arrêt de travail.
A défaut il faut avoir versé des cotisations pour un montant égal à celles dues pour un salaire équivalent à 1015 fois le SMIC pendant les 6 mois civils précédents (SMIC au 1^{er} jour des 6 mois civils).
- Après six mois d'arrêt de travail : il faut avoir été immatriculé depuis 12 mois au 1^{er} jour du mois de l'arrêt de travail et avoir effectué 800 heures de travail au cours des 12 mois ou des 4 trimestres civils précédant la date de l'arrêt de travail, dont 200 heures au cours des trois premiers mois ou du premier trimestre civil. A défaut avoir versé des cotisations égales à celles dues pour un salaire équivalent à 2030 fois le SMIC pendant les 12 mois civils précédents, dont 1015 fois pendant les 6 premiers mois (SMIC au 1^{er} janvier de l'année précédente).

DUREE

Elle dépend du motif de l'arrêt.

Lorsqu'un arrêt de travail est sans rapport avec l'affection de longue durée, le droit aux indemnités journalières est limité à 360 indemnités sur une période de 3 ans.

Lorsque l'arrêt de travail est en rapport avec l'affection de longue durée, les indemnités journalières peuvent être versées au maximum pendant 3 années, que ce soit en continue ou en fractionné.

Pour ouvrir droit à une nouvelle période d'indemnisation éventuelle, il faut avoir repris son activité professionnelle pendant un an minimum, sans interruption.

L'indemnité est servie à compter du quatrième jour d'arrêt de travail. Lorsqu'il s'agit d'un arrêt au titre de l'affection de longue durée, le délai de carence n'est appliqué qu'au premier arrêt de travail.

Lorsqu'un assuré est atteint de 2 ou plusieurs affections de longue durée, chaque affection individualisée ouvre droit, indépendamment l'une de l'autre, à un potentiel éventuel du service des indemnités journalières pour une période de 3 ans. Ainsi, un salarié ayant épuisé ses 3 années d'indemnisation au titre du diabète, pourrait être maintenu en arrêt de travail indemnisé, si son état le justifie, au titre d'une autre ALD (sclérose en plaque, par exemple) ou au titre d'un arrêt maladie ordinaire.

Lorsque le droit aux indemnités journalières est épuisé, la Sécurité Sociale évalue les droits à l'invalidité (voir ce chapitre).

REMARQUE

Ne sont pas imposables les indemnités journalières lorsqu'elles sont versées pour un arrêt maladie en rapport avec l'affection de longue durée (Décret n° 86-1380 du 31 décembre 1986 Journal Officiel du 1^{er} janvier 1987).

Maintien de droit :

A compter du 1^{er} janvier 2000, les personnes ne remplissant plus les conditions pour être affiliées à régime obligatoire continuent à être maintenues au droit aux prestations en espèce **pendant un an**, bien que le maintien aux prestations en nature soit passé à 4 ans.

AUTORISATION D'ABSENCE :

1) Absence pour maladie (Article 122-24-5 du Code du Travail) :

Ce texte, issu de la seconde loi sur la réduction du temps de travail (RTT), précise : « Tout salarié atteint d'une maladie grave au sens du 3° et 4° de l'article L 322-3 du Code de la Sécurité Sociale (liste des Affections de Longue Durée), bénéficie d'autorisation d'absence pour suivre les traitements médicaux rendus nécessaires par son état de santé. »

Ainsi, les diabétiques pourront s'absenter quelques heures par semaine, sans que l'employeur ne puisse s'y opposer.

A noter qu'il s'agit ici d'autorisation d'absence pour traitements, dialyse par exemple, et non d'absence pour le bilan.

2) Congé ou réduction d'activité pour enfant malade (Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000, JO du 24/12/2000 ; Article L 122-28-9 du Code du Travail et Article L 544-1 et L 544-7 nouveaux du Code de Sécurité Sociale) : voir le chapitre « L'enfant diabétique ».

INCIDENCE DE L'ARRÊT MALADIE SUR LE CONTRAT DE TRAVAIL

1) La maladie constitue dans un premier temps une cause de **suspension** du contrat de travail.

Généralement le maintien de tout ou partie du salaire est prévu, soit par convention collective, ou à défaut, par l'accord de mensualisation du 10.12.77, rendu applicable à la quasi totalité des salariés par la loi du 19.01.78. Dans ce cadre, certaines conditions sont exigées :

- ancienneté de 3 ans dans l'entreprise au 1^{er} jour d'absence,
- justification de l'absence dans les 48 heures,
- prise en charge par la Sécurité Sociale,
- soins en France ou à l'intérieur de l'Union Européenne.

L'indemnisation s'applique à compte du 11^{ème} jour d'arrêt, (du 1^{er} jour s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle).

Montant :

- 90 % du salaire brut pendant 30 jours,
- 2/3 du salaire pendant les 30 jours suivants.

Ces durées sont augmentées de 10 jours par période entière de 5 ans d'ancienneté (en plus des 3 ans initiaux) sans que chacune d'elles puisse dépasser 90 jours.

2) Bien qu'il soit interdit de licencier un salarié pour raison de santé, l'arrêt maladie peut entraîner une **rupture** du contrat de travail, lorsqu'il s'agit d'absence prolongée ou d'absences répétées. Toutefois, certaines conventions collectives contiennent des clauses dites de « garantie d'emploi » fixant la durée d'absence pour maladie pendant laquelle il est interdit de rompre le contrat, et éventuellement les conditions de la rupture au delà de la période de protection.

Les absences répétées ou prolongées constituent donc une cause de licenciement, à condition qu'elles apportent de graves perturbations dans le fonctionnement de l'entreprise. Les éléments d'appréciation de cette perturbation reposent sur le nombre et la durée des absences, la taille de l'entreprise, la nature des fonctions exercées.

Le licenciement pour absence ouvre droit également aux indemnités de licenciement.

L'ARRÊT MALADIE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Les fonctionnaires relèvent d'un régime différent.

Si leur état de santé nécessite un arrêt de travail, ils peuvent bénéficier d'un congé ordinaire de maladie pendant 1 an avec maintien du plein traitement pendant 3 mois, puis versement d'un demi traitement pendant 9 mois.

S'il s'agit d'un arrêt de travail lié à l'affection de longue durée, et à condition que la pathologie présente un caractère invalidant, le fonctionnaire peut solliciter un congé de longue maladie pendant 3 ans avec maintien du plein traitement pendant 1 an et demi traitement pendant 2 ans.

Ces congés peuvent être attribués en continue ou en fractionné.

Lorsque le droit est épuisé, il faut justifier d'une année minimum d'activité, sans interruption, pour retrouver un droit équivalent.

REMARQUE :

Lors d'un arrêt maladie, les fonctionnaires bénéficient d'un maintien de traitement. Celui-ci ne peut donc pas faire l'objet d'une exonération de l'impôt sur le revenu, même si l'arrêt est en rapport avec l'affection de longue durée, et même si le traitement est diminué de moitié.

LE MI-TEMPS THERAPEUTIQUE

Cette mesure existe à la fois dans le régime général de la Sécurité Sociale, et dans le régime des Fonctionnaires.

A la suite d'une détérioration de l'état de santé ayant entraîné un arrêt de travail, si le médecin ne peut évaluer l'aptitude à reprendre le travail à temps plein, un mi-temps thérapeutique peut être envisagé. Cette prescription doit faire suite à un arrêt complet de travail, au titre de l'ALD ou du Congé de Longue Maladie, et doit permettre une reprise de travail progressive, l'objectif étant toujours la reprise à temps plein.

DANS LE REGIME GENERAL :

Le médecin traitant prescrit le mi-temps thérapeutique, généralement pour 3 mois. La prescription est renouvelable, à condition que l'état de santé le justifie, tant que le droit aux indemnités journalières est ouvert. Le médecin du travail intervient pour l'entreprise. L'employeur ne peut pas s'opposer à la mesure.

Cette prescription est à adresser au médecin conseil de la C.P.A.M. qui après l'évaluation médicale du patient donne (ou non) son accord.

Les ressources se composent alors :

- Des indemnités journalières totales ou partielles
- De 50 % du salaire correspondant au mi-temps travaillé.

A l'issue du mi-temps thérapeutique, l'aptitude au travail est de nouveau évaluée :

- Soit la personne peut reprendre son activité à temps plein
- Soit la personne ne peut reprendre le travail à temps plein et le mi-temps thérapeutique est transformé en invalidité. (voir ce chapitre).
- Soit l'arrêt total en maladie est repris (si le droit est toujours ouvert).

DANS LA FONCTION PUBLIQUE :

La prescription du médecin traitant est adressée au Comité Médical Départemental qui donne son avis. S'il est favorable, l'Administration accorde le mi-temps. Le plein traitement est alors maintenu.

Le mi-temps thérapeutique ne peut excéder une durée de 1 an. Si ce droit est épuisé, il ne pourra pas être renouvelé car il n'est attribué qu'une seule fois pendant toute la carrière du fonctionnaire.

A l'issue du mi-temps thérapeutique, l'aptitude au travail est également évaluée :

- Soit le fonctionnaire peut reprendre son service
- Soit le Congé de Longue Maladie est de nouveau nécessaire (si le droit est toujours ouvert)
- Soit le fonctionnaire est placé en retraite pour inaptitude
- Soit il est placé en disponibilité d'office, s'il n'est pas inapte définitivement à ses fonctions, et s'il a épuisé ses droits à congés.

LE REGIME DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

L'arrêt de travail que tel n'existe sous forme obligatoire, que dans le régime « Artisans » à condition d'être dans l'incapacité physique temporaire de continuer ou de reprendre une activité professionnelle artisanale.

Le versement de l'indemnité intervient au 16^{ème} jour d'arrêt de travail et dure au maximum jusqu'au 90^{ème} jour d'arrêt. Le nombre d'indemnités est plafonné à 90 pour une période d'un an (maximum : 75 indemnités pour un arrêt continu).

L'indemnité journalière est égale à 50 % du revenu annuel moyen des 3 dernières années, avec un minimum de 40 % x 1/720^e du plafond annuel de sécurité sociale.

Lorsque l'état de santé est dégradé, et sous réserve de remplir les conditions administratives, les artisans/commerçants diabétiques peuvent solliciter leur régime obligatoire.

Deux sortes de prestations peuvent être servies, avant le soixantième anniversaire, sous forme de pension :

- **une pension pour incapacité au métier.** Le demandeur doit présenter un handicap au moins égal aux deux tiers par rapport aux conditions physiques acquises pour l'exercice de la profession concernée.
Le montant de la pension est égal à 50 % du revenu annuel moyen de base, calculé sur la base des 10 meilleures années cotisées, pendant les 3 premières années de reconnaissance du droit (consécutives ou non).

Au delà de 3 ans, le montant de la pension est réduit à 30 % du même revenu.

La pension peut être versée jusqu'au 60^{ème} anniversaire.

- **Une pension pour invalidité totale et définitive.** Il faut dans ce cas être reconnu inapte à l'égard de toute activité rémunératrice, quelle qu'elle soit.
Le montant de la pension est égal à 50 % du revenu annuel moyen de base, calculé sur la base des 10 meilleures années de cotisation.
Si les ressources totales ne dépassent pas le minimum autorisé, les titulaires de cette pension peuvent bénéficier de l'allocation supplémentaire (ex Fonds National de solidarité).

Les 2 pensions ne peuvent être, ni inférieurs au montant de l'allocation aux vieux travailleurs non salariés même pour la pension à 30 %, ni supérieure à 50 % du plafond de la Sécurité Sociale.

Une majoration peut être attribuée en plus des 2 pensions lorsque le bénéficiaire est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

L'INVALIDITE REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

Les personnes qui présentent une capacité de travail ou de gain réduite au moins des 2/3 peuvent bénéficier d'une pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale si elles remplissent les conditions d'admission administratives.

Cette incapacité peut être constatée soit au cours d'un arrêt de longue maladie, soit à la suite d'une détérioration brutale de l'état de santé.

Les conditions administratives :

- être assuré personnellement
- avoir moins de 60 ans
- être immatriculé depuis au moins 12 mois
- avoir travaillé
 - soit au moins 800 heures au cours des 12 mois ou 4 trimestres civils précédant la date de l'arrêt de travail ou de la constatation de l'invalidité prématurée, dont 200 heures au cours des 3 premiers mois ou du 1^{er} trimestre civil.
 - soit justifier d'un montant minimum de cotisations à l'assurance maladie (2030 fois la valeur du SMIC au 1^{er} janvier qui précède la période de référence, dont 1015 fois au cours des 6 premiers mois.

L'initiative de la demande appartient à la Caisse mais à défaut, l'assuré peut déposer lui même une demande. Il faut savoir que dans ce cas, le paiement des indemnités journalières est interrompu jusqu'à la décision.

Les catégories d'invalidité :

Une fois, la constatation de la réduction de la capacité de travail établie, le médecin conseil classe l'assuré en fonction de 3 catégories.

➤ 1^{ère} catégorie :

Il s'agit des invalides capables d'exercer une activité rémunérée.

Le montant de la pension est égal à 30 % du salaire moyen annuel, calculé sur les 10 meilleures années de cotisation.

La personne peut poursuivre une activité professionnelle, généralement à mi-temps.

➤ 2^{ème} catégorie :

Invalides absolument incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Le montant de la pension est égal à 50 % du salaire moyen annuel.

REMARQUE :

Un employeur ne peut valablement utiliser la notification d'une attribution de pension d'invalidité 2^{ème} catégorie pour licencier d'office un salarié. Le licenciement prononcé à ce seul motif est nul. (voir paragraphe incidence sur le contrat de travail).

La pension peut être révisée, suspendue ou supprimée par la caisse si la capacité de gain de l'intéressé devient supérieure à 50 % ou en cas de reprise d'une activité salariée si le montant cumulé de la pension et des salaires excèdent pendant 2 trimestres consécutifs, le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile travaillée.

➤ 3^{ème} catégorie :

Invalides incapables d'un travail quelconque et devant faire appel à l'aide d'une tierce personne pour les actes de la vie courante. Il s'agit là d'être dans l'impossibilité d'accomplir seul LA PLUPART des actes essentiels de la vie courante, et pas seulement un acte isolé.

Le montant de la pension est égal au montant de la pension de 2^{ème} catégorie majoré de 40 %. Cette majoration pour tierce personne, ne peut être inférieure à un minimum fixé.

REMARQUES :

- La pension n'est pas réduite en cas d'hospitalisation.
- Pour apprécier l'intérêt pour l'assuré d'avoir l'initiative de la demande de pension, il faut prendre en compte que :
 - les indemnités journalières versées dans le cadre d'une A.L.D. ne sont pas imposables alors que la pension d'invalidité l'est.
 - les indemnités journalières sont calculées sur le salaire brut (plafonné) des 3 mois précédant l'arrêt de travail. La pension d'invalidité est calculée sur le salaire moyen annuel des dix meilleures années de cotisation à concurrence du plafond de la Sécurité Sociale.
 - lorsqu'un assuré n'a pas cotisé pendant 10 ans, le calcul du salaire annuel moyen est effectué au prorata des années de cotisations justifiées.

Attention :

- Si la demande de pension est effectuée par l'assuré au cours d'un arrêt maladie, le versement des indemnités journalières est interrompu jusqu'à la décision de la Sécurité Sociale.
- La pension d'invalidité peut être demandée au cours de l'indemnisation par les ASSEDIC.
- La pension d'invalidité peut se cumuler avec des indemnités journalières dans certaines conditions (si l'arrêt de travail a une autre cause que la mise en invalidité et si l'état de santé n'était pas stabilisé).
- Elle peut aussi se cumuler avec les allocations ASSEDIC.

Les salariés privés d'emplois titulaires d'une pension d'invalidité 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie peuvent bénéficier d'une allocation différentielle. Le montant de l'allocation chômage est égal à la différence entre le montant de l'allocation unique dégressive et celui de la pension d'invalidité perçue.

- Lorsque les ressources sont inférieures à un plafond établi, le montant de la pension peut être complété par **l'Allocation Supplémentaire (ex Fonds National de Solidarité)**. Cette prestation peut être versée totalement ou partiellement, en fonction du montant de ressources.

N.B. Pour l'évaluation des revenus, le montant de l'allocation est intégré fictivement aux ressources réellement perçues.

Le versement de l'allocation supplémentaire est suspendu en cas de transfert de domicile à l'étranger. De même, l'allocation est suspendue pour les étrangers en cas de départ du territoire français.

Les sommes versées au titre de cette prestation sont récupérables sur la succession si celle-ci est supérieure à 38 112 €uros.

INCIDENCES DE LA MISE EN INVALIDITE SUR LE CONTRAT DE TRAVAIL

La mise en invalidité ne constitue en aucun cas un motif de licenciement.

Lorsque le salarié est reconnu inapte par le médecin du travail, l'employeur doit le reclasser. Le manquement à cette obligation rend le licenciement sans cause réelle et sérieuse (voir chapitre médecine du travail).

La décision de classement en invalidité d'un assuré n'a pas de relation directe sur la relation contractuelle entre le salarié et son employeur.

La mise en invalidité peut avoir trois conséquences :

- Le salarié classé en invalidité ne se présente pas dans l'entreprise à la fin des arrêts de travail et n'informe pas son employeur du classement en invalidité. L'employeur peut lui demander de justifier son absence. Si le salarié ne répond pas, il peut le licencier pour faute (absence non justifiée) mais ne peut en aucun cas le considérer comme démissionnaire. L'employeur peut également ne prendre aucune initiative, le contrat de travail reste alors suspendu.
- Le salarié informe l'employeur de son classement en invalidité, sans exprimer le souhait de reprendre son travail. L'employeur peut :
 - décider de laisser le contrat de travail suspendu
 - demander au salarié de reprendre le travail et de passer la visite médicale.
Si le salarié accepte ; le médecin du travail peut le déclarer inapte auquel cas il demande le reclassement (voir chapitre médecine du travail).

Si le salarié refuse la visite médicale, ce refus est une cause réelle et sérieuse de licenciement.

- décider de rompre le contrat de travail. Il doit organiser la visite de reprise auprès du médecin du travail et procéder au licenciement dans les conditions prévues par l'article L. 122-24-4 du Code du Travail (voir chapitre médecine du travail).
- Le salarié souhaite mettre fin à la période de suspension du contrat de travail. Il doit passer la visite de reprise auprès du médecin du travail. Si l'employeur refuse, le salarié doit saisir l'inspection du travail et le tribunal des Prud'hommes pour faire constater la rupture du contrat. Si le salarié demande directement au médecin du travail le bénéfice d'un examen, celui-ci constitue une visite de pré reprise qui devra être suivie d'une visite de reprise.

L'INVALIDITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Les fonctionnaires peuvent bénéficier lorsqu'ils sont atteints d'une incapacité permanente d'un droit à pension déterminé suivant le nombre d'années de service, le taux d'incapacité évalué par la commission de réforme et le traitement de base.

Le montant de la pension proprement dite est fixé à 2 % du dernier traitement multiplié par le nombre d'annuités liquidables.

Un minimum est garanti pour les fonctionnaires qui ont moins de 25 ans de service, si le taux d'invalidité contractée ou aggravée pendant une période d'acquisition des droits à pension est égal ou supérieur à 60 %. (Le taux d'invalidité préexistant à la titularisation n'est pas pris en compte) ; le montant de la pension est alors élevé à 50 % du traitement de base.

Si l'invalidité est imputable au service, une rente viagère s'ajoute à la pension proprement dite. Son montant est fixé à la fraction du traitement de base égale au taux d'invalidité accordé.

REMARQUES :

- L'attribution d'une pension d'invalidité entraîne, pour le fonctionnaire, sa radiation des cadres par anticipation.

Ce régime ne permet donc pas d'avoir une pension réduite (équivalent à la 1^{ère} catégorie du régime général) et si le fonctionnaire souhaite garder une activité à temps partiel dans la Fonction Publique, il ne percevra aucune prestation en compensation.

Les diabétiques ne pouvant effectuer un temps plein mais souhaitant poursuivre une activité professionnelle sont donc défavorisés par ce régime moins souple que le régime général.

- Dans certaines conditions (plus de 25 ans de service notamment) une majoration spéciale pour assistance d'une tierce personne peut éventuellement être versée.

LES REGIMES DE PREVOYANCE

Les diabétiques qui doivent interrompre prématurément leur carrière professionnelle, se posent souvent le problème du maintien des ressources.

Les différents régimes de Protection Sociale permettent au mieux de percevoir 50 % du salaire (la pension d'invalidité étant limitée à 50 % du plafond de la Sécurité Sociale, plus le salaire est élevé plus la différence entre la pension et le salaire est grande).

Les diabétiques qui ont souscrit des garanties « Incapacité de travail » (soit par l'entreprise, soit à titre individuel) peuvent maintenir leurs ressources car la compagnie d'assurance complète le montant de indemnités journalières ou de la pension d'invalidité, généralement à hauteur du salaire précédant l'arrêt de travail.

Malheureusement, dans la plupart des cas, les contrats d'entreprise ne prévoient, ce type de garanties que pour les cadres. Il est donc judicieux de bien se renseigner sur le régime de prévoyance (de nombreuses personnes confondent les garanties « Complémentaire de soins » et les garanties « Prévoyance/Incapacité de travail ») dont on peut bénéficier et éventuellement le compléter par des garanties souscrites à titre individuel.

SITUATIONS PARTICULIERES :

Un salarié en cours d'indemnisation au titre du régime de prévoyance de son entreprise, ne perd pas cet avantage s'il est licencié de l'entreprise. Il continuera à percevoir, si son état le justifie, les indemnités journalières complémentaires, puis éventuellement la rente d'invalidité complémentaire, à condition qu'il n'y ait pas d'interruption entre les deux types de prestation.

En revanche, si le licenciement intervient avant le début de l'indemnisation, aucun droit ne sera ouvert au titre de la prévoyance entreprise, et le salarié ne pourra prétendre qu'à l'indemnisation du régime général, à concurrence du plafond de la sécurité sociale.

REMARQUE :

Plus ces garanties sont prises tôt ou avant que des complications n'apparaissent, plus les chances d'être accepté par les compagnies sont grandes.

LA RETRAITE

LA RETRAITE DANS LE REGIME GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE

Les Textes Officiels :

Code de la Sécurité Sociale article 331 à 354.

Modifiés en dernier lieu par Ordonnance du 26 mars 1982 (Journal Officiel du 28 mars 1982).

Ordonnance du 30 mars 1982 (Journal Officiel du 31 mars 1982).

Décret n° 93-1022 du 27 août 1993.

RAPPEL de la législation sur la PENSION DE RETRAITE

Actuellement, pour obtenir à 60 ans une retraite à taux plein, il faut justifier de 158 trimestres de cotisation (assurés nés en 1941). Il n'est pas nécessaire de travailler pendant 3 mois civils pour valider un trimestre de cotisation. Il suffit d'avoir perçu pendant ce trimestre 200 SMIC horaire.

Au terme d'une période transitoire, soit en 2008, les assurés devront avoir cotisé 160 trimestres (40 ans), pour pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein (50 %), qui sera calculée sur la moyenne des 25 meilleures années de cotisation. D'ici là (2008), la réforme entre en vigueur de façon progressive.

ANNEE DE NAISSANCE	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
60 ans en...	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de trimestres	158	159	160	160	160	160	160	160
Nombre d'années de référence	18 ans	19 ans	20 ans	21 ans	22 ans	23 ans	24 ans	25 ans

Exemple :

Un salarié né en 1941 aura **60 ans en l'an 2001**.

Il devra justifier de **158 trimestres** de cotisation.

Le calcul de la pension sera établi sur la base des **18 meilleures années de cotisation**.

FORMULE DE CALCUL :

Pension = (**D** divisé par 150) multiplié par **S**, multiplié par **T**.

Trois paramètres sont utilisés :

- **D** est la durée d'assurance, c'est à dire le nombre de trimestres ;
- **S** est le salaire de base annuel limité au plafond de sécurité sociale ;
- **T** est le taux. Il varie en fonction du nombre de trimestres. Si tous les trimestres sont justifiés, le taux sera plein, soit 50 %. S'il manque des trimestres, le taux sera affecté d'un coefficient réducteur.

Le droit à une retraite à taux plein (50 % du salaire moyen de base) est ouvert aux assurés dès 60 ans à condition de totaliser le nombre de trimestres requis en fonction de son année de naissance.

Ce droit ne constitue cependant pas une obligation.

Par contre, si l'on décide de poursuivre une activité professionnelle au delà de 60 ans alors qu'on totalise déjà le nombre de trimestres d'assurance, on n'améliore pas le montant de sa retraite.

Lorsqu'on a cotisé à plusieurs régimes au cours de sa carrière professionnelle, par exemple régime général et régime artisan, il sera tenu compte de la totalité de la durée d'assurance. Chaque régime applique ensuite un prorata par rapport à la durée effective d'assurance dans son organisme.

Mais, certains assurés bénéficient du taux plein sans avoir à justifier du nombre de trimestres d'assurance correspondant à leur année de naissance. Il s'agit des assurés relevant des catégories suivantes :

- **assurés reconnus inaptes au travail**
- anciens déportés
- mères de famille salariées justifiant de 30 années d'assurance et qui ont élevé au moins trois enfants pendant 9 ans avant leur 16^{ème} anniversaire et qui ont exercé un travail manuel ouvrier pendant 5 ans au cours des 15 dernières années de travail
- anciens prisonniers de guerre ou anciens combattants.

LA RETRAITE POUR INAPTITUDE

La législation générale s'applique bien entendu aux diabétiques mais ils sont particulièrement concernés par l'article L 332 du Code de la Sécurité Sociale, c'est à dire qu'ils peuvent faire partie de la catégorie des assurés inaptes au travail qui bénéficient de la pension à taux plein bien qu'ils ne totalisent pas le nombre requis de trimestres de cotisations à 60 ans.

Deux cas peuvent se présenter :

- 1- Un assuré diabétique ne travaille plus et bénéficie d'une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale. A 60 ans, la pension de vieillesse se substitue à la

pension d'invalidité et il est automatiquement considéré inapte au travail. Il percevra sa retraite à taux plein sans avoir à justifier le nombre des trimestres requis de cotisation.

ATTENTION : le montant de la pension de retraite peut être inférieur au montant de la pension d'invalidité. Dans le premier cas (invalidité), le salaire de base servant à établir le montant de la pension est calculé sur la moyenne des 10 meilleures années de cotisation. Dans le deuxième (retraite), la moyenne dépend de l'année de naissance (voir tableau début du chapitre).

Par ailleurs, les années pendant lesquelles la pension d'invalidité a été versée sont prises en compte pour le calcul des trimestres d'assurance, mais ne le sont pas pour le calcul du salaire annuel moyen.

Les années de versement de l'Allocation Adulte Handicapé ne sont pas prises en compte pour le calcul de la durée d'assurance.

- 2- Un assuré diabétique exerce une activité professionnelle ou ne travaille plus depuis plusieurs années sans percevoir de pension d'invalidité et souhaite prendre sa retraite à 60 ans bien qu'il ne totalise pas le nombre requis de trimestres de cotisation. Il peut demander la liquidation de sa pension au titre de l'inaptitude. Il joindra alors à sa demande un rapport de son médecin traitant et du médecin de travail de son entreprise. Si cette inaptitude est reconnue, il percevra lui aussi sa retraite à taux plein malgré les trimestres manquants.

Reconnaissance de l'inaptitude :

Pour être reconnu inapte au travail, l'assuré doit justifier d'une incapacité de travail de 50 % médicalement constatée.

L'état d'inaptitude est apprécié à 2 niveaux :

- en fonction de l'emploi occupé par l'intéressé à la date de sa demande,
- en fonction d'une évaluation médicale de l'incapacité de travail.

Lorsque l'intéressé n'a pas exercé d'activité professionnelle au cours des 5 années précédant la demande, il est reconnu inapte uniquement sur la constatation médicale d'incapacité de travail de 50 %.

L'inaptitude est appréciée par la Caisse Régionale Vieillesse dont dépend l'assuré.

Ainsi, tous les diabétiques, qu'ils travaillent ou non, qu'ils aient le nombre de trimestres de cotisation requis ou moins, peuvent demander la liquidation de leur retraite à 60 ans dès lors qu'ils justifient d'une incapacité de travail de 50 %.

L'ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE (ex-FNS)

Elle peut être versée en complément de la pension de retraite si les ressources annuelles ne dépassent pas 6 997,74 € pour une personne seule. Dans ce cas,

le cumul intégral de l'allocation de base avec l'allocation supplémentaire est autorisé.

Pour un couple, le plafond de ressources est fixé à 12 257 €uros, mais le cumul n'est pas permis.

Conditions :

- ◆ Etre âgé de 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude
- ◆ Résider en France (Attention, pour les étrangers, un départ de France, même pour congés, entraîne la suspension du versement de l'allocation.
- ◆ Recevoir un avantage vieillesse
- ◆ Ne pas dépasser le plafond de ressources

A la pension de retraite du régime général s'ajoute la pension de **retraite complémentaire** ARRCO pour tous les salariés, ou AGIRC pour les cadres. La liquidation des pensions de retraite complémentaire intervient généralement, à condition d'en faire la demande, en même temps que la liquidation de la retraite du régime général.

LA RETRAITE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Le droit à pension est acquis au fonctionnaire titulaire après au moins 15 années de services effectifs ou quelque soit la durée de service en cas de maladie ou d'infirmité imputable ou non au service, si l'incapacité d'exercer ses fonctions est totale et définitive.

Le fonctionnaire peut entrer en jouissance de sa pension :

- immédiatement en cas de retraite pour invalidité
- à partir de 55 ans lorsque sont justifiées 15 années de service
- à partir de 60 ans dans tous les autres cas.

Le montant de la pension résulte du nombre d'annuités multiplié par le traitement de base multiplié par 2 % soit une pension maximum de 80 % du traitement. Le nombre d'annuités maximum étant de 40.

Ce montant peut être augmenté :

- de 10 % pour les fonctionnaires qui ont élevé 3 enfants et de 5 % en plus par enfant supplémentaire ;
- d'une majoration pour tierce personne pour les titulaires d'une pension d'invalidité incapables d'exercer seuls les actes essentiels de la vie quotidienne.

Remarque :

Lorsqu'un diabétique a exercé pour partie sa vie professionnelle dans une entreprise privée et pour l'autre partie dans la fonction publique, 2 cas sont possibles :

- s'il termine sa carrière dans la fonction publique et s'il a au moins 15 années de service, sa pension vieillesse du régime général pourra être liquidée au titre de l'inaptitude (à taux plein) sous réserve d'avoir obtenu la reconnaissance de son invalidité par la fonction publique.
- s'il a travaillé au moins 15 ans dans la fonction publique et a poursuivi sa carrière dans le privé, il pourra demander la liquidation de sa retraite à 60 ans pour inaptitude au régime général de la Sécurité Sociale, cela sera sans incidence sur sa pension fonction publique.

LA RETRAITE DANS LE REGIME TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

Ce régime prévoit également le versement d'une pension de retraite, dont les conditions d'attribution sont calculées exactement comme celles des salariés.

L'importance de la retraite dépend, comme dans le régime général, de 3 éléments :

- le montant des revenus,
- le taux de la retraite,
- la durée d'assurance.

La retraite pour inaptitude existe également dans ce régime et ouvre droit aux mêmes avantages que dans le régime général.

DIABETE ET VIE SOCIALE

1) DANS TOUS LES CAS...

- Le permis de conduire
 - * La législation
 - * La commission médicale
- Les assurances
 - * Automobile, habitation, assistance/voyage, dépendance
- Les services de télé assistance
- Les impôts

2) QUAND LE DIABETE SE COMPLIQUE...

- La carte d'invalidité
- L'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.)
- Le complément d'autonomie
- L'allocation compensatrice
- L'Allocation personnalisée d'autonomie (A.P.A.)

LE PERMIS DE CONDUIRE

L'ARRETE DU 7 Mai 1997 (paru au Journal Officiel le 29.05.97) et modifiant des textes de 1962, 1973, 1975, 1988, 1991, fixe la liste des incapacités physiques incompatibles avec l'obtention ou le maintien des permis de conduire.

Le diabète sucré, insulino-dépendant ou non insulino-dépendant figure sur cette liste.

Ce texte reprend la Directive du Conseil des Communautés européennes n° 91/439/CEE du 29 juillet 1991, et l'avis de la Commission européenne en date du 28 novembre 1996.

DEUX CAS SONT A ENVISAGER :

1- VOUS ETES DIABETIQUE ET VOUS ETES CANDIDAT AU PERMIS DE CONDUIRE :

Que vous soyez diabétique insulino-dépendant ou non insulino-dépendant, vous devez obligatoirement, si vous êtes candidat à l'examen du permis de conduire déclarer votre maladie. Sur la demande de permis de conduire que vous remplissez pour la Préfecture de Police (voir annexe 4 : CERFA N° 47-0196) la question « êtes vous atteint de diabète » vous est explicitement posée, vous ne pouvez donc pas invoquer l'ignorance.

Une fausse déclaration peut d'une part entraîner la nullité de votre permis, et d'autre part engager votre responsabilité civile et pénale.

Suite à cette déclaration, vous serez convoqué devant une Commission Médicale qui déterminera la durée de validité de votre permis de conduire temporaire en fonction de votre état de santé. Cette durée ne peut être inférieure à 6 mois, ni excéder 5 ans.

La Commission Médicale fixe la durée de validité à chaque demande de renouvellement.

La règle s'applique également pour la conduite accompagnée.

REMARQUES :

- Si le diabète est diagnostiqué alors que l'inscription au permis est effectuée, mais que l'examen n'a pas eu lieu, il n'y a pas lieu d'en faire la déclaration, et le candidat recevra un permis définitif.
- Si le diabète n'a pas été déclaré dans le dossier de candidature au permis, par méconnaissance de la législation, il est toujours possible d'écrire au

service des permis de la Préfecture de police du domicile, en indiquant que l'on souhaite régulariser la situation. Cette déclaration entraînera une convocation devant la commission médicale, qui transformera le permis définitif en permis temporaire.

- Cette législation vise uniquement les permis de conduire des véhicules légers figurant dans le **Groupe 1** (Permis A et B).
En ce qui concerne les véhicules du **Groupe II** (Taxis, ambulances, auto-école, véhicules de ramassage scolaire, poids lourds, voitures de remise et transport en commun), la visite médicale est obligatoire pour tous, mais pour les diabétiques, la compatibilité avec l'obtention des permis C-D-E dépend du type du diabète :
 - Diabète non insulino-dépendant (type 2) :
Une visite médicale détermine, comme pour tous les titulaires de ces permis, votre capacité à conduire de tels véhicules.
 - Diabète insulino-dépendant (type 1) :
Vous ne pouvez pas obtenir le permis de conduire des véhicules du Groupe II.

2- VOUS AVEZ OBTENU VOTRE PERMIS AVANT D'ETRE DIABETIQUE :

Si votre diabète est postérieur à l'obtention de votre permis de conduire, vous n'êtes pas tenu à une déclaration auprès des services de la Préfecture de Police. Vous pouvez donc conserver le permis permanent de tourisme normal que vous possédez.

Toutefois le Préfet a la possibilité de convoquer devant la Commission Médicale :

- Les conducteurs ayant été condamnés pour certaines infractions graves.
- Les conducteurs qui ont fait l'objet d'une suspension du droit de conduire d'une durée supérieure à 1 mois.
- Les conducteurs impliqués dans un accident corporel de la circulation routière.

E plus, vous pouvez être soumis à cette visite médicale, si vous informez la Préfecture de votre état lors d'une demande d'un nouveau permis par exemple (moto, caravane).

Cette convocation devant la Commission Médicale aura pour effet de transformer votre permis permanent en permis temporaire.

ATTENTION : Même si votre état de diabétique insulino-dépendant est postérieur à l'obtention des permis de conduire les véhicules du groupe II, vos permis ne peuvent plus être maintenus (sauf dérogation exceptionnelle et temporaire, après avis du spécialiste). Le médecin du travail, lors de la visite annuelle déclarera l'inaptitude au poste, si votre activité professionnelle nécessite ce type de permis (pour les chauffeurs de poids lourds, transport en commun, taxis, ambulances, etc... voir le chapitre VIE PROFESSIONNELLE).

REMARQUES :

- Les restrictions pour les diabétiques non insulino-dépendants sont liées aux complications oculaires et cardio-vasculaires. La Commission Médicale déterminera la compatibilité temporaire ou l'incompatibilité du maintien du permis de conduire.
- De même, dans le cas du passage d'un traitement par comprimés à un traitement à l'insuline, s'appliquent les conditions restrictives de la délivrance ou du maintien du permis de conduire temporaire pour les diabétiques de type 1.
- La durée du renouvellement du permis de conduire est variable, elle ne peut être inférieure à 6 mois et ne peut excéder 5 ans avant 60 ans, 2 ans à partir de 60 ans et 1 an à partir de 76 ans.

LA COMMISSION MEDICALE PRIMAIRE DEPARTEMENTALE :

Le Préfet organise dans son département les Commissions Médicales pour la délivrance ou le maintien du permis de conduire.

Chaque commission doit comprendre deux médecins généralistes, ces médecins sont désignés et agréés pour une durée de 2 ans par arrêté préfectoral.

Les personnes soumises à l'examen médical sont examinées par les deux membres de la commission. Dans le cas où les médecins généralistes souhaitent l'avis d'un spécialiste, il est demandé à l'intéressé de subir un examen par le spécialiste de la commission, dans la discipline concernée par les troubles.

Mais dès lors qu'une incapacité physique incompatible est constatée, le refus est obligatoire, la commission devant se borner à la constatation sans interprétation.

Les frais de cette visite médicale sont à la charge de la personne puisqu'ils ne sont pas remboursables par la Sécurité Sociale (article L 321-1 du code de la Sécurité Sociale).

Le tarif de la visite médicale est passé à 140 francs en 1999 dans la région parisienne, et dans la plupart des départements. Il est identique pour l'année 2001.

La consultation éventuelle chez le spécialiste est également à la charge de l'intéressé.

LA COMMISSION MEDICALE DEPARTEMENTALE D'APPEL :

Cette commission est constituée par arrêté préfectoral dans les mêmes conditions que la commission primaire.

Elle comprend au minimum :

- Trois médecins généralistes choisis par le préfet en dehors de ceux désignés pour les commissions primaires et qui assurent successivement les fonctions de Président.
- Trois médecins pour chacune des spécialités suivantes : Cardiologie, Urologie, Ophtalmologie, Oto-rhino-laryngologie, Psychiatrie, Neurologie, Chirurgie orthopédique, Rééducation fonctionnelle et dans la mesure du possible, Diabétologie et Endocrinologie.

La commission siège valablement dès lors qu'elle est composée du médecin généraliste et du médecin spécialiste dans les affections pour lesquelles les candidats subissent l'examen d'appel.

Comme la commission primaire, la commission d'appel constate ou non l'existence d'une incapacité et prend la décision qui en découle obligatoirement.

Le tarif à payer par le candidat est celui du ou des médecins dans leur cabinet.

Cette commission peut être saisie par l'intéressé en cas de désaccord avec la décision de la commission primaire, en adressant sur papier libre, les motifs de la contestation à la Préfecture.

REMARQUES :

Il est toujours utile de se présenter à ces visites médicales, muni du carnet de surveillance, des derniers résultats d'examens biologiques (hémoglobine glyquée, fructosamine, etc...) et d'un certificat médical du diabétologue traitant précisant si le diabète est bien équilibré, l'existence ou non de complications et l'absence d'incompatibilité avec la conduite automobile.

Références des textes :

- Arrêté du 7 mai 1997 (Journal Officiel du 29 mai 1997)
- Directive du Conseil des Communautés européennes 91/439/CEE du 29 juillet 1991 et avis de la Commission européenne du 28 novembre 1996
- Arrêté du 4 octobre 1988 (Journal Officiel du 5 novembre 1988)
- Articles R 123 à R 129 et R 186 du code de la route
- Arrêté Ministériel de l'Équipement du 7 mars 1973 (Journal Officiel du 24 juin 1973)

LES ASSURANCES

Les personnes diabétiques sont atteintes d'une maladie chronique qui peut engendrer des complications plus ou moins invalidantes. Les compagnies d'assurance pensent donc qu'elles présentent un facteur de risque plus important que d'autres personnes.

C'est pourquoi, en l'absence d'études infirmant cet à priori, les compagnies d'assurance refusent d'assurer certaines garanties et/ou surpriment les diabétiques.

Cette position a entraîné d'importantes difficultés pour les personnes diabétiques :

- Difficulté d'obtenir une assurance complémentaire de soins
- Refus d'un prêt immobilier par la banque parce que la compagnie refusait d'assurer l'emprunteur diabétique
- Surprimes importantes et limitation des risques garantis

Devant ces difficultés et l'impuissance à faire valoir son point de vue (les contestations sont toujours vaines), de nombreux diabétiques ne déclarent pas leur diabète dans les questionnaires de santé.

Malheureusement, cette attitude leur est encore plus préjudiciable : les primes d'assurance sont versées en pure perte puisque les contrats sont nuls du fait de cette omission.

En effet, l'article L 113-8 du code des assurances stipule : « *Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.*

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. »

Il ne faut donc jamais omettre de déclarer son état diabétique et s'assurer que cette précision figure sur le contrat. En effet, les intermédiaires qui font signer ces contrats ont parfois tendance, pour que les contrats soient acceptés par la compagnie, à ne pas remplir avec rigueur les questionnaires. Ce fait est la plupart du temps impossible à prouver ultérieurement et c'est la personne diabétique, malgré sa déclaration verbale, qui est pénalisée, puisque c'est elle qui a signé le formulaire.

Ce préambule posé, les diabétiques peuvent depuis 1989, date de naissance des premiers contrats « spécial diabète », être bien assurés dans la grande majorité des cas.

L'ASSURANCE AUTOMOBILE

Jusqu'à tout récemment, ce secteur de l'assurance épargnait les diabétiques car aucun questionnaire de santé n'était posé.

Toutefois l'article L 113-8 s'applique pour ces garanties comme pour les autres et les compagnies font de plus en plus souvent apparaître sur leurs contrats une clause du type « *Je déclare ne pas présenter à ma connaissance de risques particuliers* » ou « *ne pas être atteint d'une affection aggravant le risque...* ».

Il est donc vivement conseillé d'informer la compagnie de l'état diabétique, cela n'entraîne en général aucune surprime et vous garantit en cas de litige.

Pour ceux qui ont des contrats en cours, il est possible de régulariser la situation en adressant à la compagnie une déclaration par courrier en recommandé dont il faut garder le double ainsi que le récépissé.

Les compagnies n'ont, le plus souvent, aucune réaction mais cette déclaration est suffisante pour qu'il ne soit plus possible d'invoquer l'article L 113-8.

En cas de problèmes particuliers le Département Social de l'A.F.D peut fournir les coordonnées des compagnies qui assurent les diabétiques sans surprime.

ATTENTION : Pour éviter tout problème avec l'assurance automobile, il faut être en règle avec la législation sur les permis de conduire (voir ce chapitre).

L'ASSURANCE HABITATION

Aucun questionnaire de santé n'est imposé dans ce type de contrat. Par conséquent, le diabète ne pose aucun problème.

L'ASSURANCE ASSISTANCE/VOYAGE

La plupart des contrats d'assurance assistance/voyage ne couvrent pas les pathologies déjà existantes lors de la signature des contrats. C'est le cas par exemple des garanties voyage liées aux cartes bancaires.

Quelques compagnies d'assurance acceptent de couvrir les maladies préexistantes, à condition qu'elles n'aient pas entraîné de décompensation, c'est à dire occasionné une hospitalisation, dans les 6 mois précédent le départ. Mais attention, le traitement habituel n'est jamais couvert. Il faut toujours l'emmener avec soi, en comptant large, pour anticiper les imprévus.

Il est bon de vérifier si le contrat comporte aussi une clause d'assurance annulation.

L'ASSURANCE DEPENDANCE

A l'heure actuelle, la plupart des contrats d'assurance dépendance proposés excluent les pathologies préexistantes. Les diabétiques n'ont donc pas intérêt à souscrire un tel contrat.

Certaines sociétés d'assurance acceptent cependant de garantir le diabète, selon l'état de santé et moyennant une surprime, sur décision du médecin de l'assureur. Le service social de l'AFD vous informera sur ces contrats.

TELE ASSISTANCE

Les personnes diabétiques isolées sont parfois inquiètes des conséquences éventuelles d'une hypoglycémie sévère.

Des services de télé assistance permettent d'être rattaché, par le biais du téléphone, à un fichier médical d'urgence.

Ce fichier est constitué de dossiers individuels correspondant aux abonnés et sur lesquels sont notés les soins d'urgence à dispenser, les coordonnées du médecin traitant et les personnes de l'entourage à prévenir.

L'appel à ce service peut se faire à l'aide d'une télécommande qui émet un signal au récepteur placé sous le téléphone et qui a pour effet de composer le numéro du service d'urgence automatiquement.

Lorsque le service d'urgence reçoit l'appel, il rappelle l'abonné pour vérifier qu'il ne s'agit pas d'une fausse manœuvre. En cas de non réponse il déclenche l'intervention des secours appropriés.

Ces services permettent donc d'améliorer la sécurité des diabétiques qui vivent seuls (étudiants, parent seul avec de jeunes enfants et personnes âgées).

L'abonnement à ce type de service peut être pris en charge partiellement par le fonds d'aide sociale de certaines communes, par certaines caisses vieillesse ou encore par certaines mutuelles.

A titre indicatif nous communiquons 4 adresses :

PRESENCE VERTE

(dépend des caisses de mutualité sociale agricole)

Siège social : 8/10 rue d'Astorg

75413 PARIS Cedex 08

01 44 56 86 89

AMIFIL

A.E.T.A.

361 avenue du Général de Gaulle

92140 CLAMART

01 41 36 12 12

FIL BLEU

AXA

22 rue du Gouverneur Général Eboué

92298 ISSY LES MOULINEAUX CEDEX

Tél : 01 55 92 41 71 et 72

Fax : 01 55 92 40 55

CEDI

81-89 rue du Port

BP 185

93304 AUBERVILLIERS CEDEX

LES IMPOTS

Le Code Général des Impôts a prévu certaines mesures en faveur des personnes malades et/ou handicapés.

1. IMPOTS SUR LE REVENU I.R.P.P.

1) Vous êtes (ou vous avez été au cours de l'année) en arrêt de maladie ordinaire
⇒ Les indemnités journalières sont imposables. La CPAM vous adresse un récapitulatif du montant à déclarer.

2) Vous êtes (ou vous avez été au cours de l'année) en arrêt de maladie au titre de l'affection de Longue Durée (ALD)
⇒ Les indemnités journalières ne sont pas imposables.

NB¹ Les indemnités complémentaires versées par l'employeur, ou dans le cadre d'un régime complémentaire obligatoire sont imposables.

En revanche, les prestations servies au titre d'un contrat d'assurance de groupe, ne sont pas imposables, à condition que l'adhésion au contrat soit facultative.

NB² Le maintien du traitement des fonctionnaires pendant un congé de longue maladie est imposable, même lorsque le traitement est réduit de moitié.

3) Vous percevez une pension d'invalidité de la Sécurité Sociale.
⇒ Le montant de la pension est imposable. La Caisse Régionale de Sécurité Sociale vous adressera le récapitulatif des sommes à déclarer.

NB Si votre pension d'invalidité a été attribuée avec effet rétroactif et a entraîné un rappel important vous pouvez demander à bénéficier du « système quotient » qui remplace l'ancien régime de l'étalement et qui a pour effet d'atténuer les effets de la progressivité de l'impôt.

La demande est à formuler en remplissant les rubriques prévues à cet effet dans la déclaration annuelle des revenus (ligne 0 page 4 de la déclaration simplifiée).

4) Vous percevez l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).
⇒ Cette prestation n'est pas imposable, vous ne devez pas la déclarer.

5) Vous êtes titulaire de la carte d'invalidité à 80 %.
⇒ Vous bénéficiez d'une demi-part supplémentaire pour le calcul du quotient familial.

NB Si vous avez obtenu votre carte avec effet rétroactif, après contestation d'un refus par exemple, vous pouvez faire valoir vos droits sur la ou les années antérieures, dans la limite de trois ans.

6) Vous percevez l'Allocation compensatrice pour tierce personne, attribuée par la COTOREP.

⇒ Cette prestation n'est pas imposable, vous ne devez pas la déclarer.

NB Les personnes se trouvant dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, et titulaires d'un avantage invalidité, sont exonérées de la totalité de la part patronale des cotisations de Sécurité Sociale dues pour l'emploi d'une aide à domicile (ceci concerne l'URSSAF, et non l'administration fiscale).

7) Vous employez un salarié à domicile (travaux ménagers, garde malade, etc)

⇒ Vous bénéficiez d'une réduction d'impôt sur le revenu égale à 50 % des dépenses supportées, dans une limite fixée.

NB Les personnes invalides dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne conservent les avantages attribués par la loi de finance 1998, soit une réduction d'impôt égale à 50 % des dépenses, dans la limite fixée.

Pour bénéficier de cette réduction, il faut joindre à sa déclaration de revenus, soit l'attestation établie par l'URSSAF, s'il s'agit d'un emploi direct, soit l'attestation établie par l'organisme habilité ou l'Association agréée, dans les autres cas (Chèques Emploi/Service par exemple).

8) Vous avez été licencié pour inaptitude, ou pour tout autre motif.

⇒ Les indemnités de licenciement prévues par la loi ou par les conventions Collectives ne sont pas imposables.

Par contre, sont assujetties à l'impôt sur le revenu, les indemnités de préavis, ainsi que les indemnités compensatrices de préavis versées aux salariés avec dispense d'effectuer le préavis.

9) Vous avez souscrit, un contrat d'assurance « Emprunteur » AFD/AXA.

⇒ Les prestations versées en exécution de ce contrat (indemnités journalières et rente d'invalidité) ne sont pas imposables.

10) Vous avez versé une cotisation ou un don à une association.

⇒ Vous bénéficiez d'une réduction d'impôts égale à 50 % de votre règlement, dans la limite de 6 % de votre revenu imposable.

La loi de finances 2000 simplifie la mesure en supprimant la distinction entre les associations reconnues d'utilité publique et les associations d'intérêt général.

ATTENTION : LA REDUCTION NE S'APPLIQUE, POUR LA COTISATION, QU'À CONDITION QU'ELLE SOIT CONSENTIE À TITRE GRATUIT, SANS CONTREPARTIE DIRECTE OU INDIRECTE.

DE CE FAIT, LE MONTANT DE L'ABONNEMENT À UNE REVUE, *EQUILIBRE*, PAR EXEMPLE, NE RENTRE PAS DANS CE CHAMPS D'APPLICATION, Par ailleurs, les dons versés par **une entreprise** sont déductibles du bénéfice imposable, dans la limite de 3,25 % du chiffre d'affaire, si le versement est effectué au profit d'une association reconnue d'utilité publique, ou de 2,25 % dans les autres cas.

2. TAXE FONCIERE SUR LES PROPRIETES BATIES ET TAXE D'HABITATION

- Sont exonérées de ces deux impositions,
 - ⇒ Les titulaires de l'allocation supplémentaire (ex- Fonds National de Solidarité)
 - ⇒ Les titulaires de l'Allocation Adulte Handicapé à condition :
 - * qu'il s'agisse de l'habitation principale
 - * de vivre seul ou avec son conjoint
 - * de percevoir un revenu inférieur à 7 501 € majoré de 2 060 € pour chaque demi-part supplémentaire.

En outre, peuvent être dégrévées de la seule taxe d'habitation, les personnes « atteintes d'une invalidité les empêchant de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence », sous réserve de remplir les mêmes conditions que ci-dessus. (Le Centre des Impôts statue sur chaque cas particulier. Certains centres acceptent le dégrèvement sur présentation de la carte d'invalidité à 80 %).

3. LA CONTRIBUTION SOCIALE GENERALISEE (CSG)

La loi de financement de la Sécurité Sociale (1998) a prévu d'augmenter le taux de la CSG sur l'ensemble des revenus. (En contrepartie, la cotisation d'assurance maladie diminue pour les revenus d'activité et de remplacement).

Les taux varient en fonction du type de revenu, et la cotisation est la plupart du temps retenue à la source.

- Sont cependant exonérées de cette imposition, sans conditions :
- ⇒ L'Allocation Adulte Handicapé, également exonérée de CRDS ;
 - ⇒ Les pensions d'anciens combattants ;
 - ⇒ La majoration pour tierce personne versée par la sécurité sociale ;
 - ⇒ L'allocation compensatrice, également exonérée de CRDS.

et sous condition de ressource :

- ⇒ Les pensions d'invalidité.

4. TAXE DIFFERENTIELLE SUR LES AUTOMOBILES (VIGNETTE)

L'exonération du paiement de la vignette automobile, qui existait pour certaines catégories de contribuables, est maintenant étendu à toutes les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- le véhicule concerné ne doit pas excéder 2 tonnes,
- être propriétaire du véhicule ou locataire depuis au moins 2 ans.

5. LA REDEVANCE AUDIOVISUELLE

Quel que soit le nombre de postes détenus, une seule redevance est due pour un même lieu d'habitation.

Les titulaires de la carte d'invalidité à 80 % sont exonérés de cette redevance à condition :

- ⇒ de ne pas être imposé à l'IFS (Impôt de Solidarité sur la Fortune)
- ⇒ de vivre seul ou avec son conjoint
- ⇒ de percevoir un revenu inférieur à 7 501 € pour la première part du quotient familial, majoré de 2 060 € par demi part supplémentaire.

L'exonération est à demander à :

**SERVICE DE LA REDEVANCE DE L'AUDIOVISUEL
IMMEUBLE LE TURGOT
LE COLOMBIER, 2021 X
35046 RENNES CEDEX
02.99.85.72.85**

ou dans un des relais locaux.

LA CARTE D'INVALIDITE

La carte nationale d'invalidité est attribuée par la C.O.T.O.R.E.P. à toute personne dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 %. Elle est valable sur l'ensemble du territoire national.

Evaluation du taux d'invalidité :

L'évaluation est effectuée par la COTOREP à partir du nouveau guide barème (Décret N°93 1216 du 4/11/1993/ paru au J.O. du 6/11/1993).

Ce guide a pour objet de permettre au médecin de se situer par rapport au sujet examiné et d'apprécier l'intensité de la gêne fonctionnelle (réduction des capacités de déplacements, de l'activité, etc) et le poids des contraintes médicales inhérentes à la déficience (régime, traitements médicamenteux, surveillance régulière).

- 1) Le diabète non insulino-dépendant est évalué à un taux de 5 à 20 %.
- 2) Le diabète insulino requérant est évalué à un taux de 15 à 30 %.
- 3) Le diabète insulino-dépendant équilibré est évalué à un taux de 25 à 35 %.
- 4) Le diabète insulino-dépendant instable avec incidents hypoglycémiques et/ou acido-cétosiques fréquents ou graves et/ou avec hospitalisations répétées, difficile à équilibrer avec comas fréquents est évalué à un taux de 50 à 75 %.

Les complications éventuelles du diabète (visuelles, artéritiques...) doivent être prises en compte.

Pour permettre une évaluation précise du taux d'invalidité, il est nécessaire de faire remplir l'imprimé médical par le médecin traitant mais surtout d'y joindre des attestations des médecins spécialistes amenés à faire le suivi médical : diabétologue (ou mieux, compte rendu de bilan), ophtalmologiste, neurologue, cardiologue, néphrologue, etc.

La carte permet de justifier de son invalidité et d'obtenir certains avantages au plan fiscal. (voir chapitre « Les impôts »).

AVANTAGES :

TRANSPORTS :

Si la carte porte la mention « Station Debout Pénible », elle donne droit aux places réservées sur le réseau S.N.C.F. (sauf T.G.V.) et les transports en commun.

Pour les grands infirmes moteurs (utilisant une voiturette ou un fauteuil roulant), la S.N.C.F. accorde :

- une franchise totale de poids pour le transport en bagages de la voiturette et une réduction de 50 % sur le droit d'enregistrement « bagages »,
- des avantages tarifaires en période bleue.

Un insigne « Grand Invalide Civil » (G.I.C.) est attribué par la D.D.A.S.S. aux personnes handicapées titulaires de la carte d'invalidité et qui sont :

* Privées de l'usage d'un ou deux membres inférieurs et qui utilisent un véhicule adapté ou ont besoin pour leurs déplacements de l'assistance d'une tierce personne.

* ou déficientes mentales profondes et nécessitent pour se déplacer d'une tierce personne.

* soit aveugles civils avec une carte portant la mention « cécité ».

ATTENTION : la carte d'invalidité ne donne pas automatiquement droit à l'obtention du macaron GIC. Elle est seulement la condition première requise pour pouvoir y prétendre. Les critères médicaux sont appréciés par un médecin de la Cotorep. Le macaron est délivré pour une durée équivalente à celle de la carte d'invalidité.

Cet insigne permet d'utiliser les places de stationnement réservées aux handicapés. Il ne s'agit pas d'un droit mais plutôt de conditions d'utilisation privilégiées réservées à une catégorie particulière d'usages.

LOGEMENT :

- La carte d'invalidité permet de ne pas prendre en compte les ressources des descendants ou collatéraux privilégiés du candidat au logement ou de son conjoint, pour le plafond de ressources exigé par les sociétés H.L.M.

A noter : le plafond de ressources autorisant l'accès aux logements H.L.M. a été relevé, pour en permettre l'accès aux ménages à revenus modestes qui en étaient exclus.

PROCEDURE POUR OBTENIR LA CARTE :

Retirer l'imprimé de demande à la mairie ou au secrétariat de la C.O.T.O.R.E.P.

Après avoir obtenu la carte d'invalidité, faire valoir ses droits auprès de chacun des services accordant les avantages cités.

ATTENTION :

L'état diabétique ne justifie pas à lui seul d'un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, mais certains diabétiques peuvent bénéficier de l'attribution de cette carte lors de l'apparition de complications invalidantes du diabète ou d'une autre affection.

La décision de refus est susceptible d'être contestée devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité, qui doit être saisi dans les 2 mois suivant la date de notification de la décision.

L'ALLOCATION ADULTE HANDICAPE

L'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé est soumise à des conditions administratives, de ressources et à des conditions relatives au handicap.

Elle est attribuée à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant la date de dépôt de la demande.

CONDITIONS DE RESSOURCES :

- La personne handicapée qui souhaite obtenir l'A.A.H. doit avoir des ressources inférieures au chiffre limite de ressources fixé pour l'octroi de l'Allocation aux vieux Travailleurs Salariés au 1^{er} juillet de l'année de référence.

Les ressources prises en compte sont celles de l'année civile antérieure à la date de la demande. Les ressources retenues sont :

- les ressources nettes fiscales après abattements et déductions admis en matière d'impôt sur le revenu.

Le montant de l'Allocation Adulte Handicapé est réduit du montant de l'avantage vieillesse ou invalidité perçu par l'intéressé.

Il est réduit éventuellement si les ressources de l'intéressé ou de son conjoint dépassent un plafond fixé par décret.

CONDITIONS RELATIVES AU HANDICAP :

- 1) Présenter un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %.
- 2) Si le taux d'incapacité est inférieur à 80 % et supérieur à 50 %, se trouver dans l'impossibilité reconnue par la C.O.T.O.R.E.P. de se procurer un emploi.

Deux conditions doivent être cumulativement remplies dans ce cas :

- Etre atteint d'un handicap physique sensoriel ou mental qui se traduit par un taux d'incapacité permanente constatée.
- L'impossibilité de se procurer un emploi doit être due exclusivement au handicap.

CONDITIONS ADMINISTRATIVES :

- 1) Résider sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre mer. Pour les étrangers, seule la réalité de la résidence régulière en France doit être prouvée.
- 2) Avoir dépassé 20 ans, âge limite de perception de l'Allocation d'Education Spéciale (ou 16 ans si les conditions pour ouvrir droit aux allocations familiales ne sont plus réunies).

Evaluation du taux d'invalidité :

Elle se fait sur les mêmes critères que pour la carte d'invalidité (voir ce chapitre)

PROCEDURE : Le dossier de demande d'A.A.H. est à retirer à la mairie où à la C.O.T.O.R.E.P. Il en est de même pour le dossier de renouvellement qu'il faut constituer environ 3 mois avant l'échéance de la précédente attribution.

REMARQUES :

- Si les ressources de la personne ou du ménage dépassent le plafond fixé, l'allocation n'est versée qu'à un taux différentiel.
- Si la personne perçoit déjà un autre avantage (pension d'invalidité, vieillesse, etc...) l'A.A.H. n'est versée que si le montant de cette pension est inférieur à celui de l'A.A.H. et seulement à hauteur de la différence.
- Les personnes qui perçoivent l'A.A.H. sont affiliées au régime général de la Sécurité Sociale si elles ne sont pas assurées sociales.
- L'A.A.H. peut être réduite en cas d'hospitalisation de plus de 60 jours.
- L'A.A.H. est également réduite en cas d'hébergement ou d'incarcération de plus de 45 jours.

LE COMPLEMENT D'AUTONOMIE

Arrêté du 29/01/1993/J.O. du 31/01/1993.

Les personnes handicapées qui vivent dans un **logement indépendant** peuvent prétendre au complément d'autonomie si :

- elles justifient d'une incapacité permanente d'au moins 80 % (COTOREP)
- elles bénéficient d'une allocation logement
- elles perçoivent l'A.A.H. à taux plein ou en complément d'un avantage invalidité ou vieillesse.

Cette prestation est versée par la Caisse d'Allocations Familiales.

L'ALLOCATION COMPENSATRICE

C'est une prestation d'aide sociale destinée à compenser les dépenses supplémentaires que peuvent exposer les personnes handicapées qui ont recours à une tierce personne ou qui ont des frais supplémentaires pour exercer leur activité professionnelle.

Le montant est fixé par référence aux majorations accordées aux invalides du 3^{ème} groupe de la Sécurité Sociale et varie en fonction, doit de la nature et de la permanence de l'aide nécessaire, soit de l'importance des frais exposés.

L'Allocation Compensatrice se cumule avec l'Allocation Adulte Handicapé. Elle est réservée aux personnes de moins de 60 ans. Au delà, elle a été remplacée par l'Allocation Personnalisée Autonomie (voir ce chapitre).

L'Allocation Compensatrice n'entre pas en compte dans les ressources de l'intéressé pour l'appréciation de ses droits à l'Allocation Adulte Handicapé et peut se cumuler avec cette dernière ou avec tout avantage de vieillesse ou d'invalidité n'ayant pas le même objet.

MODALITES D'ATTRIBUTION

5 conditions générales doivent être remplies par la personne handicapée :

- Avoir un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80 %
- Avoir plus de 20 ans (ou 16 ans) et moins de 60 ans
- La personne doit satisfaire à des conditions de ressources : le plafond est identique au plafond appliqué pour l'Allocation Adulte Handicapé, majoré du montant de l'allocation.
- Résider en France. Les étrangers doivent justifier de la régularité de leur séjour.
- Ne pas bénéficier d'un avantage analogue au titre d'un régime de sécurité sociale.

LE MONTANT

Il est fixé par référence à la majoration accordée aux invalides du 3^{ème} groupe de sécurité sociale.

- 80 % de la majoration, si la personne handicapée a besoin d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence,

(personnes rémunérées ou manque à gagner de l'entourage)

- entre 40 % et 70 % de la majoration, si la personne a besoin d'une tierce personne pour un ou plusieurs actes ou pour la plupart mais sans manque à gagner pour l'entourage

- dans la limite de 80 % pour la personne exerçant une activité salariée entraînant des frais supplémentaires du fait de son handicap.

Si l'état de santé justifie à la fois, et de la tierce personne, et des frais professionnels, la personne handicapée percevra l'allocation la plus élevée, augmentée de 20 % de la majoration ;

En cas d'hospitalisation, l'allocation est versée pendant les 45 premiers jours, puis suspendue.

CONDITIONS DE RESSOURCES :

Les ressources du demandeur et de son conjoint ne doivent pas dépasser le plafond fixé pour l'attribution de l'A.A.H. (voir ce chapitre), soit le revenu net fiscal duquel doivent être déduits :

- les rentes viagères
- le ¼ des revenus nets provenant du travail de la personne handicapée.

PROCEDURE :

1) Le dossier :

Il est délivré par la mairie, le secrétariat de la C.O.T.O.R.E.P. ou de la D.D.A.S.S.

2) Examen par la C.O.T.O.R.E.P. :

Elle ne se prononce pas sur les ressources, elle fixe le taux d'incapacité et l'aide nécessaire, la C.O.T.O.R.E.P. doit traduire en pourcentage la majoration accordée.

3) Etude par la D.D.A.S.S.

Les travailleurs sociaux analysent les ressources et les dépenses pour le montant de l'aide.

4) Décision de la C.O.T.O.R.E.P.

Les personnes dont la vision centrale est nulle ou inférieure à 1/20^{ème} de la normale sont considérées comme remplissant les conditions de l'attribution de l'Allocation compensatrice au taux de 80 % de la majoration.

Remarque : La décision de la Cotorep peut être contestée devant le tribunal du Contentieux de l'Incapacité. Le tribunal doit être saisi dans les 2 mois qui suivent la notification de la décision.

L'ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie va se substituer à compter du 1^{er} janvier 2002, à la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) jugée trop restrictive et inégale d'un département à l'autre.

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), JO du 21.07.2001.

Conditions :

- être âgé d'au moins 60 ans.
- avoir besoin d'une aide pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne.

Montant :

Il sera déterminé à partir d'un plan d'aide évalué par une équipe médico-sociale selon une grille nationale d'évaluation et qui tiendra compte des besoins d'aide de la personne et de ses ressources.

Le montant maximal mensuel du plan d'aide sera revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année. Exemple, pour une personne très dépendante, il devrait s'établir à 1 067 € par mois.

La demande est à adresser au Président du Conseil Général de son département qui aura deux mois à compter de la réception du dépôt du dossier complet pour notifier sa décision.

L'APA est attribuée pour une période déterminée mais pourra être révisée à tout moment selon l'évolution de la situation du bénéficiaire.

Les points communs avec la Prestation Spécifique Dépendance :

- l'APA est attribuée et gérée par les départements ;
- l'allocation est affectée au paiement des dépenses liées aux aides dont la personne a besoin ; exemple : aide à domicile qui peut être un membre de la famille à l'exception du conjoint ou du concubin. L'emploi du chèque-emploi service est possible ;
- les bénéficiaires de l'APA peuvent bénéficier de réductions d'impôts sur le revenu, ainsi qu'à l'exonération des cotisations patronales de la Sécurité Sociale, dues au titre de l'emploi d'aide à domicile.

Les différences entre l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et la Prestation Spécifique Dépendance :

- l'allocation n'est pas récupérable sur la succession ;

- le montant n'est pas fixé par le département mais au niveau national pour garantir une égalité sur l'ensemble du territoire français.
- Elle concerne également les personnes qui sont accueillies dans des établissements médico-sociaux assurant l'hébergement de personnes âgées ou d'établissements de santé publics ou privés dispensant des soins de longue durée à des personnes âgées.

Le passage entre l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) et l'APA :

La loi prévoit que tout bénéficiaire de l'ACTP, à l'âge de 60 ans pourra choisir entre garder son allocation ou solliciter l'allocation personnalisée d'autonomie. Un décret devra en préciser les modalités.

Le passage entre la Prestation Spécifique Dépendance et l'APA :

Les personnes bénéficiaires de la PSD peuvent solliciter l'allocation personnalisée d'autonomie qui remplacera alors la PSD.

Pour les personnes titulaires de la PSD qui, au 1^{er} janvier 2004 n'auraient pas effectué cette demande, leurs droits à l'allocation personnalisée d'autonomie sera automatiquement étudiée.

DIABETE ET SECURITE SOCIALE

- La prise en charge à 100 %

- Le vaccin contre la grippe

- Les cures thermales
 - * Cure thermale et droit du travail

- Les Frais de transport et l'indemnité compensatrice de perte de salaire

- La Couverture Maladie Universelle

LA PRISE EN CHARGE A 100 %

Pour justifier de leurs droits aux prestations, tous les assurés sociaux ont en principe reçu, fin 1998, une nouvelle carte de Sécurité Sociale, non plus sur papier, mais électronique : la carte « SESAME – VITAL ».

Une deuxième version de cette carte électronique, dont la puce pourrait contenir des informations médicales cryptées, devrait être prochainement mise en place.

MAINTIEN DU DROIT AUX PRESTATIONS DU REGIME GENERAL :

Le décret du 15 décembre 1999 augmente la durée du maintien du droit aux prestations en nature du régime général qui est porté de 1 an à 4 ans. Cela signifie qu'à compter du 1^{er} janvier 2000, les personnes ne remplissant plus les conditions pour être affiliées à un régime obligatoire sont maintenues pendant 4 ans dans le régime dont elles relevaient.

I – EXONERATION DU TICKET MODERATEUR

Les articles L 322-3, R 322-5 et D 322-1 du code de la Sécurité Sociale stipulent que peuvent être pris en charge à 100 % du tarif de la Sécurité Sociale les soins attachés aux affections de longue durée.

Le diabète Insulino-dépendant ou Non Insulino-dépendant, ne pouvant être équilibré par le seul régime, figure sur la liste des Affections de Longue Durée (A.L.D.). Les diabétiques bénéficient donc de l'exonération du ticket modérateur.

FORMALITES :

Le médecin traitant doit procéder à un examen spécial et attester de l'état diabétique en précisant les complications éventuelles ainsi que les thérapeutiques envisagées.

Ce certificat médical doit être transmis au médecin conseil de la C.P.A.M. du patient et donnera lieu à l'établissement d'une carte d'assuré social portant la mention A.L.D. Cette information confidentielle est cryptée sur la carte électronique.

Toute prescription de soins ou d'examens attachés à l'A.L.D. sera faite par le médecin dans la partie supérieure des ordonnances bi-zones : « prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) ».

Il en va de même pour les **affections intercurrentes** qui donneront également lieu dans ces conditions à une prise en charge à 100 % du tarif de la Sécurité Sociale.

(Ces pathologies font ordinairement l'objet de prescriptions dans la partie inférieure de l'ordonnance bi-zone, et n'ouvrent pas droit à exonération du ticket modérateur).

Remarques :

Des précisions sur l'application de ces textes ont été adressées, par le Haut Comité de la Sécurité Sociale, sous forme de Recommandations aux chefs de centre et aux médecins conseils (Parues dans la Revue Médicale de l'Assurance Maladie. Supplément au n°1-1992).

CONCERNANT LE DIABETIQUE NON INSULINO-DEPENDANT :

« Le terme de diabète < ne pouvant être équilibré par le seul régime > vise le diabète non insulino-dépendant observé le plus souvent chez l'adulte obèse, qui est, de plus, fréquemment hypertendu.

Le premier traitement de ce type de diabète est représenté par le régime, associé, chaque fois que cela est possible, à la reprise d'une activité physique. Ces mesures, s'appuyant si possible sur un avis éclairé sur le plan diététique, peuvent aboutir à la normalisation des chiffres glycémiques.

Dans cette forme de diabète, le recours à la chimiothérapie ne doit intervenir qu'après une tentative sérieuse de réduction de l'hyperglycémie par le régime et la reprise d'une activité physique.

On peut donc recommander au médecin conseil de n'accorder l'exonération, sauf indications particulières documentées, qu'après une période probatoire de 6 mois, dans le cas où la glycémie reste élevée malgré l'application des mesures hygiéno-diététiques, ou si celles-ci se révèlent impossibles à assumer par le malade. On recommande de ne pas oublier qu'on se situe dans un contexte de prévention des complications, chez un malade qui, le plus souvent, ne perçoit pas la gravité de sa maladie. »

CONCERNANT LA DUREE DE L'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR :

Il ne convient pas d'attribuer cette exonération de façon indéfinie, notamment afin d'éviter de conférer à l'affection, aux yeux du malade, un caractère d'incurabilité.

Selon le Haut Comité médical, *« Il convient d'attribuer l'exonération pour une durée minimale de 3 ans. La révision doit être l'occasion de vérifier que le traitement est bien suivi, y compris sur le plan hygiéno diététique, d'évaluer l'état des complications dégénératives et de recueillir auprès du médecin traitant les principaux paramètres de soins.*

Il est nécessaire de prendre en compte les difficultés sociales que le diabète non insulino-dépendant, surtout s'il est compliqué, peut induire.

Dans le cas où le régime a permis d'obtenir un contrôle suffisant des chiffres glycémiques pour arrêter les hypoglycémiantes oraux, il est recommandé de ne pas arrêter l'exonération, afin de ne pas démotiver le malade. »

CONCERNANT LA NOTION DE MALADIE INTERCURRENTE DANS LA CADRE DU DIABETE :

« L'attribution de l'exonération, dans le cadre du diabète (DID ou DNID), comporte la prise en charge de la surveillance et du traitement des perturbations biologiques associées et de l'ensemble des complications.

Celles-ci étant très polymorphes, la séparation entre ce qui revient au DNID et à une maladie intercurrente éventuelle n'est pas aisée et doit rester prudente, et ce d'autant plus que le diabète est ancien et évoluée.

L'hypertension artérielle, ainsi que les complications oculaires, vasculaires, rénales, neurologiques et trophiques, ainsi que de nombreuses infections, font partie intégrante de l'histoire naturelle de la maladie. »

II – LE TARIF DE REMBOURSEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Au titre de l'Affection de Longue Durée, la prise en charge à 100 % s'effectue sur la base du tarif de responsabilité de la Caisse de Sécurité Sociale.

Les éventuels **dépassements d'honoraires** restent à la charge de l'intéressé.

Par ailleurs, le matériel utilisé pour l'**auto-surveillance** de la glycémie est pris en charge sur la base du Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires. Ce tarif est souvent inférieur au prix de vente conseillé et la différence reste à la charge de la personne diabétique, notamment pour l'achat des bandelettes réactives et des lecteurs de glycémie.

A noter :

Les lecteurs de glycémie sont remboursés, **dans la limite d'un appareil tous les 4 ans**, aux diabétiques traités par insuline et/ou aux malades atteints de rétinopathie diabétique. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'appareil n'est pas remboursé. Certaines caisses acceptent cependant la prise en charge au vu d'un certificat médical détaillé et motivé.

A savoir : pour les diabétiques qui ne remplissent pas les conditions d'attribution, l'AFD a mis en place un service de prêt de lecteur, par l'intermédiaire du service social de l'AFD.

Il n'est plus nécessaire de faire une demande d'entente préalable. (Arrêté du 29 juillet 1997, paru au Journal Officiel du 12 août 1997).

Les stylos injecteurs sont pris en charge dans la limite d'un appareil par an.

Les auto piqueurs sont pris en charge sans limite.

Les personnes titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité bénéficient également d'une prise en charge à 100 %.

Cette prise en charge n'étant pas limitée à l'A.L.D., l'exonération du ticket modérateur est appliquée au traitement de toutes les pathologies. Seuls les médicaments de confort (vignettes bleues) en sont exclus, et ne sont remboursés qu'au tarif habituel de 35 %.

Toutefois, lorsqu'ils sont prescrits pour le traitement de l'A.L.D., ces médicaments sont remboursés à 100 %. Il faut cependant pour cela bénéficier d'une double prise en charge, d'une part au titre de l'ALD, et d'autre part au titre de l'invalidité.

Le remboursement des vitamines :

La vitamine D est toujours remboursable, dès lors qu'elle est pure, donc non associée avec d'autres vitamines. Quant aux vitamines B1, B6 et B12, seule la forme injectable reste remboursable à la condition qu'elle n'associe pas ces 3 vitamines entre elles.

En conséquence, si ces vitamines sont en rapport avec le traitement de l'A.L.D. (donc prescrites sur la partie de l'ordonnance 100 %) et remplissent les conditions précitées, elles sont remboursables à 100 %.

La podologie :

Les diabétiques qui doivent avoir recours à un pédicure podologue pour des soins ou des orthèses (prévention et soin des maux perforants par exemple) sont remboursés à 100 % sur la base du TIPS. L'écart entre cette base de remboursement et le coût réel de ces prestations est cependant très important.

Par ailleurs, les diabétiques dont les pieds sont considérés à « haut risque » peuvent obtenir un remboursement partiel pour une paire de **chaussures thérapeutiques de série à usage prolongé** (CHUP).

III – PRISE EN CHARGE DU TRAITEMENT PAR POMPE A INSULINE

Grâce aux pétitions recueillies par l'AFD, grâce à votre mobilisation, le traitement du diabète par pompe à insuline est directement accessible aux diabétiques qui en ont l'indication.

L'arrêté du 10 novembre 2000, publié au Journal Officiel n° 268 du 19 décembre 2000 (complété par l'arrêté du 15 janvier 2001, paru au JO du 4 février 2001), modifie en effet le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires, et ajoute, au chapitre relatif aux **systèmes actifs pour perfusion à domicile (Titre I, chapitre 1)** :

« La prise en charge est assurée également pour l'administration d'insuline pour le traitement du diabète de type 1 ou le diabète de type 2 ne pouvant être équilibré par une insulinothérapie par multi-injections sous-cutanées d'insuline.

Dans cette indication, la prise en charge est assurée, lors de la première prescription, après hospitalisation (de jour ou complète) dans un établissement comportant une activité spécialisée en diabétologie ayant une expérience dans le traitement du diabète par pompe portable.

La prise en charge est assurée selon la pathologie et la durée escomptée du traitement, soit à l'achat pour des durées escomptées supérieures à un an, soit à la location.

Dans ce dernier cas, la prise en charge est assurée pour une durée maximale d'un an.

A l'issue de cette période, le renouvellement de la prise en charge à la location est subordonné à une évaluation de l'efficacité du traitement et de l'état du patient par le service à l'origine de la prescription initiale et à la justification médicale de la location en fonction de la durée du traitement escomptée.

Les accessoires sont fournis. »

IV – LA PRISE EN CHARGE DE L'HOSPITALISATION

Le principe de la plus stricte économie impose à l'assuré d'être hospitalisé dans l'hôpital de son secteur, si le prix de journée de ce dernier est inférieur à celui choisi par le patient (Article 1^{er} du décret du 24.08.1964). A défaut la caisse n'accorde une prise en charge que sur la base du prix de journée de l'hôpital du secteur, l'assuré devant acquitter la différence (souvent importante).

Sur ce point la réforme hospitalière est ambiguë puisqu'elle réaffirme le libre choix du praticien par le patient mais mas de l'établissement hospitalier, puisqu'elle limite les conditions d'accord de la prise en charge.

Ce principe ne peut s'appliquer :

- en cas d'urgence
- ou si les prestations des deux hôpitaux ne sont pas équivalentes.

Il est donc important, si une personne diabétique doit être hospitalisée « hors secteur », d'établir, soit la preuve du caractère d'urgence de l'hospitalisation, soit les motifs de l'hospitalisation dans cet établissement (service de diabétologie par rapport à un service de médecine), spécificité du service (pompes implantables par exemple) par rapport au service de l'hôpital du secteur.

A noter cependant que la circulaire DSS/SDAS/2 B n° 97-739 du 21 novembre 1997 rappelle que la limitation de la prise en charge au tarif de responsabilité de l'établissement le plus proche n'est possible qu'à deux conditions :

- l'une à caractère administratif : l'information **préalable** de l'assuré (étant précisé que l'information de l'établissement ne saurait se substituer à l'information préalable de l'assuré,
- l'autre à caractère médical : la garantie pour l'assuré de subir, dans l'établissement le plus proche, les soins appropriés à son état de santé.

LA PRISE EN CHARGE DU VACCIN CONTRE LA GRIPPE POUR LES DIABETIQUES

Certains diabétiques ayant rencontré des difficultés avec leur Centre de Sécurité Sociale pour la prise en charge du vaccin anti-grippe, nous vous rappelons la législation en vigueur pour la campagne de vaccination.

Cette campagne concerne les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que les personnes atteintes de certaines pathologies, comme le diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant être équilibré par le régime seul.

POUR LES ENFANTS :

S'agissant des enfants **de moins de 10 ans**, deux prises en charge seront adressées par votre caisse, la vaccination devant être effectuée par demi doses **en deux fois, à un mois d'intervalle**.

LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE :

Les personnes bénéficiant de cette mesure doivent recevoir **un imprimé de prise en charge** de leur Caisse d'Assurance Maladie.

Ce document permet aux intéressés de se procurer gratuitement le vaccin auprès du pharmacien de leur choix, après avoir fait remplir l'imprimé par le médecin traitant qui prescrit le type de vaccin et éventuellement l'injection par une infirmière.

L'acte d'injection de ce vaccin effectué par le médecin traitant ou par un(e) infirmier(e) est remboursé à 100 % au titre de l'affection de longue durée.

LES CURES THERMALES

Pour obtenir la prise en charge d'une cure thermale, il faut respecter certaines conditions administratives et médicales.

Les honoraires et frais de traitement ne dépendent pas des ressources mais le forfait d'hébergement et les frais de déplacement ne sont versés que si les ressources ne dépassent pas 14 664,38 € (montants inchangés pour 2002) majorés de 50 % pour le conjoint et chaque personne à charge.

LA PROCEDURE

L'arrêté du 12 mars 1997, publié au Journal Officiel du 19 mars 1997, modifie la législation sur les procédures relatives à la prise en charge des cures thermales. A compter de la date de publication (19.03.97), la formalité de l'entente préalable, auparavant exigée, est suspendue pour une durée de 2 ans.

Un arrêté du 2 novembre 1999 a prorogé cette mesure pour une année supplémentaire, à compter de la date de publication de l'arrêté, soit le 13 novembre 1999. A l'heure actuelle, le dossier est en suspend, en attente d'une décision de suspension définitive qui n'est toujours pas intervenue en juillet 2001.

ATTENTION : Les cures thermales **AVEC HOSPITALISATION** doivent toujours faire l'objet d'une formalité d'entente préalable, non pour la cure elle-même, mais pour l'hospitalisation.

Pour obtenir l'accord de prise en charge, l'établissement doit être agréé, être reconnu pour l'orientation thérapeutique demandée et figurer sur la liste établie par la nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Si la cure a lieu pendant un arrêt maladie, les indemnités journalières continuent d'être versées. Par contre si l'on arrête le travail pour partir en cure, les indemnités journalières ne sont versées que si les ressources ne dépassent pas 28 224 € en 2002, majorée de 50 % pour le conjoint et chaque personne à charge.

Si l'état de santé du curiste nécessite l'accompagnement d'une tierce personne, les frais de voyage de cette dernière peuvent être remboursés, mais pas ses frais de séjour.

Par ailleurs, le prescripteur doit proposer entre deux stations présentant les mêmes caractéristiques médicales, la station la plus proche.

Les critères médicaux de comparaison sont :

- les orientations thérapeutiques, spécialisation, le climat, etc...

Enfin pour une même affection, une seule cure peut être accordée dans la même année civile.

Il existe quelques cas spécifiques prévus par les textes pour lesquels des dispositions particulières ont été prévues (cures pour deux maladies différentes, absence de station ayant les orientations recherchées, modification du groupe familial, etc...)

Si vous êtes dans ce cas, il faut se reporter à l'intégralité des textes.

CURE THERMALE ET DROIT DU TRAVAIL

Autorisation d'absence :

L'employeur n'est tenu d'autoriser le salarié à s'absenter pour suivre une cure qu'au vu d'une prescription médicale indiquant que la cure doit être effectuée à une date précise dans un but thérapeutique.

Si tel n'est pas le cas, le salarié ne peut imposer à son employeur une absence pour cure.

Il doit : - soit convenir d'une autre date avec l'employeur
 - soit effectuer sa cure pendant ses congés payés.

Il en est ainsi même si la cure est prise en charge par la Sécurité Sociale.

Maintien du salaire :

L'absence pour une cure thermale ne peut être assimilée à un arrêt de travail pour maladie. Ainsi, en matière de Sécurité Sociale, elle fait l'objet, ainsi que nous l'avons vu, d'une indemnisation différente.

De même, en matière de droit du travail l'employeur doit faire la distinction entre les deux situations. En cas d'absence pour cure thermale, l'employeur n'est tenu à aucune indemnisation, et ce même si la cure est prise en charge par la Sécurité Sociale. La loi sur la mensualisation, qui implique le maintien du salaire en cas de maladie, ne s'applique pas.

Il ne peut en être autrement que si la cure constitue un traitement thérapeutique d'une affection entraînant une incapacité de travail.

**LA PRISE EN CHARGE
DES FRAIS DE TRANSPORT EXPOSES PAR LES ASSURES SOCIAUX
ET L'INDEMNITE COMPENSATRICE DE PERTE DE SALAIRE**

1° FRAIS DE TRANSPORT

De nombreux diabétiques consultent ou sont hospitalisés dans d'autres départements que celui de leur domicile et rencontrent des difficultés pour obtenir la Prise en Charge de leur frais de déplacement par leur Centre de Sécurité Sociale.

Je vous précise donc les dispositions du décret 88-678 du 6 mai 1988 (Journal Officiel du 8 mai 1988) qui fixe les conditions et les limites de la Prise en Charge des frais de transport.

- Les frais de transport engagés à l'occasion des soins, examens ou traitements relatifs à une affection de longue durée sont remboursables (article R 322-10 du code de la SS).
- Les frais sont également pris en charge pour une Hospitalisation, soins ou consultations post-opératoires, pour répondre à une convocation d'expertise ou d'un contrôle médical, pour un transport sur une distance supérieure à 150 km ou pour plusieurs transports en série à une distance supérieure à 50 km, pour se rendre dans un centre d'appareillage agréé et pour une Cure Thermale (conditions de ressources pour ce dernier point).
- Tout transport prescrit et médicalement justifié en ambulance est pris en charge, quelque soit le motif du déplacement.

Le remboursement s'effectue sur présentation d'une prescription médicale attestant que l'état de santé justifie l'usage du moyen de transport prescrit.

La prescription doit indiquer le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade.

Il faudra également fournir l'imprimé de facturation du transport (ambulance, V.S.L., taxi...)

N.B.

- Une convocation du contrôle médical vaut prescription médicale.
- La formalité d'entente préalable est exigée pour les transports en série et les transports à longue distance.

Vos déplacements pour raisons médicales peuvent être remboursés quelque soit le moyen de transport utilisé : ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi, transport en commun ou voiture personnelle **mais attention** ces dispositions sont soumises **au principe de la plus stricte économie** la prise en charge intervient sur la base de la distance qui sépare le point de la Prise en Charge du malade, de la structure de soins prescrite appropriée la plus proche.

Vous n'obtiendrez le remboursement de vos frais de déplacement que si vous vous rendez à la structure de soins la plus proche de votre domicile et par le moyen de transport le moins onéreux.

(exemple : si vous habitez ROUEN vous ne pourrez pas obtenir le remboursement du transport pour vous rendre dans un hôpital Parisien dès lors qu'il y a un service de diabétologie à l'hôpital de ROUEN).

2° L'INDEMNITE COMPENSATRICE DE PERTE DE SALAIRE

L'assuré qui interrompt son activité salariée pour effectuer un déplacement pour raisons médicales peut bénéficier d'une indemnité compensatrice de perte de salaire.

Pour la percevoir, il faut joindre une attestation de l'employeur précisant le montant de la perte de salaire occasionnée par le déplacement.

De même, une personne, assurée sociale, qui doit interrompre son travail pour accompagner :

- soit un enfant de moins de 16 ans
- soit un malade dont l'état de santé ne lui permet pas de se déplacer sans l'aide d'un tiers,

peut bénéficier de l'indemnité.

Par ailleurs, la personne accompagnant un assuré dont l'état ou le jeune âge nécessite l'assistance d'un tiers peut également obtenir la prise en charge des frais de transport en commun (R.A.T.P. – S.N.C.F.).

LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (C.M.U.)

LES TEXTES :

- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, publiée au Journal Officiel du 28 juillet 1999.
- Arrêté du 4 janvier 2000, publié au Journal Officiel du 6 janvier 2000.

I) REGIME DE BASE :

AFFILIATION SUR CRITERE DE RESIDENCE :

La CMU de base est ouverte à tout résident en situation stable et régulière ne disposant pas de droit ouvert à l'assurance maladie.

Les personnes dont les revenus sont trop faibles pour leur permettre d'accéder aux soins peuvent s'affilier gratuitement à la Couverture Maladie Universelle (CMU) depuis le 1^{er} janvier 2000. De ce fait, l'Aide Médicale Départementale est supprimée.

Plafond de revenu net fiscal : 6 505 €

Si les ressources sont supérieures à 6 505 €, la cotisation s'élève à **8 %** des revenus **au delà** du plafond.

La CMU prend en charge les frais habituellement remboursés par la Sécurité Sociale.

Toute personne résidant en France de façon irrégulière peut demander l'aide médicale d'Etat auprès d'une caisse d'assurance maladie.

MAINTIEN DE DROIT :

La date de fin de droit est supprimée à compter du 1^{er} janvier 2000. Les droits sont donc ouverts sans date de fin.

II) REGIME COMPLEMENTAIRE :

En outre, une **complémentaire maladie**, de type « ticket modérateur », prévoit le remboursement de lunettes et des prothèses dentaires, et permet de ne pas faire l'avance des frais.

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire peut choisir librement l'organisme qui lui versera les prestations au titre de la complémentaire. Il en est de même pour chaque ayant droit de l'assuré.

Le droit d'option pourra s'exercer entre :

- l'organisme d'assurance maladie qui assurera tous les remboursements (base + complémentaire)
- un organisme complémentaire inscrit sur une liste agréée.

Pour avoir un accès gratuit à la complémentaire, il faut avoir plus de 16 ans et disposer de ressources brutes inférieures à :

- 562 € par mois pour une personne seule
- 843 € par mois pour un couple
- 1 012 € pour une famille de 3 personnes
- 1 180 € pour une famille de 4 personnes, + 225 € par personne à charge à partir de la 5^{ème}.

Un forfait est appliqué dans le calcul du montant des ressources dans 3 cas :

- pour les propriétaires de leur logement,
- pour les personnes hébergées à titre gracieux,
- pour les bénéficiaires d'une prestation d'aide au logement (A.P.L. ou allocation de logement).

A NOTER : La loi interdit aux médecins du secteur 2 (à honoraires libres) de facturer des dépassements d'honoraires au bénéficiaire de la CMU complémentaire.

Par ailleurs, le droit à la CMU complémentaire est révisable.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire n'ont rien à payer lors d'une consultation médicale ou pour les soins et produits médicaux prescrits, dès lors qu'ils sont remboursables par l'assurance maladie (consultation, pharmacie, biologie...).