

Fiches pratiques sur la compensation
de l'**Affection de longue durée**
de l'**Invalidité** et de la **Dépendance**



Sommaire

INTRODUCTION_____ p. 04

I. L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE_____ p. 07

Les conditions de reconnaissance d'une Affection de longue durée_____ p. 08

Les procédures et démarches à entreprendre pour obtenir
la reconnaissance d'une Affection de longue durée_____ p. 09

La compensation de l'Affection de longue durée exonérante
par la prise en charge des soins à 100%_____ p. 11

II. L'INVALIDITÉ_____ p. 13

Les conditions de reconnaissance de l'état d'Invalidité_____ p. 14

La procédure de reconnaissance de l'état d'Invalidité_____ p. 15

La compensation de l'état d'Invalidité_____ p. 18

La carte d'Invalidité et les autres cartes_____ p. 21

III. LA DÉPENDANCE_____ p. 23

L'évaluation et la reconnaissance de la Dépendance_____ p. 24

Les interlocuteurs de la Dépendance_____ p. 26

La compensation de la Dépendance par l'Allocation
personnalisée d'autonomie (APA)_____ p. 27

Le montant de l'Allocation personnalisée
d'autonomie (APA)_____ p. 29

Les autres dispositifs financiers visant à
compenser la Dépendance_____ p. 31

Les aménagements fiscaux et sociaux liés
à la Dépendance_____ p. 33

IV. ANNEXES_____ p. 34



Le mot du président



Depuis plus de 30 ans, la Mutuelle Intégrance, avec ses produits de santé, d'épargne, de prévoyance et de services, accompagne les personnes handicapées, les personnes dépendantes ou en perte d'autonomie, les malades chroniques, leurs familles et les professionnels du secteur social et médico-social.

Forte de sa légitimité et de son expérience, la Mutuelle Intégrance a mis en place une collection de Fiches Pratiques destinée aux personnes concernées d'un point de vue personnel, familial ou professionnel sur des problématiques touchant la santé, les personnes handicapées, la dépendance...

Ce présent guide est consacré aux modes de compensation des affections longues durées, de l'invalidité et de la dépendance. Il constitue un support d'information sur les évolutions législatives et réglementaires, les droits sociaux, les procédures, les démarches administratives et peut vous accompagner au quotidien dans votre parcours.

Une information compréhensible et adaptée permet de mieux appréhender la complexité des textes.

Intégrance, qui évolue au sein d'un environnement juridique de plus en plus complexe, une économie en mouvement permanent et des politiques sociales en pleine mutation, mesure pleinement leurs conséquences sur la vie des personnes dont elle assure la protection santé.

Cette collection, accessible gratuitement, est au cœur des missions de service et d'expertise de la Mutuelle.

Jean BARUCQ, Président

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L.122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droits ou de ses ayants cause est illicite » (art. L.122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Dépôt légal : octobre 2010 / Document ne pouvant être vendu.

Les montants indiqués dans l'ouvrage sont ceux en vigueur au 1^{er} septembre 2014, sauf indications contraires.
Tous les mots en *italiques* sont définis dans le lexique du présent guide.

Introduction

Le présent guide vise à définir les situations où la maladie, l'incapacité de travailler ou la perte d'autonomie ouvrent droit à une compensation.

Dans un souci d'égalité et afin d'éviter tout appauvrissement des plus faibles, le système de santé français offre aux personnes malades, invalides ou dépendantes un moyen de compenser leur perte de revenu ou le surcoût engendré par leur maladie ou leur dépendance par le versement d'une pension, la prise en charge d'une partie de leurs soins ou d'autres formes d'aides.

Ce document a pour objet de servir de support aux personnes concernées et à leur famille afin de mieux envisager leurs droits et obligations.

En outre, il leur permet de connaître la procédure suivie par leur dossier de demande de reconnaissance (interlocuteur, durée de traitement, recours possibles...).

1 L'Affection de longue durée (ALD)

Une Affection de longue durée est une maladie nécessitant un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois) dont le traitement est coûteux.

Un même malade peut bénéficier de plusieurs prises en charge au titre de plusieurs ALD.
Il existe deux types d'ALD :

- **les ALD exonérantes** : elles offrent une prise en charge du *ticket modérateur* pour les soins liés à la pathologie.

Une liste répertorie les vingt-neuf Affections de longue durée ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (ALD 30). Les pouvoirs publics ont également ouvert l'exonération du ticket modérateur aux affections caractérisées hors liste (ALD 31) et aux polypathologies invalidantes (ALD 32).

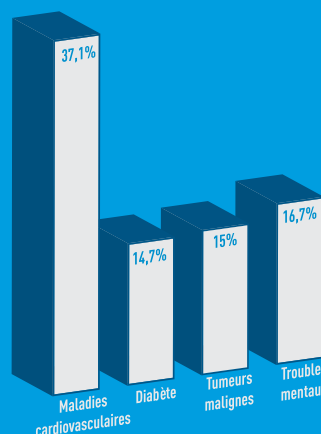
À noter : Depuis le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011, l'hypertension artérielle n'est plus reconnue comme une Affection de longue durée.

- **les ALD non exonérantes** : elles permettent la prise en charge à 65% des frais de déplacement en rapport avec l'ALD et des frais de transport et frais de séjour liés aux cures thermales. Cependant, tous les soins dispensés au patient dans le cadre de son ALD sont remboursés aux taux habituels de la Sécurité sociale.

Informations clés :

La reconnaissance des ALD concerne principalement 4 groupes de pathologies :

- les maladies cardiovasculaires (37,1%),
- le diabète (14,7%),
- les tumeurs malignes (15%)
- et les troubles mentaux (16,7%).



Textes de référence «Affection longue durée» :

Articles L322-3, L324-1 et D322-1 Code de la Sécurité sociale • Arrêté du 19 juin 1947 modifié.

2 L'Invalidité

Le statut d'invalidé est reconnu à toute personne qui obtient le versement d'une pension d'Invalidité en cas de perte partielle ou totale de son travail suite à une maladie, un accident non professionnel ou une usure prématurée de l'organisme.

Les invalides sont classés en 3 catégories en fonction de leur état de santé et de leur capacité professionnelle. Ce classement en catégorie donne droit au versement d'une pension visant à compenser la perte d'activité professionnelle.

Il est possible d'être reconnu invalide et de bénéficier également de la reconnaissance d'une ALD.

Informations clefs :

Les 3 grandes pathologies concernées sont les maladies ostéoarticulaires, les tumeurs et les pathologies psychiatriques.

En 2010, plus de 928 300 personnes bénéficiaient d'une pension d'invalidité, tous régimes confondus. Cela représentait un budget de 5,4 milliards € pour l'Assurance maladie.

Attention : Seule la personne titulaire d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie bénéficie de la carte d'invalidité.

Répartition des salariés déclarés invalides

Affections à l'origine de l'invalidité	Nombre	Âge moyen
Maladies infectieuses et parasitaires	1 145	47,1
Tumeurs (cancer du sein pour plus de 30%)	9 791	51,3
Maladies endocrines (diabète pour 80%)	2 760	51,6
Troubles psychiatriques (dépressions pour plus de 60%)	20 850	48,2
Maladies du système nerveux (sclérose en plaque pour 25%)	5 171	46,7
Maladies de l'appareil circulatoire	8 651	52,2
Maladies de l'appareil respiratoire	1 389	52
Maladies de l'appareil digestif	1 690	49,2
Maladies du système ostéoarticulaire (pathologies rachidiennes et discales pour plus de 40%)	17 673	51,3

Textes de référence «Invalidité» :

Articles L341-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale • Articles L241-3 du Code de la Sécurité sociale • R241-12 à R241-15 Code de l'Action sociale et des familles • Articles 195 et 1414 du Code Général des impôts.

③ La Dépendance

La Dépendance est l'incapacité d'effectuer sans aide les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle entraîne la nécessité de recourir à une tierce personne pour les tâches élémentaires.

La Dépendance concerne les personnes âgées de 60 ans et plus.

En France, les personnes dépendantes, vivant en établissement ou à domicile, peuvent percevoir l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Toutefois, face au vieillissement de la population ce dispositif risque de se révéler insuffisant. Dès lors, l'État, les collectivités locales et les assureurs privés ont développé des soutiens annexes et envisagent même une collaboration.

Informations clefs :

Au 31 décembre 2011, 1,2 millions de personnes bénéficiaient de l'APA : 60% des bénéficiaires vivaient à domicile et 40% en établissement.

Selon les prévisions de l'INSEE, le nombre de personnes dépendantes va augmenter de 50% d'ici 2040.

En France, depuis 2001, le niveau de dépendance est principalement évalué grâce à la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources). Cette grille classe les personnes âgées dépendantes en 6 niveaux : du GIR 1 (Groupe iso-ressources) au GIR 6 ; le GIR 6 concernant les personnes très peu ou pas dépendantes.

Bénéficiaires de l'APA selon le degré de dépendance au 31 décembre 2011 :

	À domicile		En établissement		Ensemble	
	Nombre	En %	Nombre	En %	Nombre	En %
GIR 1	19 000	2,6	90 000	19	109 000	9
GIR 2	130 000	17,7	190 000	40	320 000	27
GIR 3	160 000	21,8	79 000	17	239 000	20
GIR 4	424 000	57,9	111 000	24	535 000	44
GIR 5 et 6			Pas concernés par l'APA			
Ensemble	733 000	100	470 000	100	1 300 000	100

Textes de référence «Dépendance» :

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 modifiée par la loi n°2003-289 du 31 mars 2003 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'Allocation personnalisée d'autonomie • Articles L232-1 à L232-28 du Code de l'Action sociale et des familles.

I. L'AFFECTION DE LONGUE DURÉE (ALD)



Les conditions de reconnaissance d'une Affection de longue durée _____ p.08

Les procédures et démarches à entreprendre pour obtenir la reconnaissance d'une Affection de longue durée _____ p.09

La compensation de l'Affection de longue durée exonérante par la prise en charge des soins à 100% _____ p.11

Les conditions de reconnaissance d'une affection de longue durée

Le dispositif des ALD a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique (qui persiste avec le temps) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Depuis la loi du 13 août 2004, la reconnaissance d'une ALD quelle qu'elle soit est soumise à la rédaction d'un protocole de soins définissant le *parcours de soins* du patient. Ce protocole est établi par le *médecin traitant*, signé par le patient et validé par le Médecin Conseil de la CPAM.

Trois documents permettent d'identifier les patients relevant de ce dispositif :

- la *carte vitale* ou l'attestation de la CPAM ;
- la notification de la CPAM (si le patient n'a pas de carte vitale ou si sa carte vitale n'est pas à jour) ;
- le 3^{ème} volet du protocole de soins.

Voici un tableau présentant de manière synthétique les types d'Affections de longue durée, leurs conditions de reconnaissance et les modes de compensation octroyés :

Nom	Définition	Conditions	Exemples	Références	Compensation
ALD listée (ALD 30)	Pathologie faisant partie des 29 affections longues et coûteuses les plus fréquentes	Présence sur la liste ¹	• Mucoviscidose • VIH	Articles L322-3-3° et D 322-1 CSS*	Exonération du Ticket Modérateur pour les soins liés à la pathologie
ALD hors liste (ALD 31)	Affections graves mais absentes de la précédente liste	• Maladie grave ayant une forme évolutive ou invalidante • Traitement prévu de plus de 6 mois • Traitement particulièrement coûteux	Affections rétinienues	Articles L 322-3-4° et R322-6 CSS -décret 22/12/2008	Exonération du Ticket Modérateur pour les soins liés à la pathologie
Polypathologie invalidante (ALD 32)	Cumul de plusieurs affections menant à une situation invalidante alors que chaque affection ne présente pas les caractéristiques d'une ALD 30 ou 31	• Traitement prévu de plus de 6 mois • Altération importante et durable des fonctions physiologiques viscérales, sensorielles, motrices, mentales.	Une personne de 90 ans atteinte d'une polyarthrose avec trouble de la marche, incontinence urinaire et tremblements	Article L 322-3-4° CSS	Exonération du Ticket Modérateur pour les soins liés à la pathologie
ALD non exonérante	Affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible de plus de 6 mois	Arrêt de travail supérieur ou égal à 6 mois	Ulcère chronique	Article L 324-1 CSS	• Continuation de l'indemnisation de l'arrêt de travail • Prise en charge à 65 % des frais de déplacement en rapport avec l'ALD et des frais de transport et frais de séjours liés aux cures thermales

* CSS : Code de la Sécurité sociale

1-Annexe 1 :
Liste des ALD 30

Procédures et démarches à entreprendre pour la reconnaissance d'une ALD

1 Les ALD exonérantes

La demande de reconnaissance de l'Affection de longue durée est élaborée par le médecin traitant du patient. Lorsqu'il constate que son patient est atteint d'une ou plusieurs pathologies faisant partie des Affections de longue durée, il lui propose de faire une demande de prise en charge du ticket modérateur à 100% auprès de la CPAM.

Pour faire sa demande, le médecin traitant s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou, à défaut, de la communauté scientifique.

• La rédaction du protocole de soins

Depuis le 1^{er} janvier 2006, avec l'accord du patient et après concertation des spécialistes qui suivent le patient, le médecin traitant rédige un formulaire de demande de prise en charge appelé protocole de soins². Les personnes qui souffrent de plusieurs ALD ne doivent avoir qu'un seul protocole de soins pour l'ensemble de leurs pathologies.

Le protocole reprend le diagnostic, l'ensemble des consultations des médecins spécialistes et des auxiliaires de soins, les prescriptions médicales de transport, les suivis biologiques et les traitements nécessaires. Cependant, le Médecin Conseil de la CPAM peut exclure certains soins du bénéfice du ticket modérateur en les cochant.

Le protocole de soins a une durée limitée indiquée sur le formulaire. Il est donc soumis à renouvellement.

À titre dérogatoire, les autres médecins (non traitants, spécialistes ou hospitaliers) peuvent établir des protocoles de soins d'urgence qui n'ont qu'une validité de 6 mois. Informé par le patient, le médecin traitant doit réitérer la demande afin de la pérenniser. À défaut, la procédure dérogatoire peut être renouvelée.

Par la suite, le protocole est validé, refusé ou modifié par le Médecin Conseil de la CPAM puis signé par le patient.

Le protocole de soins comporte :

- Un volet 1 pour le *Médecin Conseil de la CPAM*, qui donne son accord pour la prise en charge à 100% d'une partie ou de la totalité des soins et traitements liés à la maladie ;
- Un volet 2 que conserve le médecin traitant ;
- Un volet 3 destiné au patient : personnel et confidentiel, il permet au patient d'accéder directement aux spécialistes désignés par le protocole. Aucun tiers ne peut en exiger la communication (employeur, banque, assurance...).

POINT SUR L'ANCIEN PROTOCOLE DE SOINS : FORMULAIRE PIRES (formulaire vert)

Les patients dont l'ALD a été reconnue par la CPAM avant le 15 novembre 2005 bénéficient d'un protocole de soins établi sur un ancien formulaire appelé formulaire PIRES (Protocole Inter-Régimes d'Examen Spécial). Ce protocole avait la particularité d'avoir une durée illimitée.

En outre, ce formulaire ne se divise pas en 3 volets, les patients en bénéficiant ne peuvent donc pas le présenter aux médecins qu'ils consultent.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les médecins traitants remplacent progressivement les anciens formulaires par des nouveaux protocoles de soins (formulaires violets).

- **Les recours contre la décision de la CPAM**

Il est possible d'agir contre la décision du Médecin Conseil de la CPAM.

Toutes les voies de recours sont indiquées dans le courrier envoyé par la CPAM au patient.

Elles relèvent d'un contre avis médical ou d'une décision administrative.

- **La vie du protocole de soins**

- **Engagement du médecin traitant**

Il assure la coordination des soins du patient car il le suit au quotidien pour l'ensemble des pathologies. Il assure également l'actualisation du protocole de soins en fonction de l'état de santé du patient.

Lorsque son patient est reconnu en ALD, le médecin doit utiliser un ordonnancier spécifique appelé ordonnancier bi-zone³ en plus d'une feuille de soins habituelle.

Comme son nom l'indique, cet ordonnancier est divisé en 2 zones :

- La partie haute reprend les soins et traitements liés à l'ALD et donc pris en charge à 100% ;
- La partie basse reprend les prescriptions sans rapport avec l'ALD.

(En cas d'infraction à cette disposition, l'article L.315-3 du Code de la Sécurité sociale prévoit que le médecin prescripteur s'expose à une sanction par le Comité médical régional).

- **Engagement des médecins spécialistes, non traitants et hospitaliers**

Ces médecins doivent compléter les cases spécifiques de la feuille de soins :

- La case « conforme au protocole de soins » qu'ils cochent après avoir pris connaissance du protocole ;
- La case « accès direct » en cas de consultation en direct d'un médecin spécialiste mentionné dans le protocole de soins.

- **Engagement du patient**

- Il s'engage à suivre les prescriptions présentes sur le protocole ;
- Il présente le protocole à chaque médecin consulté dans le cadre de l'affection : il est conseillé d'avoir toujours sur soi une copie de son protocole de soins ;
- Il se soumet aux contrôles et visites médicales de l'Assurance Maladie.

Les ALD non exonérantes

Leur reconnaissance donne également lieu à la rédaction d'un protocole de soins. En effet, en cas de maladie nécessitant des soins continus et/ou un arrêt de travail d'une durée prévisible de 6 mois ou plus, le protocole précise le traitement à suivre, les examens complémentaires ainsi que le suivi envisagé par le médecin traitant.

Toutefois, ce protocole de soins ne donne lieu à aucune prise en charge à 100% des soins liés à la pathologie.

2-Annexe 2 :

Modèle de protocole de soins

3-Annexe 3 :

Modèle ordonnancier bi-zone

Compensation de l'Affection de longue durée : la prise en charge des soins à 100%

Attention : Cette fiche ne concerne que les patients atteints d'une ALD exonérante.

Dans le cadre du régime général, le remboursement des frais de santé n'est pas intégral : une partie des frais, appelée ticket modérateur, reste à la charge de l'assuré. Le taux du ticket modérateur varie en fonction des soins.

En cas de reconnaissance d'une ALD exonérante, le remboursement des soins est entièrement pris en charge par l'Assurance maladie. Il s'agit d'une exonération du ticket modérateur d'ordre médical (L322-3 du Code de la Sécurité sociale).

Toutefois, certains régimes obligatoires ne sont pas concernés car leurs affiliés sont toujours pris en charge à 100% (SNCF, personnel en activité de la RATP ou Caisse autonome de la sécurité sociale des mines).

Pour bénéficier de la prise en charge, le patient doit mettre à jour régulièrement sa carte vitale dans les pharmacies, hôpitaux ou guichets automatiques des CPAM.

Cependant, cette prise en charge est limitée et subit des exceptions. Dès lors, il est suggéré aux patients en ALD d'adhérer à un organisme de complémentaire santé.

Lorsque les assurés connaissent des difficultés financières, les pouvoirs publics mettent à leur disposition deux dispositifs : le chèque santé (ou Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé) et la couverture mutuelle universelle complémentaire (CMUC).

À noter : Depuis le décret du 19 mars 2012, le changement d'organisme d'Assurance maladie (en cas de changement de département ou de régime d'affiliation) n'a pas d'impact sur la prise en charge à 100%.

1 Une prise en charge limitée aux soins en lien avec l'ALD

Ne sont pris en charge à 100% que les soins et actes en lien avec l'ALD et repris dans le protocole de soins. Dans le cadre des soins et actes précités, le patient est exonéré du paiement de la participation de 18 € pour les actes dont le montant est supérieur à 120 € ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60. Ainsi, le patient participe à la prise en charge de l'ensemble des médicaments et prestations qui ne sont pas en lien avec son ALD (indiqués dans la partie basse de l'ordonnancier bizonale).

2 Une prise en charge limitée aux frais de transports en lien avec l'ALD et au profit de patients ne pouvant se déplacer par leurs propres moyens

Par principe, sont pris en charge à 100% sans condition d'autonomie, les transports en lien avec l'ALD :

- liés à une hospitalisation (entrée/sortie) ;
- soumis à un accord préalable ;
- visant à se soumettre à un contrôle.

À compter du 1^{er} juin 2011 et conformément au Décret 2011-258 du 10 mars 2011, la prise en charge à 100% des autres frais de transport pour les patients en ALD est limitée :

- aux transports en lien avec l'ALD ;
- aux patients présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports (arrêté du 23 décembre 2006) : le patient ne pouvant se déplacer seul et transporté en ambulance (par exemple, en cas de maintien en position allongée ou d'administration de soins continus), en véhicule sanitaire ou en taxi conventionné (par exemple, en cas de nécessité d'une aide humaine ou pour des raisons d'hygiène).

Cependant, si le patient opte pour un mode de transport moins onéreux que celui prescrit médicalement, il sera remboursé.

À noter : même si les frais de transport sont pris en charge à 100%, le patient reste redevable de la franchise de 2 €.

3 Une prise en charge limitée dans le temps

Sauf si le patient bénéficie encore d'un formulaire PIRES, la prise en charge est limitée dans le temps. Cette restriction incite le médecin traitant à revoir le protocole de soins, à l'adapter selon l'évolution de la maladie du patient et, le cas échéant, à ne pas le renouveler en cas de guérison.

Cette restriction vise également à maîtriser les dépenses de l'Assurance Maladie dues aux ALD.

Ainsi, il convient d'effectuer la demande de renouvellement du protocole de soins 3 mois avant l'expiration de la période initiale. Dans la pratique, les caisses acceptent en général de statuer quelques semaines avant cette date, mais il est préférable de le faire dans les délais demandés.

Attention : Pour les affections « hors liste » et les « polyopathologies », l'exonération du ticket modérateur ne peut être accordée que pour une période maximale de 24 mois éventuellement renouvelable sur demande de l'assuré.

SUIVI DE L'ASSURÉ SOCIAL APRÈS SA SORTIE DU DISPOSITIF EN ALD

Deux décrets du 19 janvier 2011 prévoient l'exonération des actes médicaux et examens de biologie médicale nécessaires au suivi du patient « sortant d'une ALD ». Cette prise en charge à 100% liée au suivi médical est accordée pour une durée de 5 ans renouvelable. Ce nouveau dispositif poursuit l'objectif de garantir le suivi médical après la sortie d'une ALD et de permettre aux personnes dont la pathologie ne relève plus d'une ALD d'obtenir un accès plus facile aux garanties et aux crédits. Les conditions de mise en œuvre de la prise en charge et suivi du patient sortant d'une ALD sont précisées à l'article D322-1-1 du Code de la Sécurité sociale. Sont visées par ce dispositif les pathologies chroniques stabilisées ne nécessitant plus de traitement mais un suivi clinique et para clinique régulier, au 1^{er} rang desquelles figurent le cancer et l'hépatite. En effet, aujourd'hui, 50% des cancers sont curables. Le bénéfice de l'exonération est accordé, sur demande du médecin traitant, par ordonnance portant la mention « post-ALD » adressée au service médical de la CPAM. Les actes médicaux et examens biologiques ouvrant droit à une prise en charge à 100% seront prescrits par le médecin sur la base, lorsqu'ils existent, des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé et, le cas échéant, par l'Institut National du Cancer pour les affections cancéreuses.

4 Une prise en charge limitée au ticket modérateur

Ainsi, ne peuvent être pris en charge tous les montants ne correspondant pas au ticket modérateur :

- Les *dépassements d'honoraires* ;
- La participation de 1 €, déduite des remboursements depuis le 1^{er} janvier 2005 ;
- Les *franchises* instaurées depuis le 1^{er} janvier 2008 sur le transport sanitaire (2€), les soins paramédicaux (0,50 € par acte) et les médicaments (0,50 € par boîte ou unité de conditionnement) ;
- Le *forfait journalier* hospitalier ;
- Les actes et prestations non remboursés ;
- Les pénalités en cas de soins hors parcours de soins (sauf pour les patients ayant les anciens formulaires PIRES et ne pouvant présenter les nouveaux protocoles de soins, à condition qu'ils aient désigné leur médecin traitant) ;
- La différence entre le prix pratiqué par le fournisseur de matériel médical et le tarif remboursé par l'Assurance Maladie.

II. L'INVALIDITÉ



Les conditions de reconnaissance de l'état d'Invalidité	p.14
La procédure de reconnaissance de l'état d'Invalidité	p.15
La compensation de l'état d'Invalidité	p.18
La carte d'Invalidité et les autres cartes	p.21

Conditions de reconnaissance de l'état d'Invalidité

Tout d'abord, il convient de distinguer la notion d'Invalidité au sens général (*handicap*, impotence) de la notion juridique de l'Invalidité découlant essentiellement de l'impossibilité de travailler.

L'Invalidité est strictement encadrée par la loi : l'ensemble des dispositions qui y sont relatives sont rassemblées au sein des articles L341-1 et suivants et R341-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Est reconnue invalide la personne qui a droit à l'assurance Invalidité (octroyée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Cette attribution donne droit d'une part à l'exonération des frais médicaux et d'autre part au versement d'une pension.

1 Conditions principales

L'assurance Invalidité est attribuée lorsque l'assuré social présente une invalidité l'empêchant de travailler et/ou de gagner sa vie comme s'il était valide.

Son Invalidité doit réduire d'au moins deux tiers sa capacité de travailler (ou de gagner de l'argent s'il est travailleur indépendant).

La notion d'incapacité est subjective, elle peut varier d'un individu à l'autre. Il n'y a pas de barème officiel pour son attribution. **Elle prend en compte des critères médicaux mais aussi des critères professionnels et sociaux propres à chaque assuré. Elle permet de fixer le taux d'Invalidité.**

En effet, le taux d'Invalidité est déterminé par différents critères susceptibles de conditionner le reclassement de l'assuré dans le monde du travail : la gravité et la nature des affections, la capacité physique restante, l'âge, les facultés physiques et mentales, les aptitudes et la formation professionnelle. Il est apprécié en fonction du marché du travail dans le cadre de la région de résidence de l'intéressé.

2 Conditions annexes

- avoir subi un accident ou une maladie invalidante d'origine non professionnelle ;
- ne doit pas avoir atteint l'âge légal de la retraite ;
- être immatriculé depuis au moins 12 mois au jour de l'arrêt de travail ou au moment de la constatation de l'Invalidité par le Médecin Conseil de la CPAM ;
- avoir effectué au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail ou la reconnaissance de l'Invalidité, au moins 800h de travail salarié (dont 200h au moins au cours des 3 premiers mois) ou avoir touché un salaire au moins égal à 2 030 fois le *SMIC horaire* (dont au moins 1015 fois le SMIC horaire au cours des 6 premiers mois).

3 Moment de la reconnaissance de l'Invalidité

L'Invalidité de l'assuré s'apprécie dès que l'état de santé est stabilisé.

Ainsi, l'état d'Invalidité est apprécié :

- à la suite d'un arrêt de travail, dans tous les cas avant trois années d'*indemnités journalières* en longue maladie (ou 4 ans si la 4^{ème} année a été dédiée à un reclassement professionnel) ;
- dès la constatation de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré avant expiration de ces 3 ou 4 ans ;
- en cas d'arrêts de travail répétés de courte durée (inférieurs à 6 mois pour la même pathologie) et dont le total atteint le maximum de 360 jours sur une période de 3 ans ;
- au moment de la constatation médicale de la pathologie invalidante lorsqu'elle résulte de l'*usure prématurée de l'organisme* définie comme «un délabrement physique et fonctionnel tel qu'on le retrouve chez des personnes d'un âge beaucoup plus élevé».

Attention : l'attribution de l'état d'Invalidité est toujours concédée de manière temporaire (L341-9 Code de la Sécurité sociale).

1 Formalisation de la demande

D'un point de vue administratif, la reconnaissance de l'état d'Invalidité est assimilée à une **demande de pension d'invalidité**. Dès lors, l'ensemble des formulaires, procédures et textes liés à la reconnaissance de l'Invalidité porte cet intitulé.

• À l'initiative de la Caisse d'Assurance Maladie

En théorie, la Caisse qui gère le régime d'Assurance maladie est tenue de faire connaître par lettre recommandée la date à partir de laquelle l'assuré ne peut plus prétendre aux prestations d'assurance maladie en raison de la stabilisation de son état. Il est alors proposé à l'assuré de remplir le formulaire S4150 « demande de pension d'Invalidité⁴ ».

L'assuré ne peut refuser l'attribution d'une pension d'Invalidité. Un arrêt de la cour de cassation s'y oppose (chambre sociale 05/01/1990) : « la pension d'Invalidité en tant que prestation de sécurité sociale a un caractère d'ordre public, la caisse de Sécurité sociale est tenue de la verser et l'assuré ne peut en conséquence y renoncer ».

Attention : si le demandeur réside en Ile de France (à l'exception de la Seine et Marne), c'est la Caisse Régionale d'Assurance maladie d'Ile de France (CRAMIF) et non la CPAM qui est chargée de l'instruction de la demande de pension d'Invalidité.

• À l'initiative de l'assuré lui-même

À défaut de démarche de la Caisse, l'assuré peut lui-même adresser le formulaire de demande (par le biais de son médecin traitant ou du médecin du travail) dans les 12 mois qui suivent :

- soit la date de consolidation de la blessure ;
- soit la date de constatation médicale de l'invalidité si elle résulte de l'usure prématurée de l'organisme ;
- soit la date de stabilisation de son l'état ;
- soit la date de l'expiration légale d'attribution des prestations en espèce de l'Assurance Maladie ou la date à laquelle la CPAM a cessé d'accorder lesdites prestations.

2 Traitement de la demande [Cf. schéma page suivante]

À réception de la demande, le service médical de la CPAM convoque l'assuré et effectue un examen médical pour évaluer son degré d'invalidité.

À la suite de l'examen du demandeur, le Médecin Conseil de la CPAM rédige un rapport dont les propositions finales sont transmises à la CPAM.

Si ces propositions tendent vers un refus, les principaux motifs sont les suivants :

- l'affection n'est pas stabilisée (par exemple avant la fin des 3 années maximum d'arrêt de travail) ;
- l'incapacité n'a pas atteint les 2/3 requis ;
- l'incapacité est antérieure à l'immatriculation au régime d'Assurance maladie et ne s'est pas aggravée depuis (par exemple, assuré atteint d'une affection de l'enfance) ;
- l'incapacité est déjà indemnisée au titre d'un autre régime : accident du travail, pension militaire...

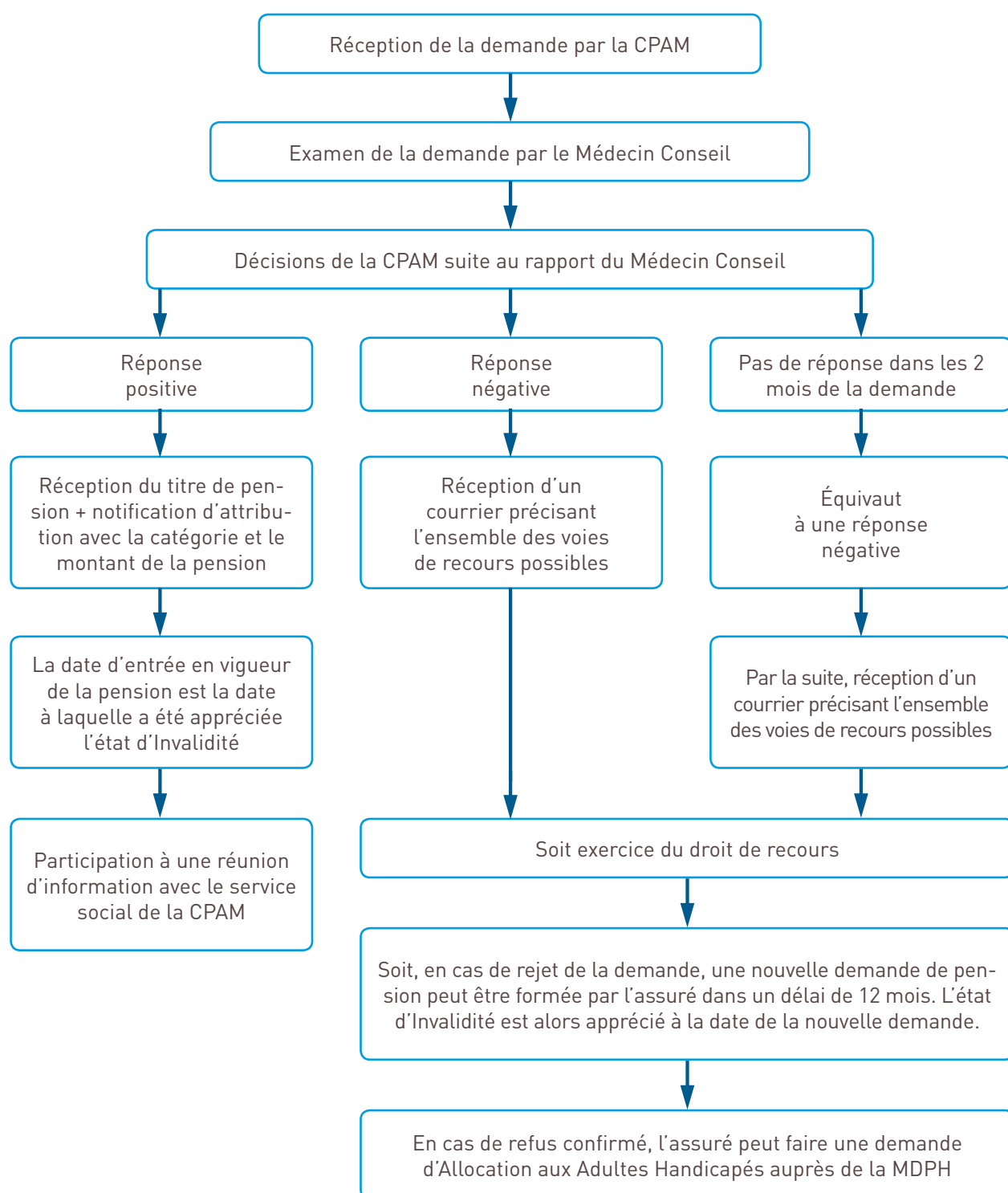
Si ces propositions tendent vers un accord, le Médecin Conseil attribue une catégorie d'Invalidité (capacité à exercer une activité professionnelle) :

- 1^{ère} catégorie : être capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée ;
- 2^{ème} catégorie : ne pas être capable d'exercer une activité professionnelle ;
- 3^{ème} catégorie : ne pas être capable d'exercer une activité professionnelle et avoir besoin de l'aide d'un tiers pour les gestes essentiels de la vie courante ;

À compter de la réception des constatations médicales du Médecin Conseil, la CPAM dispose de **2 mois** pour étudier le dossier et informer l'assuré de sa décision. Elle notifie sa réponse par lettre recommandée avec accusé réception.

4-Annexe 4 :

Formulaire de demande de pension d'invalidité



③ Durée d'attribution de la reconnaissance

- La pension d'Invalidité dépend de l'activité de l'assuré

Dans la mesure où la pension est attribuée pour compenser une perte d'activité causée par une incapacité physique, elle peut être diminuée, augmentée ou suspendue en fonction de l'évolution de la situation de l'assuré. Pour ce faire, la Caisse envoie régulièrement à l'assuré des formulaires lui permettant d'actualiser les informations relatives à ses ressources, son activité et sa situation médicale.

Par exemple, si l'assuré reprend une activité professionnelle salariée, le versement de sa pension peut être suspendu si pendant 6 mois consécutifs le cumul de sa pension et de son salaire dépasse l'ancien salaire perçu avant l'arrêt de travail.

- La pension d'Invalidité prend toujours fin lorsque le bénéficiaire atteint l'âge légal de départ à la retraite :

Lorsque l'assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite, la pension d'Invalidité est remplacée par la pension vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.

Toutefois, les invalides exerçant encore une activité à cette date peuvent s'opposer à la substitution en formulant expressément une demande auprès de sa Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Depuis le 1^{er} juillet 2011, cette opposition est possible jusqu'au 67^{ème} anniversaire du demandeur. Dans ce cas, le versement de la pension de vieillesse est suspendu et reprendra à la demande de l'intéressé au moment où il cessera son activité.

La compensation de l'état d'Invalidité

1 Perception de la pension d'Invalidité

La pension d'Invalidité est déterminée et liquidée par la CPAM.

La réponse positive émise par la CPAM (cf fiche précédente) indique la catégorie dans laquelle l'assuré doit être classé et le montant de sa pension.

Il existe 3 types de pension d'Invalidité en fonction des 3 types de catégories d'Invalidité.

La pension d'Invalidité est liquidée sur la base du salaire annuel moyen des 10 meilleures années civiles de cotisations. À défaut, est pris en compte le salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des années d'assurance accomplies.

	% du salaire moyen perçu pendant les 10 meilleures années d'activité	Montant mensuel minimum au 1 ^{er} /01/2014	Montant mensuel maximum au 1 ^{er} /01/2014
Pension d'Invalidité de 1 ^{ère} catégorie	30%	281,65 €	938,70 €
Pension d'Invalidité de 2 ^{ème} catégorie	50%	281,65 €	1 564,50 €
Pension d'Invalidité de 3 ^{ème} catégorie	50% + majoration pour tierce personne*	281,65 € + 1 103,08 €	1 564,50 € + 1 103,08 €

*En cas d'hospitalisation, cette majoration est versée jusqu'au dernier jour du mois civil suivant celui de l'hospitalisation. Au-delà de cette date, elle est suspendue sauf en cas d'hospitalisation dans un établissement long séjour.

À noter :

- La pension est versée mensuellement au début du mois suivant la période couverte ;
 - Il faut conserver les justificatifs de paiement de la pension car ils valident les droits à la retraite ;
 - La pension peut être révisée, suspendue ou supprimée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'intéressé ;
 - En cas de trop perçu, la CPAM peut demander un remboursement au bénéficiaire dans un délai de 2 ans à compter du paiement des prestations ;
 - Seul le bénéficiaire d'une pension de 3^{ème} catégorie obtient l'attribution d'une carte d'Invalidité.
- **Soumission de la pension d'Invalidité à l'impôt sur le revenu** : l'assuré reçoit en début d'année un relevé annuel indiquant le montant à déclarer au Trésor Public. Cette soumission ne concerne pas la *majoration pour tierce personne*.
- Il existe cependant un abattement pour les personnes titulaires de la carte d'invalidité (donc touchant une pension de 3^{ème} catégorie) selon l'importance des revenus déclarés :
- En 2013, cet abattement est égal à :
- 2 332 € quand le revenu annuel est inférieur à 14 630 € ;
 - 1 166 € quand le revenu annuel est compris entre 14 630 € et 23 580 €.
- L'abattement est doublé si le conjoint est également invalide ou s'il est âgé de plus de 65 ans.
- L'abattement est directement déduit du revenu net global imposable.
- En outre, les personnes titulaires d'une carte d'Invalidité bénéficient d'une demi-part supplémentaire de quotient familial.
- **La pension d'Invalidité est soumise aux prélèvements sociaux** :
- Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) au taux de 0,5% ;
 - Contribution sociale généralisée (CSG) au taux de 6,6% si le titulaire est imposable sur le revenu ou au taux de 3,8% s'il n'est pas imposable sur le revenu mais sur la taxe d'habitation.

La pension servie à compter du 1^{er} janvier 2012 est exonérée de ces *prélèvements* si le revenu fiscal de référence 2010 (porté sur l'avis d'imposition pour 2011) est inférieur à 10 024 €, majoré de 2 676 € par demi part du quotient familial ou 1 338 € par quart de part supplémentaire.

Cette soumission ne concerne pas la majoration pour tierce personne.

2 Prise en charge des soins médicaux

• Une prise en charge étendue

Les soins, examens et médicaments sont **pris en charge à 100%** pour la maladie et la maternité dans la limite des tarifs fixés par la Sécurité sociale pour **l'assuré**.

Cette prise en charge concerne l'ensemble des soins (pas seulement ceux liés à l'affection dont est atteint l'assuré) **à l'exception des médicaments à service médical rendu important remboursés à 65%, des médicaments à service médical rendu modéré, les médicaments homéopathiques remboursés à 30%, et des médicaments à service médical faible remboursés à 15%.**

L'assuré est exonéré de la participation de 18 € imposée pour les actes d'un montant supérieur à 120 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.

Sur la feuille de soins, dans la zone « Conditions de prise en charge », le médecin de l'assuré doit cocher la case « Maladie » / « Exonération du ticket modérateur » et sur la ligne suivante la case « Autre ».

Attention : l'assuré doit payer ses consultations car il n'existe aucune disposition conventionnelle prévoyant le tiers payant pour les consultations et actes dispensés à des patients en invalidité sauf si le patient relève d'une situation où le tiers-payant est applicable (ex : bénéficiaire de la CMU complémentaire).

• Une prise en charge toutefois limitée au ticket modérateur

Ainsi, ne peuvent être pris en charge les montants ne correspondant pas au ticket modérateur :

- Les dépassements d'honoraires ;
- La participation de 1 €, déduite des remboursements depuis le 1^{er} janvier 2005 ;
- Les franchises instaurées depuis le 1^{er} janvier 2008 sur le transport sanitaire (2 €), les soins paramédicaux (0,50 € par acte) et les médicaments (0,50 € par boîte ou unité de conditionnement) ;
- Le forfait journalier hospitalier ;
- Les actes et prestations non remboursés ;
- Les pénalités en cas de soins hors parcours de soins ;
- La différence entre le prix pratiqué par le fournisseur de matériel médical et le tarif remboursé par l'Assurance Maladie.

• Le droit aux indemnités journalières en cas d'arrêt de travail

Si l'assuré exerce une activité professionnelle, il peut bénéficier d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie, congé de maternité ou de paternité (s'il remplit les conditions d'ouverture des droits).

3 Perception possible de l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité

• Définition

Les bénéficiaires de la pension d'Invalidité dont les ressources sont insuffisantes peuvent demander le versement d'une « Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ». Elle est versée jusqu'à ce que le titulaire atteigne l'âge requis pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Son montant mensuel maximum est de 403,76 € pour une personne seule et 666,27 € pour un couple marié.

• Ressources prises en compte

Le **montant maximum des ressources annuelles** à ne pas dépasser pour obtenir l'ASI est de 8 424,05 € pour une personne seule et 14 755,32 € pour un demandeur vivant en couple.

L'examen porte sur les ressources des 3 mois précédant la date d'effet de l'ASI. Si le montant des ressources ainsi évaluées dépasse le quart des plafonds annuels autorisés, une seconde évaluation est effectuée sur la période des 12 mois qui précèdent la date d'effet de l'ASI.

Les ressources prises en compte sont :

- Les avantages de vieillesse et d'Invalidité dont bénéficie l'intéressé (ex : AAH) ;
- Les revenus professionnels (ainsi que le RSA) ;
- Les indemnités maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle ;
- Les allocations de chômage et préretraite ;
- Les revenus des biens mobiliers et immobiliers ;
- Les biens dont il a fait donation dans les 10 années qui précèdent la demande ;
- Les prestations compensatoires suite à un divorce ;
- Les rentes viagères issues d'un contrat d'assurance vie (y compris contrat Épargne Handicaps).

Certaines ressources ne sont pas prises en compte. Il s'agit notamment :

- De la valeur des locaux d'habitation occupés par le demandeur et les membres de sa famille vivant à son foyer lorsqu'il s'agit de sa résidence principale ;
- Des prestations familiales ;
- De l'allocation de logement social ;
- Des majorations prévues par la législation, accordées aux personnes dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne ;
- De la retraite du combattant ;
- Des pensions attachées aux distinctions honorifiques ;
- De l'aide apportée ou susceptible d'être apportée par les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

• Procédure de demande

La **demande** est faite par le biais du formulaire type S4151 adressé au service invalidité de la CPAM.

La caisse **notifie** au demandeur sa décision d'attribution ou de rejet de l'ASI. Dans le cas d'un rejet, la décision doit être motivée.

En principe, l'ASI est **versée** à partir du premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande. Si la demande d'ASI est reçue dans les trois mois suivant la notification d'attribution de l'avantage de base, la date d'effet de l'ASI est alignée sur celle de l'avantage acquis au titre de l'invalidité qu'elle complète.

• Fiscalisation et récupération

L'allocation supplémentaire d'Invalidité n'est ni soumise à l'impôt sur les revenus ni aux prélèvements sociaux (CSG, CRDS).

Attention : les sommes versées au titre de l'ASI sont récupérables au décès de l'allocataire sur sa succession, si l'actif net de la succession dépasse 39 000 € (article L815-13 CSS) dans la limite de 6 123,94 € pour une personne seule et 7 995,40 € pour un couple.

Attention : l'octroi de ces cartes n'est pas limité aux personnes invalides

1 Les conditions d'obtention de la carte d'Invalidité

Elle est attribuée, sur demande, par la *Maison Départementale des personnes handicapées* (MDPH) à :

- toute personne dont le taux d'incapacité permanent est au moins de 80% ;
- ou toute personne bénéficiaire d'une pension d'Invalidité de 3^{ème} catégorie.

En d'autres termes, si le demandeur est titulaire d'une pension d'Invalidité de 1^{ère} ou 2^{ème} catégorie mais que son taux d'incapacité permanent est supérieur ou égal à 80%, il pourra demander une carte d'Invalidité.

La demande est faite auprès de la MDPH par le biais du formulaire n°13788*01⁵ auquel est joint un certificat médical sur le document CERFA n°13878*01⁶ renseigné par le médecin traitant ou le justificatif d'attribution de la pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie.

Est également demandée la remise d'un « projet de vie » établi sur papier libre.

Sauf s'il est titulaire d'une pension d'Invalidité de 3^{ème} catégorie, le demandeur est évalué par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH.

Enfin, la demande est instruite par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) au sein de la MDPH.

La carte est gratuite.

2 Durée de la carte et mentions qui y sont apposées

La carte est délivrée pour une durée prédéfinie d'un à dix ans ou pour une durée illimitée. Elle est renouvelée sur demande anticipée du titulaire (au moins 6 mois à l'avance sans renouvellement automatique). Son attribution est également révisée en fonction de l'évolution de l'incapacité du demandeur.

La carte a pour but d'attester que son détenteur est en situation de handicap. En outre, elle peut préciser les informations suivantes :

- « besoin d'accompagnement » lorsqu'il est avéré que le détenteur a besoin d'un tiers dans sa vie quotidienne (enfant ayant droit au complément d'allocation pour enfant handicapé de la 3^{ème} à la 6^{ème} catégorie, adulte bénéficiaire d'une aide humaine dans le cadre de la PCH, adulte bénéficiaire de la majoration pour tierce personne ou adulte bénéficiaire d'une majoration de la rente accident du travail ou maladie professionnelle pour assistance d'une tierce personne) ;
- ou « cécité » lorsque la vision centrale de la personne handicapée est inférieure à un vingtième de la normale.

Ces mentions peuvent se cumuler.

3 Les avantages liés à la carte d'Invalidité

• Avantages fiscaux

- Impôts sur le revenu :

En application de l'article L195 1dbis du Code général des impôts, si le titulaire de la carte d'Invalidité n'a pas d'enfant à charge et est célibataire son revenu imposable est divisé par 1,5.

Par ailleurs, le quotient familial du titulaire de la carte d'Invalidité est augmenté d'une demi part supplémentaire lorsqu'il a un ou plusieurs enfants à charge ou lorsqu'il est marié.

Enfin, le quotient familial du couple est augmenté d'une part lorsque les deux membres sont titulaires de la carte d'Invalidité.

De plus, il existe un abattement selon l'importance des revenus déclarés. Pour 2013 :

- 2 332 € quand le revenu annuel est inférieur à 14 630 € ;
 - 1 166 € quand le revenu annuel est compris entre 14 630 € et 23 580 € ;
- Cet abattement est doublé si le conjoint est également invalide ou s'il est âgé de plus de 65 ans
- L'abattement est directement déduit du revenu net global imposable ;
 - Réduction d'impôt pour les frais d'aide à domicile : 50 % des dépenses effectivement supportées (salaires et charges sociales) dans la limite de 20 000 € par an si l'un des membres du foyer fiscal est titulaire de la carte d'Invalidité ou d'une pension d'Invalidité de 80% ;
 - Abattement ou dégrèvement de la taxe d'habitation (L1414 du Code général des impôts) ou de la taxe foncière (L1417 du Code général des impôts) ;
 - Exonération éventuelle de la redevance télévisuelle ;
 - Exonération des cotisations patronales de Sécurité sociale pour les travailleurs indépendants.

• **Autres avantages :**

- Réduction de tarif dans les transports en commun ;
- Avantages tarifaires à la SNCF : 50 % de réduction pour l'accompagnateur d'une personne titulaire de la carte d'Invalidité ;
- Gratuité pour l'accompagnateur si la carte d'Invalidité porte la mention « tierce personne » ;
- Avantages tarifaires sur les vols aériens ;
- Places réservées dans les transports en commun, dans les salles d'attente et priorité aux guichets des organismes publics ;
- Diverses réductions tarifaires librement déterminées par les organismes exerçant une activité commerciale (ex : téléphonie) ;
- Des aides spécifiques à la construction ou à la rénovation du logement principal peuvent être accordées par l'Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat (ANAH) ;
- Des dispositions relatives à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

4 Les autres types de cartes

• **La carte de priorité pour personnes handicapées à moins de 80%**

Les personnes qui sont atteintes d'une incapacité inférieure à 80% rendant la station debout pénible, peuvent se voir attribuer la carte « priorité pour personne handicapée ». Elle remplace la carte « station debout pénible ». Elle ne donne pas droit à la carte de stationnement mais donne priorité aux places assises dans les transports en commun, établissements publics...

La demande de carte se fait auprès de la MDPH dans les mêmes conditions que la carte d'Invalidité.

• **La carte européenne de stationnement**

Depuis le 1^{er} janvier 2000, elle remplace les cartes « macarons GIC » (grand invalide civil) et « plaques GIG » (grand invalide de guerre). La carte européenne permet à son titulaire de bénéficier des mêmes avantages dans l'ensemble de l'Union européenne tant en matière de circulation que de stationnement. La carte doit être apposée en évidence derrière le pare brise du véhicule.

L'usage indu de la carte de stationnement pour personnes handicapées est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5^e classe (1 500 € au plus).

Elle est attribuée sur demande à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par un tiers dans ses déplacements. Elle est délivrée par le Préfet conformément à l'avis du médecin chargé de l'instruction de la demande (la demande est accompagnée d'un certificat médical).

La demande est adressée soit à la MDPH soit au service départemental de l'Office national des anciens combattants et victimes de guerres pour les invalides de guerre.

À noter : Les organismes utilisant des véhicules de transport collectif de personnes handicapées peuvent recevoir une carte européenne de stationnement.

5-Annexe 5 :

Formulaire de demande n°13788*01

6-Annexe 6 :

Certificat médical sur le document CERFA n°13878*01

III. LA DÉPENDANCE



L'évaluation et la reconnaissance de la Dépendance_____	p.24
Les interlocuteurs de la Dépendance_____	p.26
La compensation de la Dépendance par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)_____	p.27
Le montant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)_____	p.29
Les autres dispositifs financiers visant à compenser la Dépendance__	p.31
Les aménagements fiscaux et sociaux liés à la Dépendance_____	p.33

① Définition de la Dépendance

La Dépendance est l'incapacité d'effectuer sans aide les actes essentiels de la vie quotidienne (faire sa toilette, s'alimenter...). Elle entraîne la nécessité de recourir à une tierce personne pour les tâches élémentaires.

L'état de Dépendance ne concerne que les personnes âgées de plus de 60 ans afin d'éviter toute confusion entre personnes dépendantes et personnes invalides.

② Évaluation de la Dépendance

De l'évaluation et la reconnaissance de la Dépendance découle le versement des moyens de compensation proposés tant par les pouvoirs publics que les assurances privées.

En outre, pour être évalué, **l'état de Dépendance doit être définitif** : en effet, il est possible qu'après un accident ou une opération lourde, une personne perde temporairement son autonomie sans qu'elle soit en situation de « Dépendance ».

Enfin, la notion de Dépendance est complexe car d'une part elle prend en compte de nombreux facteurs (l'état physique, l'environnement social, l'état psychologique...) et d'autre part car elle exige une étude attentive de chaque personne.

Comme indiqué précédemment, différents acteurs évaluent la Dépendance : les médecins, les assureurs, les pouvoirs publics... La méthode d'évaluation de la Dépendance la plus répandue est la grille AGGIR. Cette dernière est utilisée par les collectivités locales pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et par la plupart des assureurs.

Cependant on constate que certains professionnels de santé se fondent sur d'autres grilles comme la grille AVQ qui classe en 7 niveaux les actes de la vie quotidienne ou la grille EZB qui répertorie en 5 stades les incapacités d'un sujet.

À terme, l'objectif est de se fonder sur une **grille d'évaluation commune** afin d'aller dans le même sens et d'améliorer la compréhension du public.

③ Point sur la grille AGGIR

AGGIR signifie Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource. C'est la méthode la plus utilisée tant par les pouvoirs publics, les maisons de retraite et les assureurs.

Cette méthode d'évaluation de la Dépendance tient compte des conditions de santé de la personne et également de son environnement. Par exemple, la personne vit-elle seule ? A-t-elle des escaliers à monter ? Enfin, il est tenu compte de ses habitudes de vie (habitudes sanitaires strictes ou pas...).

La grille AGGIR, réactualisée par le décret du 20 août 2008, est composée de 17 variables parmi lesquelles 10 vont systématiquement définir la situation de Dépendance de la personne : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, le transfert (se lever, se coucher, s'asseoir), les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur et la communication à distance. Si la personne âgée ne peut plus exécuter l'une de ces variables, elle sera automatiquement considérée comme dépendante.

Chacune des variables fait l'objet d'une notation :

A : actes accomplis seul et spontanément, totalement et correctement ;

B : actes partiellement effectués ;

C : actes non réalisés.

En pratique, l'évaluation est menée par une équipe pluridisciplinaire composée de personnel soignant et de membres des services sociaux. Elle a lieu soit au domicile de la personne âgée, soit en maison de retraite.

GRILLE NATIONALE AGGIR

Nom :	_____ Prénom : _____
Numéro d'immatriculation :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Adresse :	_____
Code Postal :	_ _ _ _ Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas.

A le

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

Les interlocuteurs de la Dépendance

La personne âgée dépendante ou plus fréquemment sa famille, ne sait pas forcément vers qu'elle interlocuteur se tourner pour trouver des réponses aux questions techniques, médicales et financières qu'elle se pose.

① Les interlocuteurs généralistes

- Les CCAS : Créés en 1986, les Centres Communaux d'Action Sociale ont pour mission générale d'aider et soutenir les plus défavorisés. Ils constituent un outil politique incontournable de l'action sociale locale. Ils sont le moyen privilégié d'exercice de la solidarité publique, nationale et locale ;
- Les bureaux dédiés aux personnes âgées au sein des mairies et des conseils généraux ;
- Le personnel des établissements accueillant des personnes âgées : assistantes sociales ou équipe médicale ;
- Le médecin traitant de la personne âgée.

② Un interlocuteur spécialisé : le CLIC

Intégrés à la loi du 20 juillet 2001 en tant que structure permettant d'organiser la mise en œuvre de l'Aide personnalisée d'autonomie (APA), les *Centres locaux d'information et de coordination* (CLIC) ont pour objectif de parvenir à un maillage du territoire français afin d'aider et de conseiller l'ensemble des personnes âgées dépendantes ou non.

Les CLIC sont des structures sociales et médico-sociales gérées le plus souvent par des associations ou des communes. Toutefois, juridiquement, ils dépendent de la compétence des départements.

• Les CLIC sont répartis selon trois niveaux de missions appelés LABELS :

- label 1 : lieu unique d'accueil, d'écoute et d'information ;
- label 2 : label 1 + évaluation des besoins et élaboration du plan d'aide personnalisé de la personne âgée ;
- label 3 : label 2 + mise en œuvre de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

• Voici les différentes missions des CLIC :

- lieu d'accueil, d'écoute et d'information des personnes âgées, des familles et des professionnels. En pratique, les conseils concernent principalement les placements en établissement, l'obtention de l'APA et les chèques emploi-service ;
- rôle d'animation du territoire (conférence, formation groupe de parole, forum, programme de prévention) ;
- évaluation globale multidimensionnelle ;
- plan d'aide personnalisé de la personne âgée (pour les labels 2 et 3) ;
- recherche de ressources financières et d'accès aux droits ;
- coordonner l'action gériatrique existante autour d'une personne âgée : identifier et faciliter la mise en relation des professionnels de santé, du champ social, médico social et de l'habitat. Dans cette optique, les CLIC peuvent créer deux outils :
 - une cellule de concertation : lieu d'échange et de mise au point de stratégie de réponse auquel participent l'assistante sociale, l'évaluateur APA, le chargé de coordination du CLIC, le médecin traitant, l'infirmière de la personne âgée concernée ;
 - une consultation médico-sociale : réalisée de manière conjointe par le médecin gériatre, l'assistante sociale et le chargé de coordination du CLIC dans le but d'établir un bilan global concernant une personne âgée et créer un plan d'intervention et d'accompagnement ;
- dans les situations extrêmes (canicule), les CLIC doivent être en mesure de repérer les personnes fragiles devant faire l'objet d'une vigilance particulière ;

Attention : le CLIC ne délivre directement ni soin ni prise en charge à domicile.

Depuis 2009, les CLIC coordonnent leurs actions avec les CCAS et les réseaux de gériatrie (EPHAD, hôpitaux...).

Pour connaître l'adresse des CLIC de votre région, rendez-vous sur le site internet :

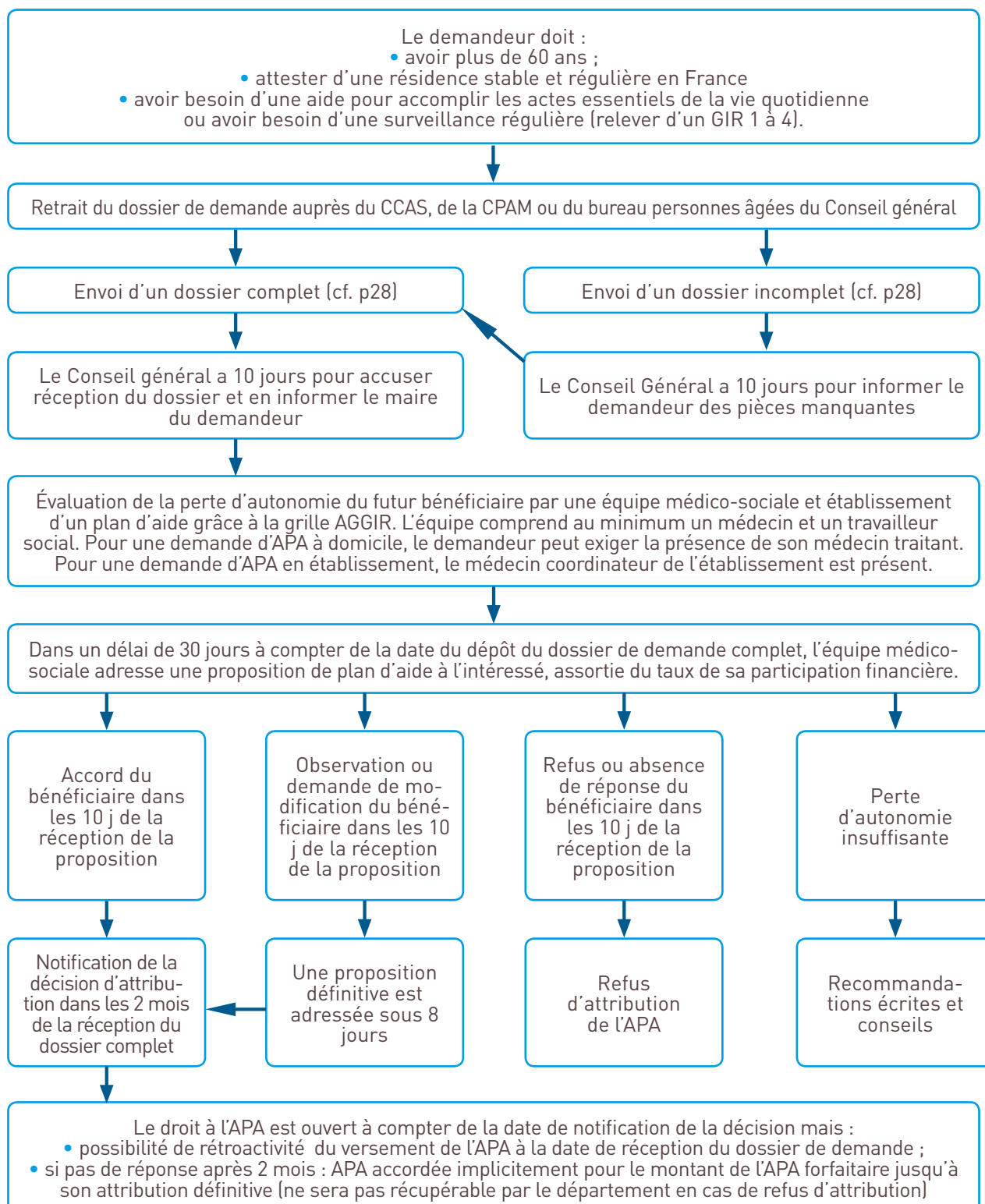
www.clic-info.personnes-agees.gouv.fr.

La compensation de la Dépendance par l'APA

Les personnes en situation de Dépendance ne sont plus en âge de travailler mais doivent faire face à des dépenses élevées pouvant être compensées par l'aide des proches ou par l'octroi de prestations telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette dernière est destinée aux personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour accomplir les actes essentiels de la vie courante ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. Versée par le Conseil Général du département, elle peut bénéficier aux personnes hébergées à domicile ou en établissement.

1 La procédure de demande

Il s'écoule un délai maximum de 2 mois entre la réception du dossier et la réponse définitive du département :



* le dossier complet comporte :

- une photocopie du livret de famille ou de la carte d'identité ou du passeport ou un extrait d'acte de naissance (pour les personnes d'une autre nationalité : une photocopie du titre de séjour) ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ;
- le cas échéant, une photocopie du dernier relevé de taxe foncière sur les propriétés bâties et non bâties ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal.

En cas de désaccord, un recours contre toute décision relative à l'APA est possible devant une commission départementale présidée par le président du Tribunal de Grande Instance du chef lieu du demandeur. Cette commission comprend : 3 conseillers généraux élus et 3 fonctionnaires d'État en activité ou à la retraite. Si le recours a pour objet l'appréciation de la perte d'autonomie du demandeur, la commission doit recueillir l'avis d'un médecin titulaire d'un diplôme de gériatrie choisi sur une liste établie par le Conseil départemental de l'ordre des médecins.

② Non cumul de certaines aides avec l'APA

Attention : l'octroi de l'APA fait perdre le bénéfice des aides suivantes :

- Majoration pour aide constante d'une tierce personne versée aux titulaires d'une pension d'invalidité ;
- L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- La prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- Les heures d'aide ménagère versées par le Conseil général ou les Caisses de retraite.

③ Suspension de l'APA

• Occasionnelle

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire, l'APA est maintenue pendant les 30 premiers jours (les 3 premiers jours à taux plein et à compter du 4^{ème} jour le forfait journalier hospitalier est déduit). Au delà de 30 jours d'hospitalisation, l'APA est suspendue. L'APA est rétablie sans nouvelle demande à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel le bénéficiaire n'est plus hospitalisé.

• Définitive

- si le bénéficiaire à domicile ne remplit pas ses obligations en matière de déclaration du personnel (cf. envoi obligatoire du formulaire Cerfa 10544*02 au président du conseil général dans le mois suivant la notification d'attribution) ;
- Si le bénéficiaire n'acquiesce pas sa participation ;
- Si l'équipe médico-sociale constate que le service rendu n'est pas celui prescrit ou présente un danger pour le bénéficiaire ;
- Si le bénéficiaire n'a pas produit les justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide dans le mois suivant la demande du Président du Conseil général.

Le montant de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

1 Modalités de calcul de l'APA

L'attribution de l'APA n'est pas liée à une condition de ressources.

Cependant, les ressources du demandeur sont analysées et peuvent donner lieu au versement d'une participation financière ; on parle alors de « ticket modérateur ».

Attention : pour une demande d'APA à domicile, les ressources du couple sont divisées par 1,7.

Les ressources prises en compte sont :

- les revenus figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non imposition ;
- les revenus soumis au prélèvement libératoire (article 125 du Code général des impôts) ;
- une partie de la valeur locative du patrimoine immobilier non rémunéré (sauf s'il s'agit de la résidence principale occupée par le demandeur, son conjoint, un enfant ou petit enfant) ;
- les rentes viagères issues d'un contrat d'assurance vie (y compris contrat Épargne Handicaps) ainsi que les intérêts capitalisés non rémunérés.

Ne sont pas pris en compte dans l'évaluation des ressources : les différents capitaux et pensions versés par les assurances maladie, invalidité, accident du travail ; les aides au logement ainsi que les pensions alimentaires versées par des descendants.

Pour chaque bénéficiaire, le montant effectivement attribué est variable car sont pris en compte les ressources du demandeur, son niveau de dépendance, le montant de sa participation et le cas échéant les tarifs appliqués par l'établissement.

• À domicile

Être à domicile signifie vivre chez soi, dans le foyer d'un membre de la famille ou dans un logement foyer. L'APA finance alors les services et professionnels qui interviennent au domicile du bénéficiaire mais aussi les aides techniques, les travaux d'aménagement du logement ou encore les places en accueil de jour. Les prestataires sont recommandés par la commission médico-sociale : si le bénéficiaire passe outre, sa participation est majorée de 10%.

L'APA versée correspond au montant du plan d'aide défini par l'équipe médico-sociale.

Le tableau ci-après indique les montants maximums pouvant être versés mensuellement au titre du plan d'aide à domicile (déduction faite de la participation) en fonction du niveau de dépendance du bénéficiaire.

Ressources mensuelles	APA NETTE À DOMICILE		
	Inférieures à 739,06 €	Entre 739,06 € et 2 945,23 €	Supérieures à 2 945,23 €
Calcul de la participation	Exonération de la participation	$^1 P = A \times \frac{R - 739,06}{2\,206,16} \times 90\%$	Participation à 90% du montant du plan d'aide
GIR1	1312,67 €	1312,67 € - P	131,27 €
GIR2	1125,14 €	1125,14 € - P	112,51 €
GIR3	843,86 €	843,86 € - P	84,39 €
GIR4	562,57 €	562,57 € - P	56,26 €

¹ : P = Participation ; A = Montant du plan d'aide ; R = Revenu mensuel

• En établissement

Le coût d'un séjour en établissement pour personnes âgées dépendantes est composé de 3 tarifs : le tarif hébergement, le tarif soins et le tarif dépendance. Selon le niveau de dépendance du bénéficiaire, l'APA prend en charge le tarif dépendance de l'établissement aux niveaux des GIR 1 et 2 ou GIR 3 et 4.

Mais tous les résidents acquittent le tarif dépendance des niveaux GIR 5 et 6.

Enfin, mensuellement, 95€ résiduels sont laissés à la disposition du bénéficiaire de l'APA.

La somme réservée au membre du couple resté à domicile s'élève à 791,99 € par mois.

Si une personne bénéficiaire de l'APA ne peut acquitter le montant de son « ticket modérateur », elle peut remplir un dossier d'aide sociale auprès des services sociaux du département.

Le tableau ci-dessous indique les règles de calcul de l'APA en établissement (déduction faite de la participation). Les montants réellement versés varient en fonction du niveau de dépendance du bénéficiaire, de ses ressources et des tarifs appliqués par l'établissement.

Ressources mensuelles	APA NETTE EN ÉTABLISSEMENT		
	Inférieures à 2 437,81 €	Entre 2 437,81 € et 3 750,48 €	Supérieures à 3 750,48 €
Calcul de la participation	Participation égale au tarif dépendance GIR 5 et 6 de l'établissement.	$^1 P = \text{GIR}5/6 + (A - \text{GIR}5/6) \times \frac{R - (2392,17)}{1312,67} \times 80 \%$	Participation à 80% du tarif dépendance de l'établissement selon le GIR du bénéficiaire moins le Tarif GIR 5 et 6
GIR1 ou GIR 2	Tarif GIR 1 et 2 – Tarif GIR 5 et 6	Tarif GIR 1 et 2 – Tarif GIR 5 et 6 – P	Tarif GIR 1 et 2 – Tarif GIR 5 et 6 – 80% du Tarif GIR 1 et 2
GIR3 ou GIR 4	Tarif GIR 3 et 4 – Tarif GIR 5 et 6	Tarif GIR 3 et 4 – Tarif GIR 5 et 6 – P	Tarif GIR 3 et 4 – Tarif GIR 5 et 6 – 80% du Tarif GIR 3 et 4

¹ : P = Participation ; A = Montant du plan d'aide ; R = Revenu mensuel

2 L'APA forfaitaire en cas d'urgence (L231-12 et suivants du Code de l'action sociale et des familles)

• **Le cas d'urgence** : Il peut s'agir d'une situation d'urgence médicale ou sociale devant faire l'objet d'une attestation (ex : certificat médical).

• **Procédure** : L'APA forfaitaire est versée par le Conseil général à réception du dossier de demande complet sans obligation de recueillir la proposition de la commission médico-sociale.

Cette APA est versée à titre d'avance et s'impute sur les montants versés ultérieurement.

Au delà de 2 mois de bénéfice de l'APA forfaitaire, la décision d'attribution de l'APA reprend la procédure d'instruction ordinaire.

MONTANT DE L'APA FORFAITAIRE	
À Domicile	50% du montant maximal du plan d'aide pour le GIR 1 (656,33 euros)
En établissement	50% du tarif dépendance de l'établissement pour les résidents en GIR 1

Les autres dispositifs financiers visant à compenser la Dépendance

En 2011, le coût de la Dépendance s'élevait en moyenne à 1 800 € par mois à domicile et à 2 300 € en établissement, alors que plus de la moitié des retraités touchent une pension inférieure à 1 200 €.

Le montant moyen de l'APA est de 489 € mensuels.

Face à ce constat et dans l'attente d'une réponse du gouvernement concernant la prise en charge du 5^{ème} risque, les assurances privées sont de plus en plus demandées.

En outre, les individus victimes de perte d'autonomie peuvent avoir accès à d'autres renforts financiers.

1 Les assurances dépendances privées

La garantie « dépendance » peut être proposée soit sous la forme d'un contrat individuel souscrit par l'individu seul auprès d'un assureur soit sous la forme d'un contrat collectif souscrit, par exemple, par l'employeur du bénéficiaire.

Par ailleurs, les garanties « dépendance » peuvent être proposées en accessoire d'une assurance vie, d'une complémentaire santé ou d'un contrat d'assistance.

Il convient donc de bien étudier les contrats déjà conclus par la personne âgée.

Le principe de ces contrats est l'octroi d'une rente ou d'un capital prédéfini une fois l'assuré en situation de Dépendance reconnue. Le mode d'évaluation de la Dépendance doit être indiqué dans les documents contractuels remis lors de la signature du contrat. Les principaux modes d'évaluation de la Dépendance sont détaillés dans la fiche 9. Le niveau de la rente est défini préalablement et dépend du montant de la cotisation. La moyenne actuelle est une rente mensuelle de 500 €.

La rente est exonérée de l'impôt sur le revenu et n'a pas d'impact sur le calcul du droit à l'APA.

Il convient d'attirer l'attention des éventuels souscripteurs sur les points suivants :

- Le contrat collectif est moins coûteux pour le bénéficiaire (35 € de cotisation moyenne contre 361 € pour un contrat individuel) dans la mesure où il est mutualisé et qu'il fait souvent l'objet d'une participation de l'employeur ;
- Les assureurs imposent un questionnaire médical et une limite d'âge à la signature ;
- Une attention particulière doit être portée au niveau de prise en charge : certains contrats ne prennent en charge que la dépendance totale (lorsque l'assuré atteint un GIR 1 ou 2). Mais, les contrats prenant en charge de la dépendance totale et partielle de l'assuré sont plus onéreux.

2 Les autres allocations et aides financières octroyées par les pouvoirs publics aux personnes âgées en situation de Dépendance

• Aides locales

Pour connaître les dispositifs en vigueur dans chaque commune ou département, il convient de se tourner vers le CLIC le plus proche, le CCAS de la commune ou les services départementaux spécialisés.

• Allocation solidarité pour personnes âgées (ASPA)

Depuis le 1^{er} janvier 2007, elle remplace le minimum vieillesse et assure un revenu de retraite minimal pour les personnes âgées de plus de 65 ans (ou de 60 ans en cas d'inaptitude au travail).

Au 1^{er} avril 2014, le montant maximum de l'ASPA est de 9 503,89 € par an (soit 791,99 € par mois) pour une personne seule, ou lorsqu'un seul membre d'un couple en bénéficie.

Le montant des ressources annuelles maximal est de 9 503,89 € par an pour une personne seule. L'ensemble des avantages de vieillesse et d'invalidité dont bénéficie l'intéressé est pris en compte dans l'appréciation des ressources, de même que les revenus professionnels, les revenus des biens mobiliers et immobiliers et les biens dont il a fait donation dans les 10 années qui précèdent la demande d'ASPA.

• Aide sociale à l'hébergement

Si les revenus de la personne âgée ne lui permettent pas de couvrir les frais d'hébergement en maison de retraite et son ticket modérateur, elle peut bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement pour la prise en charge des sommes à payer. Il convient d'en faire la demande au CCAS ou au bureau d'aide sociale. Le Conseil général soumet ses propositions à la commission d'admission qui prendra la décision finale.

Attention : l'aide sociale à l'hébergement n'est versée qu'en complément de l'obligation alimentaire. Si les ressources du bénéficiaire ne sont pas suffisantes, la commission d'admission peut solliciter une aide matérielle des proches.

En outre, la prise en charge par l'aide sociale des frais d'hébergement n'est possible que dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Cependant, pour les résidents en établissement non conventionné, le service d'aide sociale peut participer si l'intéressé y a séjourné à titre payant pendant une durée de 5 ans et lorsque ses ressources sont insuffisantes pour lui permettre d'assurer son entretien.

- **Chèque emploi-service (CESU)**

Il permet de payer des services à la personne.

L'utilisateur du CESU peut bénéficier d'une réduction ou crédit d'impôts de 50% du montant des chèques.

Le CESU est soit distribué par des émetteurs habilités (Accor, Sodexo), dans ce cas il est préfinancé, soit proposé par des établissements bancaires.

- **Aides au logement**

Chacune de ces aides peuvent être attribuées que le demandeur soit locataire ou propriétaire. Elles ne concernent que les résidences principales (logement occupé au moins 8 mois dans l'année).

Elles peuvent être demandées par la personne âgée dépendante en difficultés financières ou par l'aidant familial l'ayant accueillie. Ces aides ne sont pas cumulables.

- **L'aide personnalisée au logement (APL) :** Cette aide est octroyée par la Caisse d'Allocation Familiale. Son attribution et son montant dépendent de différents éléments : ressources, situation familiale, nature du logement, lieu de résidence, loyer, nombre d'enfants ou de personnes à charge (les parents âgés de plus de 65 ans ou infirmes sont pris en compte pour le calcul s'ils vivent dans le foyer du descendant et si leurs revenus ne dépassent pas 10 634,36 €).

- **L'allocation de logement familial (ALF)** s'adresse aux personnes qui assurent au moins la charge d'un ascendant de plus de 65 ans (ou de 60 ans, s'il est inapte au travail, ancien déporté, interné ou ancien combattant) et ne disposant pas de ressources supérieures au plafond individuel fixé pour l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) en vigueur au 31 décembre de l'année de référence ou qui assurent la charge d'un ascendant, descendant ou collatéral au 2^{ème} ou 3^{ème} degré (oncle, tante, frère, sœur, neveu, nièce) atteint d'une infirmité entraînant une incapacité permanente d'au moins 80 % ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité reconnue par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), de se procurer un emploi.

- **L'allocation de logement sociale (ALS)** est attribuée, entre autres, aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

En cas de location, le montant mensuel de l'ALS est égal à la différence entre la dépense de logement (loyer effectivement payé dans la limite d'un loyer plafond, additionné à un montant forfaitaire de charges locatives) et d'une participation personnelle restant à la charge du demandeur (33,80 € par mois pour 2012).

Point sur la création d'un 5^{ème} risque dédié à la Dépendance

Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics étudient des solutions visant à anticiper et à prendre en charge les difficultés liées à la croissance du nombre de français dépendants.

Le projet « réforme de la Dépendance » initié sous la présidence de Nicolas Sarkozy avait été abandonné en août 2011 car jugé trop coûteux et moins urgent que d'autres mesures.

Toutefois, ce sujet reste une préoccupation et François Hollande a relancé dès son élection la proposition de la création d'une 5^{ème} branche de l'Assurance maladie dédiée au risque dépendance (les 4 branches déjà existantes sont la maternité, l'invalidité, la maladie et la vieillesse).

Voici les grandes lignes de ce projet :

- hausse des cotisations sociales et/ou vieillesse afin de financer la réforme ;
- accent sur la prévention ;
- encouragement à la souscription de contrats d'assurance dépendance privés.

Aménagements fiscaux et sociaux liés à la Dépendance

En marge de la compensation financière de la dépendance par les aides d'État ou les contrats d'assurance privés, plusieurs dispositifs annexes (principalement fiscaux) permettent aux personnes âgées dépendantes ou à leurs aidants de mieux « supporter » la dépendance.

1 Les avantages fiscaux

• Exonération possible de la taxe d'habitation et de la redevance audiovisuelle

Les personnes résidant en maison de retraite gérée par un organisme public sont exonérées de taxe d'habitation si les repas sont pris en commun, le droit de visite est limité et les chambres sont accessibles au personnel et au gestionnaire.

Par ailleurs, les personnes de plus de 60 ans dont les revenus 2013 n'excèdent pas 10633 € bénéficient d'une exonération de la taxe d'habitation et de la taxe foncière. Enfin, toute personne de plus de 65 ans non passible de l'impôt solidarité sur la fortune et non imposable sur le revenu bénéficie d'une exonération de la redevance audiovisuelle.

• Crédit d'impôt pour l'achat d'équipement (article 200 quater A du Code général des impôts).

Les dépenses d'installation ou de remplacement d'équipements spécialement conçus pour les personnes âgées ou handicapées ouvrent droit à un crédit d'impôt. Les travaux doivent avoir été réalisés dans la résidence principale du bénéficiaire située en France. La liste de ces équipements est fixée par arrêté (ex : baignoires à porte, systèmes de commande des installations électriques, d'eau, de gaz).

• Réduction d'impôt de 25% des dépenses liées à la Dépendance dans la limite de 10 000 € par an (article 199 quindecies du Code général des impôts). Les bénéficiaires concernées par cette réduction sont des personnes âgées dépendantes soit vivant en établissement médico-social soit prises en charge à domicile par des services sociaux ou médico-sociaux ;

Dépenses concernées	Dépenses liées à la dépendance	Prestations d'aides et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie
	Dépenses liées à l'hébergement associées à une perte d'autonomie	Prestations d'administration générale, hôtellerie, restauration, entretien et animation. Pour être déduites, doivent être supportées en plus des dépenses liées à la dépendance.
Exclusion	Dépenses d'hébergement isolées	
	Dépenses de soins	
Déduction	Le montant des dépenses déclaré doit être déduit du montant des allocations ou aides versées au titre de la dépendance ou de l'hébergement même si versé en tiers payant à l'établissement (ex : APA, APL...)	

• Exonération d'impôt sur le revenu des rentes perçues dans le cadre d'un contrat d'assurance dépendance.

2 Les dispositifs prévus pour les aidants

• Possibilité de prendre un congé de soutien familial

Ce congé, créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, s'adresse aux salariés ou fonctionnaires d'État, souhaitant suspendre leur contrat de travail pour s'occuper d'un proche présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité. Dès lors que les conditions sont remplies, ce congé non rémunéré est de droit pour le salarié qui en fait la demande. D'une durée initiale de trois mois, il peut être renouvelé mais ne peut excéder un an pour l'ensemble de la carrière.

Le salarié peut y mettre fin de façon anticipée en cas de décès ou de prise en charge du proche par un tiers.

• Possibilité d'exonération fiscale pour les personnes aidant une personne dépendante

- Exonération fiscale des sommes engagées au titre de l'obligation alimentaire en cas d'hébergement des parents ou des grands parents ;
- Si les ascendants n'ont pas de ressources et que le descendant couvre leurs besoins : possible déduction d'une somme forfaitaire pour la nourriture et le logement de 3359€ par ascendant ;
- Réduction d'impôt de 50% sur les sommes versées pour les services à la personne par l'aidant familial dans la limite de 6 000€ (varie selon l'évolution de l'état de dépendance).

IV. ANNEXES



Lexique et sites internet utiles	p.35
Annexe 1 : Liste des ALD exonérantes	p.37
Annexe 2 : Modèle de protocole de soins	p.38
Annexe 3 : Modèle d'un ordonnancier bi-zone	p.39
Annexe 4 : Formulaire de demande de la pension d'invalidité	p.40
Annexe 5 : Formulaire de demande de carte d'invalidité auprès de la MDPH	p.41
Annexe 6 : Le certificat médical joint à la demande de carte d'invalidité	p.42

1 Lexique

Ayant droit : Personne qui bénéficie des prestations versées par un régime de Sécurité sociale, non à titre personnel mais du fait de ses liens avec l'assuré : conjoint, enfant à charge, ascendant sous certaines conditions, concubin.

Carte vitale : Délivrée par l'Assurance maladie à chaque assuré social, elle contient les renseignements administratifs suivants : le numéro d'assuré social, le régime d'assurance maladie, la caisse d'affiliation, la liste des ayants droit, le droit à la CMU Complémentaire et l'exonération du ticket modérateur s'il y a lieu... Sur présentation de la carte vitale, le professionnel de santé transmet par informatique l'information de la nature de la dépense engagée et son montant à la caisse d'affiliation. Le régime obligatoire a son tour transmet par voie informatique cette information à l'organisme de complémentaire santé (télétransmission).

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
Guichet d'accueil d'information et de coordination au service des personnes âgées et de leur famille.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires pratiqués par un professionnel de santé conventionné supérieure au Tarif de Convention. Le dépassement d'honoraires n'est pas pris en charge par le régime obligatoire.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
Catégorie de Maison de retraite accueillant des personnes âgées dépendantes.

Franchises médicales : La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la Caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments (0,50 €), les actes paramédicaux (0,50 €) et les transports sanitaires (2 €).

Forfait journalier : Forfait facturé à un patient pour chaque nuit d'hospitalisation. Il correspond aux frais de bouche et de blanchisserie. Il est de 18 € en médecine et de 13,50 € en psychiatrie depuis le 1^{er} janvier 2010.

Handicap : Depuis la loi du 11 février 2005, le handicap se définit comme toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Indemnité journalière : Lorsqu'un médecin prescrit un arrêt de travail, celui-ci peut donner lieu au versement d'indemnités journalières, destinées à compenser partiellement la perte de salaire, à condition d'avoir travaillé et donc acquitté des cotisations sociales pendant un certain temps.

Majoration pour Tierce Personne : S'il se trouve dans l'incapacité d'accomplir les actes ordinaires de la vie courante (se lever, se nourrir et se laver), le titulaire d'une pension d'invalidité ou de l'APA peut bénéficier de cet avantage supplémentaire afin de financer les services d'un tiers.

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : Lieu unique de service public pour accueillir, informer, orienter et accompagner les personnes handicapées. Elle associe toutes les compétences impliquées aujourd'hui dans l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs familles. Elle fonctionne comme un guichet unique pour toutes les démarches liées au handicap.

Médecin traitant : Médecin spécialiste ou généraliste que chaque assuré doit choisir dans le cadre du parcours de soins coordonnés, institué par la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004. Le médecin traitant coordonne l'ensemble des soins reçus par son patient. Il l'oriente vers un médecin spécialiste « correspondant » ou un service hospitalier. Il centralise les informations : résultats d'examens, traitements. Il dispose ainsi d'une vision globale de l'état de santé de son patient.

Médecin Conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie : Il exerce au sein des CPAM. Il a principalement deux missions : l'une auprès des assurés, l'autre auprès des professionnels de santé.

Dans le cadre des relations avec les assurés, le médecin-conseil apprécie et contrôle, sur le plan médical, les demandes de prise en charge particulière, par exemple en cas d'affection de longue durée ou après un accident du travail.

S'agissant de l'accompagnement des professionnels de santé, le médecin-conseil réalise des actions de sensibilisation aux « bonnes pratiques » en matière de prescriptions, notamment en application des recommandations de la Haute Autorité de santé. De même, il donne des informations sur les nouveaux dispositifs mis en place par l'assurance maladie (par exemple, le nouveau protocole de soins).

Parcours de soins coordonnés :

Mis en place par la loi de réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004, il consiste à confier au médecin traitant la mission d'organiser les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. À défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

Prélèvements sociaux : On appelle prélèvements sociaux, les cotisations prélevées par des organismes sociaux. La quasi-totalité des revenus et plus-values de toute nature perçus par les personnes physiques fiscalement domiciliées en France est soumise à ces prélèvements sociaux destinés à combler le déficit des régimes sociaux. L'objectif étant de faire supporter le coût des risques sociaux au plus grand nombre.

On distingue :

- la Contribution sociale généralisée (CSG) : 7,5% sur les revenus d'activité ou de remplacement et 8,2% sur les revenus du patrimoine ou de placements ;
- la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) dont le taux est de 0,5% ;
- le prélèvement social de 2%, auquel s'ajoute un prélèvement additionnel au taux de 0,3% ;
- le prélèvement RSA (revenu de solidarité active) au taux de 1,1% ;
- le prélèvement social de 4,5%.

Remboursement des médicaments :

- 15% pour les médicaments à service médical faible ;
- 30% pour les médicaments à service médical rendu modéré, médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales ;
- 65% pour les médicaments à service rendu majeur ou important ;
- 100% pour les médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux.

Ticket modérateur : Différence entre le tarif de convention et le remboursement du régime obligatoire.

Le ticket modérateur reste à la charge de l'assuré. Il peut être pris en charge par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance ou instituts de prévoyance).

SMIC horaire : Le salaire minimum de croissance (SMIC) est le salaire horaire en dessous duquel il est interdit de rémunérer un salarié et ce, quelle que soit la forme de sa rémunération.

Le montant du SMIC horaire brut est fixé à 9,53 € soit 1 445,38 € bruts mensuels sur la base de la durée légale de 35 heures hebdomadaires.

Usure prématurée de l'organisme : Critère de l'invalidité qui se définit comme «un délabrement physique et fonctionnel tel qu'on le retrouve chez les personnes d'un âge beaucoup plus élevé ».

2 Sites internet utiles

- www.clic-info.personnes-agees.gouv.fr
- www.travail-solidarite.gouv.fr
- www.sante-sports.gouv.fr
- www.ameli.fr
- www.caf.fr
- www.legifrance.fr
- www.integrance.fr

Annexe 1 : Liste des ALD 30

Liste de 29 Affections de longue durée qui donnent lieu à exonération du ticket modérateur (Article D322-1 du CSS)

L'article D322-1 du Code de la Sécurité sociale précise la liste de ces affections « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie ».

Cette liste est établie après avis du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale (HCMSS).

Elle a été modifiée par le décret du 19 janvier 2011 et s'applique donc à tout renouvellement et à nouveau bénéficiaire à compter de cette date.

Au regard de cette liste, le HCMSS élabore des Recommandations à l'intention des médecins traitants et des médecins conseils des services de l'assurance maladie dans le but de donner des indications précises sur les conditions d'exonération. Après avis du Ministre, ces recommandations font l'objet d'une publication par l'UCANSS à l'intention des professionnels.

Cette liste est complétée par une annexe précisant les critères médicaux utilisés pour la définition des ALD ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré (annexe à l'article D322-1 CSS).

Liste des Affections de longue durée :

1. Accident vasculaire cérébral invalidant ;
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
4. Bilharziose compliquée ;
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
9. Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
12. Maladie coronaire ;
13. Insuffisance respiratoire chronique grave ;
14. Maladie d'Alzheimer et autres démences ;
15. Maladie de Parkinson ;
16. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
17. Mucoviscidose ;
18. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
19. Paraplégie ;
20. Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
21. Polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
22. Affections psychiatriques de longue durée ;
23. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
24. Sclérose en plaques ;
25. Scoliose idiopathique structurale évolutive ;
26. Spondylarthrite grave ;
27. Suites de transplantation d'organe ;
28. Tuberculose active, lèpre ;
29. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

[illegible][illegible]

Annexe 3 : Modèle d'un ordonnancier bi-zone

Identification du prescripteur	cerfa n°60-3937	<i>L'étiquette du patient</i> <i>est à coller ici</i>
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste) (AFFECTION EXONÉRANTE)		
Ce formulaire est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance. les prescriptions seront établies sur les formulaires détenus par les professionnels de santé		
Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée (MALADIES INTERCURRENTES)		

S 3321a

Annexe 4 : Formulaire de demande de la pension d'Invalidité



n° 50531#02

assurance invalidité demande de pension

l'Assurance Maladie

régime général

notice d'utilisation

la réglementation en vigueur

Vous êtes atteint(e) d'une invalidité réduisant votre capacité de travail et vous avez moins de 60 ans :

**vous pouvez bénéficier d'une pension d'invalidité (art. L 341-1 du Code SS)
sous certaines conditions (art. R 313-5 du Code SS)**

Vous pouvez obtenir **en plus de votre pension d'invalidité, et sous certaines conditions de ressources**, l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité. (art. L 815-2 du Code SS)

les renseignements permettant d'étudier vos droits

- **"votre identité" ❶**
complétez toute la rubrique.
Remarque concernant le "nom d'usage" : il s'agit soit du nom de l'époux(se), veuf(ve), divorcé(e) ou du nom du parent qui ne vous a pas transmis son nom, accolé au nom de naissance
Si vous êtes **ressortissant étranger, n'appartenant pas à l'Espace Économique Européen**, vous devez justifier de votre résidence régulière en France (art. D161-15 du Code SS). Demandez à votre organisme les pièces justificatives à fournir. ❶ bis
- **"les renseignements administratifs vous concernant" ❷**
Complétez seulement les rubriques se rapportant à votre situation en n'oubliant pas de cocher systématiquement les cases correspondant à votre situation

Quelques précisions pour certaines rubriques :

- **"vous avez été inscrit(e) à un autre régime que le régime général" ❸**
N'oubliez pas de citer les régimes concernés

les régimes spéciaux ou particuliers :

exploitants agricoles – travailleurs des professions agricoles et forestières – travailleurs non salariés non agricoles – marins et inscrits maritimes – personnel de la SNCF (y compris le personnel des chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et des tramways, qui ont été rattachés à la SNCF) – personnel de la Banque de France – clercs et employés de notaires – personnel de la RATP – mineurs et assimilés – personnel de la Chambre de commerce de Paris – militaires de carrière – personnel du Sénat – personnel de l'Assemblée nationale – personnel du Port autonome de Bordeaux – Cie générale des eaux (avant le 1.1.2000) – étudiants – membres des cultes et des congrégations religieuses – fonctionnaires – agents des collectivités locales et ouvriers de l'Etat – EDF GDF – personnel des théâtres nationaux (Opéra, Opéra comique, Comédie française)

Si vous êtes concerné(e) par les rubriques suivantes :

- **"vous bénéficiez d'une rente accidents du travail ou maladies professionnelles" ❹**
joignez une photocopie de la notification de rente
- **"vous avez été appelé sous les drapeaux, mobilisé, rappelé" ❺**
joignez une photocopie des feuillets 3 et 4 de votre livret militaire ou de votre carte de service national
- **"vous avez demandé le bénéfice d'une pension militaire pour maladie, blessure de guerre ou au titre de victime civile de la guerre" ❻**
joignez une photocopie de la notification de pension ainsi que la photocopie de la décision de la commission de réforme
- **"votre situation fiscale" ❼**
si vous êtes non imposable : joignez une photocopie de votre avis de non imposition. Ceci vous permet de ne pas payer la CSG et la CRDS sur la pension (L 136-2 du Code SS)

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles L.377.1 et L.471.3 du Code de la sécurité sociale, 441.1 du Code pénal)

S 4150e

Annexe 5 : Formulaire de demande de carte d'Invalidité auprès de la MDPH

Service infirmier de la MDPH

**Formulaire de demande(s)
auprès de la MDPH**

N° 13788101

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Nationalité : ☐ Française ☐ EEE ou Suisse ☐ Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____ Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Si vous résidez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez : _____

Le n° : _____ Dans quel département ? : _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

Si vous avez été domicilié auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :		
Prénom :		
N° et Rue :		
Complément d'adresse :		
Code postal :		
Commune :		
Téléphone :		
Fax :		
Adresse électronique :		

Espace réservé
P 1110601 E
page 1

Page 6/6
Nom : _____
Prénom : _____

E - Demande de cartes

☐ Carte d'invalidité ou de priorité

☐ Carte d'invalidité avec mention besoi d'accompagnement

☐ Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

☐ Prestation de Compensation - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'ACOF (allocation d'éducation d'enfant handicapé)

☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP

☐ Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Beneficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - APA ? ☐ Oui ☐ Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

☐ Aide humaine
Précisez : _____

☐ Aide technique, matériel ou équipement
Précisez : _____

☐ Aménagement du logement / Dérangement
Précisez : _____

☐ Aménagement du véhicule / Accessibilité du transport
Précisez : _____

☐ Charges spécifiques / exceptionnelles
Précisez : _____

☐ Aide animale
Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Date de naissance : _____ Lien de parenté : _____

Le CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

Espace réservé
P 1110601 E
page 2

Annexe 6 : Le certificat médical joint à la demande de carte d'Invalidité



 République Française

 Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale



 Direction Départementale des Affaires Médicales (DDAM)

Certificat médical

Destiné à être joint à une demande auprès
de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)

Nom de naissance _____

Nom d'usage _____

Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

N° d'inscription sécurité sociale _____

N° de dossier auprès de la MDPH (si connu) _____

➤ Vous avez déjà rempli un certificat médical pour ce patient lors d'une précédente demande auprès de la MDPH (ou des dispositifs antérieurs, COTOREP ou CDES) ☐ **OUI**

et il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap* de votre patient depuis le dernier certificat que vous avez établi : ☐ **NON**

Vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je certifie que depuis mon précédent certificat médical en date du _____, il n'y a pas de modification significative dans l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap de M. _____

A _____ le _____ Cachet _____

Signature du médecin _____

➤ Dans les autres cas : **Vous devez compléter le certificat médical suivant**

Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés :

Joindre les comptes rendus et documents les plus significatifs.

Vous pouvez alors simplement faire référence à ces documents dans les rubriques ci-dessous.

Ce certificat médical et les documents complémentaires sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande auprès de la MDPH.

Il est destiné au médecin de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH qui a besoin que vous lui apportiez des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap de votre patient, en apportant un soin particulier au recensement fonctionnel. Ce médecin rendra à votre disposition pour des informations complémentaires.

* «Conséquence d'un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'exercice ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant» (Article L114 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n° 2005-105 du 11 février 2005)

Pathologie principale à l'origine du handicap	Code CIM
Pathologies autres	
Histoire de la (des) pathologie(s) invalidante(s) ou évolution depuis la dernière demande auprès de la MDPH Date de début des troubles : origine, circonstance d'apparition - antécédents médicaux, chirurgicaux, pédiatriques en rapport avec le handicap - jadis de naissance pour les enfants - bilan noté, facteur de grands handicaps	
☐ Accident de travail ☐ Maladie professionnelle ☐ Complexes / troubles (en)x / gènes(x)	
Description clinique actuelle, préciser le cas échéant, la fréquence des crises, douleurs, anxiété, fatigue, vertige... Posture : _____ Tactile : _____ altération dominante avant handicap : _____ ☐ complexité / troubles (en)x / gènes(x)	
Perspective d'évolution ☐ stable ☐ Aggravation ☐ Incapacité Partielle (général) et réversible, la fréquence des épisodes ☐ Risque vital ☐ Amélioration (général) la durée prévisible des limitations fonctionnelles ☐ non définie	
En cas de déficience auditive avec un retardement significatif - Joindre un audiogramme <u>général</u> et <u>spécifiquement</u> et un audiogramme vocal (Observation)	
En cas de déficience visuelle avec un retardement significatif - Joindre le compte rendu, type temps par un ophtalmologue (Observation)	

[illegible]

Remplacement sur le sécurité : profitez des situations à risque.
Capacité de dissocier les dangers, usage du langage.

Reçoit-il des renseignements ? (sur les déplacements, l'entretien, ...)
☐ oui ☐ non ☐ est possible

Extraction personnelle : savoir, technique, confiance, alimentation...

A : sans difficulté B : information ou peut être technique
☐ aide technique partielle ☐ aide technique totale

Père ou mère :

A	B	C	D
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Environnement :
 Ménage et tenue des vêtements propres
 Soin de la personne
 Personne responsable de l'entretien
 Personne responsable de l'entretien

Vie quotidienne et vie domestique : travail ménager, cuisine, propreté et respect, goût des habitudes, tenue des vêtements...

Remplacement sur la vie sociale et familiale (si besoin)

Remplacement sur la sécurité (si en âge scolaire) : ☐ non ☐ oui possible

Remplacement sur l'emploi (si besoin) : ☐ Avec les missions du travail post
 Si travaille actuellement, intéressement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : ☐ oui ☐ non possible
 Si ne travaille pas actuellement, intéressement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : ☐ oui ☐ non possible
 Dans les deux cas précisez les restrictions d'aptitudes éventuelles, les aménagements de poste ainsi que les accompagnements souhaitables...

Préconisations : Prise en charge médicale, aide humaine, aide technique, aménagement... (si besoin)

Observations : (Tous autres éléments utiles pour le projet en matière de besoins et de personnes)

Certificat médical établi par

A : _____ le _____ Cacher (obligatoire)

Signature du médecin



Contactez-nous

APPEL GRATUIT 0 800 10 30 14
depuis un poste fixe

www.integrance.fr

Les personnes sourdes ou malentendantes peuvent nous contacter par fax :
01 44 92 58 00

Pour trouver l'agence la plus proche de chez vous, rendez-vous sur
www.integrance.fr

Votre agence

Adhérer
à Intégrance
c'est aussi agir en
faveur du handicap !



Document réalisé par la Mutuelle Intégrance - Toute reproduction interdite. Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 340 359 900. Siège social : 89, rue Damrémont - 75882 Paris cedex 18. Toutes marques déposées. Photos © S. Gauguin / Fotolia / GUIALV - 08/2014 - 10 000 ex. Concept. & réal. S.Mkg - Document non contractuel.



Agissez pour
le recyclage des
papiers avec
Intégrance
et Ecofolio.