



## Accès aux droits

Pr Dominique Somme  
Directeur enseignement  
Coordonnateur national  
[dominique.somme@chu-rennes.fr](mailto:dominique.somme@chu-rennes.fr)



## Allocation personnalisée pour l'autonomie

Compréhension du droit et des enjeux

### APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001
- Succède à la prestation spécifique dépendance PSD
- « *renforcer la prise en charge des PA en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante* »
- A domicile et en établissement.

### APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- Uniformisation des tarifs et des barèmes au niveau national
- Transparence du dispositif vis-à-vis des usagers
- Tarif national : montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie.
- Barème national : participation restant à charge en fonction des ressources de l'usager.

### APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **Différences APA / prestation spécifique dépendance**
  - Aucune plafonds de ressources pour écarter demande
  - PSD réservée aux personnes en GIR 1 à 3, l'APA élargit aux personnes en GIR 4 moins dépendante
  - Pas de recours sur succession

### APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **> 60 ans, perte d'autonomie, France, situation régulière**
- **Sans domicile fixe: résidence dans établissement médico-social agréé (ou CCAS, CIAS)**
- **Pas de condition de ressource mais ticket modérateur**

## APA : Financement

- **Nombre de bénéficiaires 1 249 490 (31 déc. 2014- + 2 à 3% par an environ, ~ 2000 en urgences)**
- **Montant total 2014 5 548 000 000 €**
- **Montant domicile 2013 3 241 104 815 € (baisse)**
  - **60% domicile (738 160 personnes 2014)**
  - **40% EHPAD (511 330 personnes 2014)**
- **50% de 85 ans et plus, 73% femmes, 59% GIR4, 2% en GIR 1**
- **Montant mensuel moyen du plan d'aide 487 € (domicile) 68% du max du barème par GIR (varie de 346€/540€- 64% enGIR 4 à 991€/1261€ -78,5% en GIR 1) (stagne ou baisse)**
  - Dont 390€ venant du CD (80.1%)
  - Et 97€ à charge de la personne (19.9%)
    - Mais 77% seulement ont une participation (donc participation moyenne 123)



## APA : Financement

### Ressources CNSA : Etat et Sécurité sociale.

Contribution solidarité autonomie (journée de solidarité) : 2,3 milliards d'euros (Md€) en 2008

0,1 % de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) : 1,12 Md€

Caisses de retraite : 65 millions

Transfert des crédits des Caisses d'Assurance Maladie : 13,2 Md€

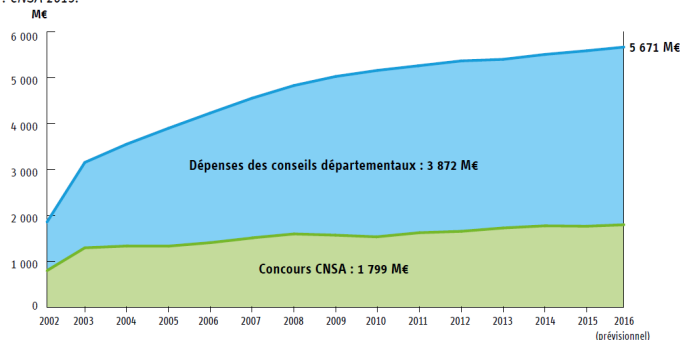
**En 2008, la CNSA a versé pour l'APA 1,6 milliards d'euros : 31% de 4,855 M€ (dépenses domicile+EHPAD)**



## Part CNSA et CD dans la dépense

### \* Évolution des dépenses d'APA<sup>1</sup> et des concours FFAPA<sup>2</sup> puis CNSA versés aux départements depuis 2002

Source : CNSA 2015.



1. APA : y compris APA 2.

2. Fonds de financement de l'APA.

CHU  
rennes

## Calcul de la part de la CNSA

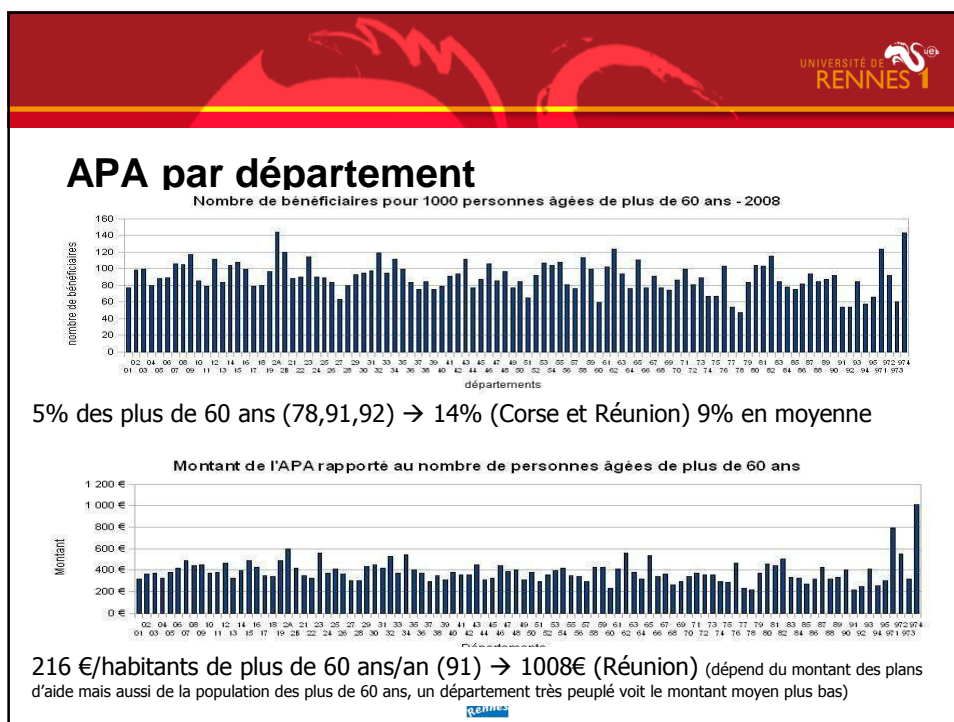
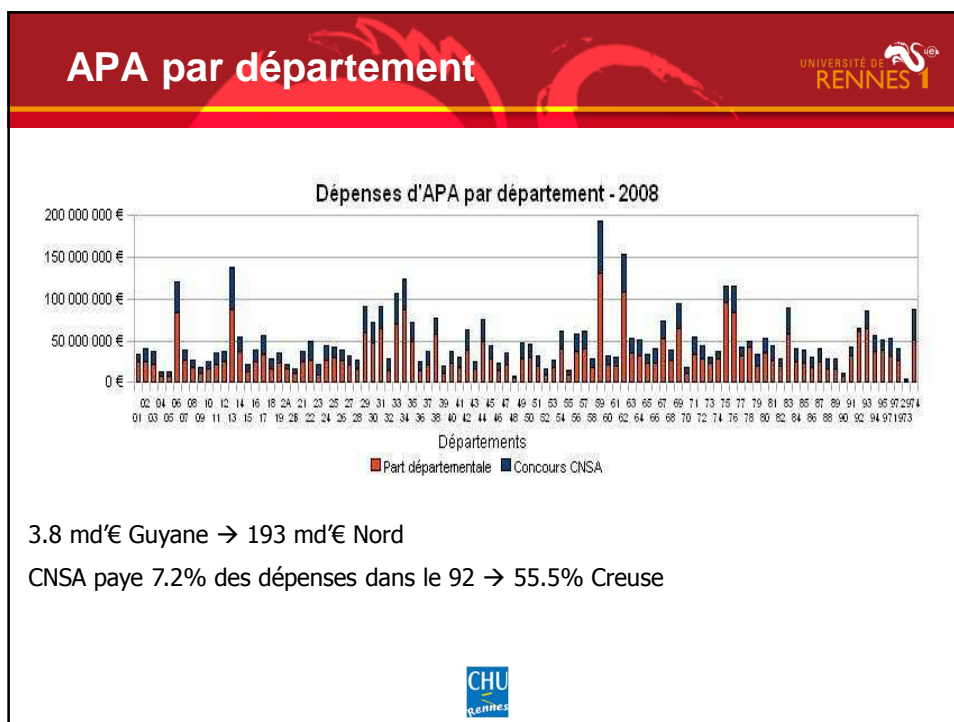
- 1) CNSA détermine un coefficient pondéré pour chaque département qui dépend 1/ du nombre de bénéficiaires de l'APA et du RMI, 2/ des dépenses d'APA et 3/ du potentiel fiscal.

Le coefficient, appliqué au montant de 1 598 898 495 € (en 2008), permet de répartir un **montant provisoire** entre les départements.

- 2) CNSA vérifie que la charge nette (montant de la dépense APA diminuée du montant provisoire), < 30% du potentiel fiscal.

Si > 30 % : versement complémentaire aux Dépts les plus pauvres, ce versement est retiré de l'enveloppe puis nouveau calcul du montant définitif par le coefficient

CHU  
rennes



## APA et pauvreté

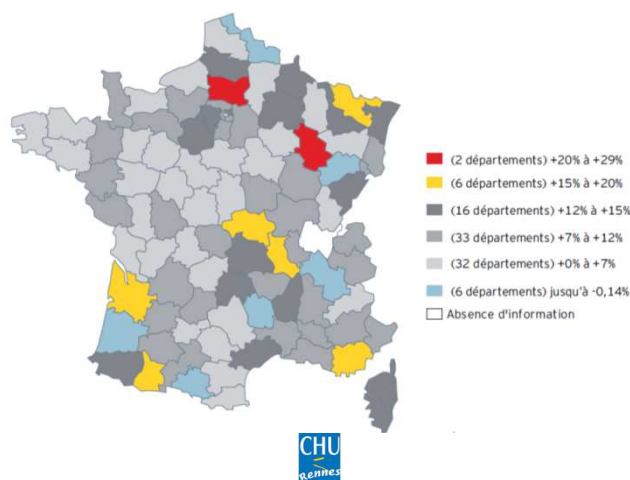
Groupes de départements	(en %)	(en euros)	(en %)	Rang taux de pauvreté
	Taux de pauvreté* des personnes âgées de 65 ans ou plus	Dépenses annuelles brutes d'APA hors frais de personnel par habitant	Part de la population de 75 ans et plus bénéficiaire de l'APA**	
Groupe A	5,9	50,1	13,5	5
Groupe B	6,2	58,3	15,5	4
Groupe C	8,0	74,7	18,3	3
Groupe D	8,9	89,2	18,7	2
Groupe E	10,5	98,4	18,5	1
<b>France métropolitaine</b>	<b>8,8</b>	<b>81,8</b>	<b>18,0</b>	

\* Part de la population dont le revenu disponible du ménage par unité de consommation, dit « niveau de vie », est inférieur à 60 % de la médiane nationale (définition européenne)

\*\* Rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'APA âgés de 75 ans et plus au 31/12/2011 et l'ensemble de la population âgée de 75 ans et plus au 01/01/2012

## APA par département

Variation du budget consacré à l'APA entre 2005 et 2006 (en%)



## Le problème

### Repose sur la fiscalité locale donc sur les jeunes

répartition de population jeune/vieux différentes selon CD

part des impôts locaux prélevées (APA) varie selon CD

### Evolution démographique non prise en compte (montant de transfert de fiscalité au département par l'Etat au moment du passage PSD → APA)

### Problème d'équité d'attribution

## Allocation personnalisée pour l'autonomie

La pratique réglementaire

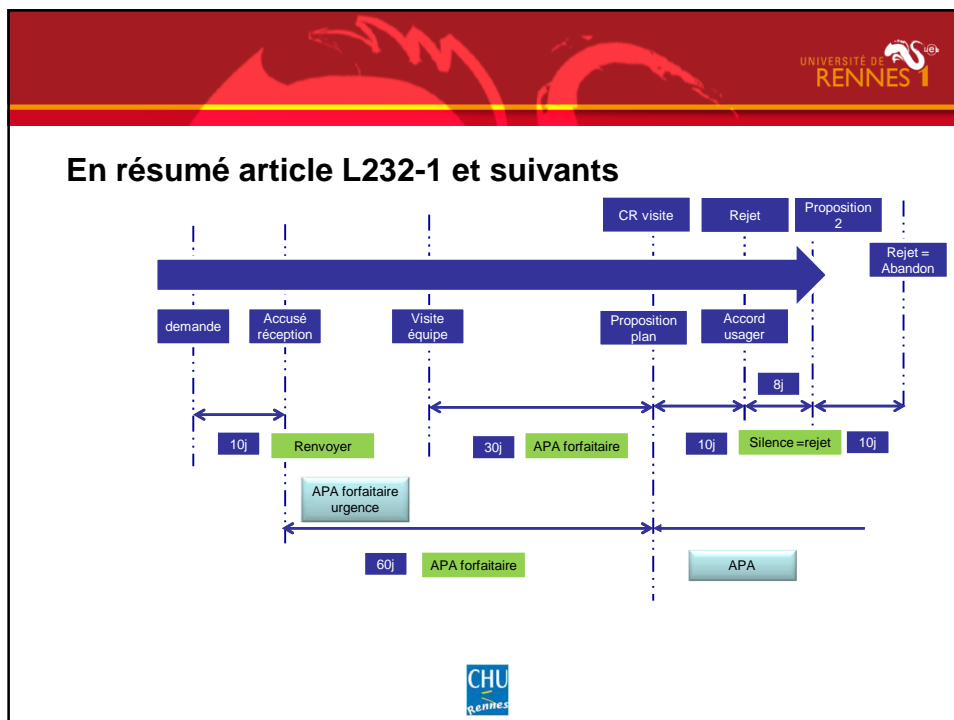


**APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie**

- **Dossier : conseil départemental ou convention CLIC, services municipaux, associations, mutuelles...**
- **Accusé de réception 10j – délai < 2 mois pour instruction du dossier (sinon APA forfaitaire)**
- **Visite à domicile d'un membre au moins de l'équipe médico-sociale, AGGIR (gp1-4:APA, 5-6:non)**
  - CR visite si GIR > 4 -> CARSAT ou aide ménagère du CD
  - Plan d'aide < 30j, avec participation financière, délai 10j pour accepter ou modifier (silence=refus)
- **Urgence: APA par Président Conseil Départemental, 2 mois pour évaluation médico-sociale**
- **Relais (option) PSD prestation spécifique dépendance**

**APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie****Rôle du médecin traitant:**

- **Aide possible pour le médecin chargé de l'évaluation APA mais pas obligatoire**
- **Peut assister à l'évaluation à la demande de l'intéressé (ou de sa famille + intéressé)**



UNIVERSITÉ DE  
**RENNES 1**

### APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **APA = prestation en nature personnalisée**  
« peut être mobilisée pour financer toute une palette de services »
- **Choix d'utiliser tout ou partie du plan proposé**  
→ participation sur la partie du plan d'aide choisie.
- **Domicile :**
  - Chez lui ou sa famille
  - En famille d'accueil (indemnités ou aides payables par APA)
  - En EHPAD < 25 places (règles spécifiques)
  - Logement foyer

**CHU**  
rennes

## **APA à domicile**

**Aides humaines à domicile**

**Matériel d 'hygiène**

**Adaptation du logement**

**Télésurveillance**

**Le coût du portage de repas à domicile**

**Aides techniques (hors rembourse AM)**

**Accueil de jour (prix de journée dépendance pas  
hébergement)**

**Hébergement temporaire (prix de journée dépendance)**

...



## **Nouveauté 2016 LASV**

**Répit pour aidant**

- **Évaluation systématique**
- **Recours au répit**
- **Majoration du montant**



## APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- L'APA est gérée par les départements, sous la responsabilité du président du conseil départemental (PCD).
- Commission : représentants CD et organismes de sécurité sociale, pour « éclairer les décisions du PCD en matière d'attribution de l'APA. »

## Commission APA

### 7 membres :

- le PCD (ou son représentant), qui préside
- 3 représentants du département, désignés par le PCD
- 2 représentants des organismes de sécurité sociale conventionnés avec le CD, désignés par le PCD;
- 1 membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant passé une convention avec le département dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA. À défaut, il peut s'agir d'un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires.

## Recours

- **Auprès de la commission élargie de l'APA pour :**
  - refus d'attribution de l'allocation d'une première demande ;
  - suspension ;
  - révision de son montant ;
  - désaccord sur degré de perte d'autonomie ;
  - écart entre le montant de l'allocation et le barème national.
- **Commission élargie :**
  - 5 représentants des usagers nommés par le PCD - dont 2 personnalités qualifiées désignées sur proposition du comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA)
  - Si litige relatif à AGGIR, la commission doit recueillir l'avis d'un médecin différent de celui ayant procédé à l'évaluation initiale.
- **Délai 2 mois lettre AR PCD**

## Recours 2

- **Délai 2 mois lettre AR PCD auprès de la commission départementale d'aide sociale (contentieux)**
- **Appel de la commission dépt: délai 2 mois lettre AR à la commission centrale d'aide sociale**
- **Si litige persiste: conseil d'Etat**

## Grille AGGIR

### 10 variables dites discriminantes:

- Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée ;
- Orientation : se repérer dans le temps et dans les lieux ;
- Toilette : se laver seul ;
- Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter ;
- Alimentation : manger les aliments préparés ;
- Élimination : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir ;
- Déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement (+/- appareillage)
- *Déplacements à l'extérieur à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport*
- *Communication à distance : téléphone, sonnette, alarme...*

### Trois modalités

- A: fait seul
- B: fait partiellement
- C: ne fait pas



## Grille AGGIR

### 7 autres variables dites illustratives pour le plan d'aide:

- gestion,
- cuisine,
- ménage,
- transports,
- achats,
- suivi du traitement,
- activité de temps libre

### Trois modalités

- A: fait seul
- B: fait partiellement
- C: ne fait pas



## Grille AGGIR

- GIR 1: confiné au lit, fonction mentales atteintes**  
**GIR 2: confiné au lit, fonctions mentales préservées ou déplacement OK mais fonction mentales atteintes**  
**GIR 3: aides pour les activités corporelles**  
**GIR 4: difficultés aux transferts nécessité d'aide au soin du corps**  
**GIR 5: aide ponctuelle toilette et AVD**  
**GIR 6: autonomie pour les AVQ**

## Groupe GIR et APA

### A domicile (maximum 1 janvier 2017, revalorisation LASV)

1312,67 € GIR 1 → 1714,79

1125,14 € GIR 2 → 1376,91

843,86 € GIR 3 → 994,87

562,57 € GIR 4 → 663,61

**En Urgence: (50% GIR1) 656,33 € - 2 mois → 857,40 (si forfaitaire, s'impute sur le montant de l'APA qui sera versée après)**

**Sommes versées à la personne ou à organisation agréée**

**Obligation: déclaration des salaires ou des SAD, déclaration de tout changement (suspension à J31 d'une hospitalisation)**

**APA<sup>2</sup> : en cas d'hospitalisation proche aidant : majoration 993,76 au-delà du plafond; en cas de répit: 500,19**

## Le barème national 2017

Si revenus < 800,53€ = 0

Si revenus 800,53 € et 2948,16€ = 0 % à 90 %

La participation notée P est précisément déterminée en appliquant une formule complexe dépendant du revenu, etc...

Pour un revenu supérieur à 2948,16 € la participation du bénéficiaire est égale à 90 % du montant du plan d'aide proposé (rien si < 29,28)

Pour un couple: Revenu du couple/1,7

Revenu : imposition + capital non exploité  
(exclus : pensions militaires, alimentaires..)

« T = P/A

« Avec

« P =

$$A_1 = \frac{R - 0,725 \times S}{2,67 \times S - 0,725 \times S} \times 0,9$$

« +

$$A_2 = \frac{R - 0,725 \times S}{2,67 \times S - 0,725 \times S} \times 0,9 \times \frac{1 - 0,4}{2,67 \times S - 0,725 \times S} \times R - \frac{0,4 \times 2,67 \times S - 0,725 \times S}{2,67 \times S - 0,725 \times S}$$

« +

$$A_3 = \frac{R - 0,725 \times S}{2,67 \times S - 0,725 \times S} \times 0,9 \times$$

$$\frac{1 - 0,2}{2,67 \times S - 0,725 \times S} \times \frac{0,2 \times 2,67 \times S - 0,725 \times S}{2,67 \times S - 0,725 \times S}$$

## Exemple (nb: barème 2013)

Marie à 83 ans vit seule à domicile; revenu 1 900€ /m;  
GIR 1; Plan d'aide proposé par EMS 900 € /m.

Participation (2013) =  $(900 \times [1900 - (734,66)] \times 0,9) / 1469,32$

→ 642 € qu'elle doit payer elle-même (sur ses 1900 €)

→ Si elle accepte intégralité du plan d'aide

→ APA versée par CD sera :  $900 - 642 = 258$  €



## Les services spécialisés

**Service proposé par la commune (centre communal d'action sociale),**

**Association agréée par l'État**

**Entreprise agréée par l'État**

**Parfois la somme peut être versée en une fois pour 4 mois (pour permettre des dépenses ponctuelles onéreuses)**

## Associations prestataires

- **Facturation que l'APA permet d'acquitter.**
- **Professionnels salariés par l'association (obligations et responsabilités d'employeur).**
- **Garanties :**
  - continuité du service; remplacement
  - Encadrement d'une personne référente
- **Autorisation CD obligatoire + déclaration ministère finance**
- **Sauf refus, APA versée aux prestataires**
  - si GIR 1 et 2
  - nécessité de « surveillance régulière »...

## Gré à gré et mandataire

**Par l'APA la personne peut rémunérer une ou plusieurs personnes intervenant à domicile (sauf conjoint, concubin ou personne avec laquelle il a conclu un PACS).**

soit directement (gré à gré)

soit par le biais d'une association (association mandataire)

→ l'association doit se conformer à la convention collective FEPEM

→ Possible par CESU

**Gré à gré = toutes obligations d'employeurs**

**Associations mandataires: bénéficiaire est employeur mais**

L'association fait les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, bulletin de salaire, déclaration URSSAF...).

L'association assure continuité du service auprès du bénéficiaire.

Le mode prestataire	Le mode mandataire
<b>Les points forts</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Simplification des démarches</li> <li>•L'Association est employeur des intervenantes et est responsable des prestations effectuées et de leur suivi</li> <li>•En cas d'absence de l'intervenant, son <b>remplacement</b> est assuré sans surcoût</li> <li>•En cas de conflits éventuels avec l'intervenant, possibilité de changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•<b>Coût horaire inférieur</b> à celui du prestataire</li> <li>•Vous avez toute latitude pour choisir votre salarié ainsi que ses jours et horaires d'intervention</li> <li>•Continuité du service sur votre demande en cas d'absence du salarié</li> </ul>
<b>Les points faibles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>•<b>Coût horaire supérieur</b> à celui du mandataire</li> <li>•Circonstances imprévues pouvant entraîner une modification de l'horaire d'intervention ou encore de l'intervenant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Le client exerce la <b>responsabilité d'employeur</b></li> <li>•Les dispositions légales doivent être respectées. En cas de licenciement éventuel, l'association conseille et aide dans la procédure à suivre.</li> </ul>

## Les aides connexes

**Si le bénéficiaire de l'APA est employeur, il est intégralement exonéré du versement de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale. (non si prestataire)**

**Réduction de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) pour l'emploi d'un salarié à domicile:**

50% des dépenses (non couvertes par l'APA)

avec un plafond de 12 000 € pour tous

- +1500 € par membre du foyer fiscal > 65 ans (max 15000)
- 20 000 € max si carte d'invalidité.

Cette déduction s'applique à la fois :

- aux associations ou organismes agréés de services aux personnes, qui facture sa prestation au bénéficiaire ;
- à l'emploi direct, par le bénéficiaire de l'APA, d'un ou plusieurs salariés à son domicile dûment déclaré auprès de l'URSSAF



## Exemple

**Pierre et Thérèse 6000€/an d'impôt sur le revenu.**

**Pierre APA GIR 2.**

**Association agréée d'aide aux personnes, 910 €/m,  
l'APA = 580 €/m**

**En dehors du plan d'aide, femme de ménage à 120 €/m.**

**Déduction pour Pierre et Thérèse :**

Dépenses engagées, hors l'APA

$[(910 - 580) + 120] \times 12\text{mois} = 5400 \text{ €/an, } (< \text{plafond à } 12\ 000 \text{ €})$

Prises en compte à 50 % : 2700€

Impôt final:  $6\ 000 - 2700 = 3300 \text{ €}$



## Contrôle des aides

- 30j après la notification : déclarer au PCD le ou les salariés embauchés et services utilisés dans le cadre de l'APA.
- Tout changement de salarié ou de service doit être déclaré.
- Conserver les bulletins de salaire et tous les justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide
- Si membre de la famille, le lien de parenté doit être mentionné
- Les équipes médico-sociales s'assurent du suivi et de la qualité de l'aide apportée à la personne
- Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits peuvent demander des informations aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.

## Révision

- La loi instaure le principe d'une révision périodique de l'APA,
- Chaque département doit en définir la périodicité.
- L'APA peut être également révisée à tout instant à la demande de l'intéressé (ou de son représentant légal) ou du PCD.

## Suspension

- Pas de déclaration au département dans le mois suivant la notification d'attribution ;
- Pas de participation effective au plan d'aide ;
- Absence de production des justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide dans le mois suivant la demande du PCD ;
- L'EMS constate que le plan d'aide n'est pas respecté, ou que le service rendu au bénéficiaire présente un risque pour sa santé, sa sécurité ou son bien-être physique ou moral.

## Suspension

- **Dans ces 4 cas, le PCD invite le bénéficiaire par lettre AR, à pallier les problèmes constatés.**
  - Deux hypothèses :
    - sans nouvelle du bénéficiaire dans le mois → APA suspendue (date et motifs sont notifiés par lettre AR).
    - bénéficiaire justifie la fin des carences ou changement de salarié ou d'organisme pour plan d'aide plus efficace → APA rétablie au 1<sup>er</sup> jour du mois où il s'est manifesté.

## Suspension

- En cas d'hospitalisation le PCD doit en être informé
- Pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation, le versement de la prestation est maintenu.
- Au delà, il est suspendu.
- A la fin de l'hospitalisation, le montant de la prestation rétablie est identique, à compter du premier jour du mois au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée.

## Autres droits sociaux

### Une clef de répartition : Le « minimum vieillesse » Allocation solidarités aux personnes âgées

- > 65 ans/ résident régulier en France (60 si inaptitude)
- Caisse de retraite compétente pour liquider ses droits; mairie si aucune caisse de retraite
- Revenus annuels < 9609 € seul (801€/mois) (14918 à deux)
- Montants= plafonds (différentiels), prise en compte de certains revenus et pas d'autres
- Financement : C Ret par CDC
- Récupérable sur succession avec plafond et seuil de la succession

### A l'exclusion des personnes relevant de l'APA

#### « L'aide ménagère » :

C'est une allocation (aide sociale aux personnes âgées)

- > 65 ans non bénéficiaire APA (ou > 60 inapte)
- Séjour régulier en France
- Besoin d'aide matérielle pour rester à domicile

Financement:

- l'AIDE SOCIALE DEPARTEMENTALE Bénéficiaire ASPA
  - Demande CCAS ou CIAS et décision PCD
- CAISSE DE RETRAITE si > ASPA
  - Demande CCAS ou CIAS ou C Ret

Exonération des cotisations sociales (sauf entre 65 et 70 ans)

## A l'exclusion des personnes relevant de l'APA

### Prestation sociale des Caisses de Retraite

CARSAT: Plan d'action personnalisé

Barème national avec participation des bénéficiaires, max 3000 €/an

- Couverture nationale incomplète
- Evaluation des besoins – redondance? articulation APA?
- Participation AGIRC ARRCO

CARSAT: Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)

- > 55 ans retraité, hors aide sociale légale et aide CR, hors APA, GIR 3, 4 si lié hospit)

CNAV : Garde à domicile

- 80% de la dépense engagée au max (1449€) sous plafond de ressources max 6 mois (attente d'entrée en institution, retour hôpital)

CNAV : Aide amélioration de l'habitat (max 1998 €)

CNAV : Prestation d'hébergement temporaire (max 20j/an, sous barème)

CNAV : Secours exceptionnel (catastrophe); dons au centenaires

## Sans lien avec APA Impôts

### Crédit d'impôt pour acquisition d'équipement

25% du montant des dépenses dans la limite plafond

5000€ seule 10 000€ couple (2005-2009) majoration enfants

### Exonération de la taxe d'habitation (et redevance)

60 ans non passible de ISF et revenu fiscal de référence < 7286€

ou titulaire allocation supplémentaire (FNS)

### Abattement sur taxe d'habitation

si les ascendants du contribuables vivent à son domicile > 70 ans

et RFR < 7286 €

10% de la valeur locative moyenne



## Sans lien avec APA Carte d'invalidité

Aucune conditions d'âge, Aucune conditions de ressource

Demande: bureau d'aide sociale Mairie, CLIC...: MDPH

Résider depuis plus de 3 mois dans le Dépt situation régulière

Taux d'invalidité  $\geq$  80% (certificat médical)

Évaluation de l'autonomie par la CDAPH (certificat médical)

Délivrer par le PREFET (Etat), recours 2 mois MDPH

Mention: station debout pénible/cécité/tierce personne

Durée-réévaluation régulière

Avantages: transport (tarifs, place)/véhicule/impôts (+1/2 part si 80%)/TV



## Sans lien avec APA, le CESU

### Le chèque emploi service universel

Soit bancaire

Soit « préfinancé » émis par des organismes habilités par Agence Nationale des Services à la Personne

**Permet de payer entretien, travaux, assistance personnelle, livraison courses et repas...**

### Adhésion CNCESU (URSSAF, banque, Internet)

Calcule les cotisations sociales

Les prélève sur le compte bancaire du particulier employeur

Adresse en fin d'année une attestation pour avantages fiscaux

### Déclaration de la rémunération (Internet, courrier CNCESU)

Cotisation sociale au forfait (- cher) ou au réel (meilleure couverture)

Vaut contrat si occasionnel et < 8h/sem ou 4sem consécutives par an sinon contrat (site CNCESU)



## Aides au logement

- **Aide personnalisée au logement**
  - Aide au locataire (ou accédant à la propriété) d'un logement conventionné (convention avec l'Etat)
  - Pas de condition d'âge mais pas possible si propriétaire est ascendant ou descendant du locataire (ou conjoints)
  - Dépend des ressources avec toujours une participation personnelle minimale (33.47€)
  - Demandes CAF ou MSA...
- **Exclusif de l'allocation de logement social (pas de nécessité de convention) et de l'aide au logement familial (domicile familial) (mêmes démarches)**

## Logement

**PACT et Habitat et développement → SOLIHA : vise à « améliorer et réhabiliter l'habitat pour assurer des conditions de vie décentes pour tous, lutter contre la crise du logement, et favoriser la cohésion et la mixité sociale sur le territoire urbain comme rural. »**

**Habituellement en lien avec l'ensemble des financeurs (s'occupent du suivi), +/- rapide**

## Les assurances dépendance

- **Définition dépendance / contrat (AGGIR?)**
- **Qui? médecin traitant ou compagnie**
- **Délai de carence**
  - Si risque pendant délai de carence remboursement?
- **Dépendance totale ou partielle ?**
- **Assurance à fonds perdus ou capitalisation : Assurance vie option dépendance.**

## Obligation alimentaire

- **Aide matérielle due à un membre de sa famille dans le besoin et qui n'est pas en mesure d'assurer sa subsistance.**
- **Montant varie / ressources de celui qui verse et besoins du demandeur**
  - Soit accord commun
  - Soit décision du juge aux affaires familiales du TGI créancier
    - Si créancier (celui qui réclame) a manqué gravement à ses obligations envers le débiteur (celui à qui on réclame), le juge peut décharger de tout ou partie.
    - Enfants retirés du milieu familial par décision judiciaire > 36 mois cumulés avant l'âge de 12 ans sont dispensés sauf décision contraire du juge aux affaires familiales
- **Si non versement > 2 mois : délit d'abandon de famille.**
  - peine d'emprisonnement de 2 ans au plus et/ou de 15000 euros d'amende au plus.
- **Code civil et CASF**

## Aide juridictionnelle

**Aide financière prenant à charge tout ou partie des frais de justice (avocat, huissier, expertise...)**

**Français, Européens, Etrangers en situation régulière**


**Plafonds de ressources 929 euros pour totale, 1393 pour partielle.**

**Bureau d'aide juridictionnelle du tribunal de grande instance**



## Accès aux droits

Domaine de la santé





**Le parcours de soins coordonnés**  
**Le Médecin traitant**

Pas seulement celui qui soigne *habituellement*, mais aussi :

1. **coordonne les soins** et s'assure du suivi médical optimal ;
2. **oriente dans le parcours de soins coordonnés** : interlocuteur privilégié, informe et met en relation avec d'autres professionnels de santé
3. **connaît et gère le dossier médical** : centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé et les met à jour ;
4. **assure une prévention personnalisée** : aide à prévention (suivi de vaccination, examens de dépistage)

Ce suivi cherche à éviter des consultations inutiles, des examens en doublon ou des mélanges dangereux de traitements

**Le parcours de soins coordonnés**  
**Le Médecin traitant**

Choix : libre (médecin de famille ou spécialiste conventionné ou non) → Celui qui connaît le mieux


**Formulaire** rempli avec le MT

C'est un médecin nommé (pas un cabinet de groupe → mais si on choisit un médecin exerçant dans un cabinet de groupe voir son remplaçant sera considéré comme étant dans le parcours)

Libre de changer sans justification, sans obligation de prévenir le précédent (risque de rupture de continuité)

Nouvelle déclaration si l'assuré déménage

Il touche 5 euros/an/patient MT ou 40 euros/an/patient si MT+ALD



## Le parcours de soins coordonnés

### Le Médecin traitant - bénéficiaire

#### taux de remboursement

- **Consultation médecin généraliste conventionné secteur 1 : 23 € (1er janvier 2017 → 25 1<sup>er</sup> mai 2017)**
  - Médecin traitant : Assurance Maladie rembourse 70 %, - 1 € (participation forfaitaire) = **15,10 €**
  - Pas médecin traitant : AM rembourse 30 %, -1 € = **5,90 €**

#### Obligatoire pour avoir accès aux droits ALD

## Le parcours de soins coordonnés

### Le Médecin traitant – cas spéciaux

- **Remplaçant : idem MT**
- **Loin de chez soi : sur feuille de soins « hors résidence »**
- **Urgence : case « Urgence » (situation non prévue > 8h avant)**
- **Gynécologue/ophtalmologue/stomatologue : case « accès direct spécifique »**
- **Médecin spécialiste prévu par ALD**
- **Médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans**
- **Exceptions au parcours de soins : expertise (tutelle); soins dentaires; soins à l'étrangers; soins hospitaliers; soins palliatifs, transports médical; laboratoire; biologie; pharmacie; fournisseurs**

## Affection de Longue Durée (ALD) base règlementaire

**L'Assurance Maladie prend en charge à 100 % plus de 7 millions d'assurés atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD). Les soins des patients atteints d'Affections de Longue Durée sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.**

**L'Affection Longue durée est définie par l'article L 324 du Code de la Sécurité Sociale**

Soit sur liste 30 ALD dont ALD 15 Maladie d'Alzheimer et autres démences.

Soit maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse

Soit lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins une durée supérieure à 6 mois (exemple : une personne atteinte de cécité et ayant des séquelles d'une fracture de hanche l'empêchant de se déplacer)

**En cas de refus, recours de la décision auprès de la Caisse (commission de recours amiable ou tribunal des affaires de sécurité sociale)**



## Affection de Longue Durée (ALD) procédure

L'Affection Longue Durée est constatée par le médecin traitant qui remplit un protocole de soins et l'envoie au médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie

Une réponse survenant en moyenne entre 8 et 15 jours environ est envoyée au médecin qui en a fait la demande. En cas d'avis favorable, une attestation en double exemplaire mentionnant l'ALD sont envoyées au médecin qui en remet une au malade.

Il arrive parfois que le patient soit convoqué par le médecin conseil

L'assuré s'engage à le présenter aux différents médecins qu'il est amené à consulter dans le cadre de son Affection Longue Durée.

Il faut ensuite mettre à jour sa carte vitale dans une borne.



UNIVERSITÉ DE  
**RENNES 1**

## Affection de Longue Durée (ALD) Le protocole de soins

### Par le médecin traitant (en coordination)


Parfois en urgence à l'hôpital pour 6 mois

**Il indique les soins et les traitements nécessaires à la prise en charge et leur taux de remboursements (100% ou usuel)**

**3 volets dont 1 pour le patient**

**Durée déterminée**

**Si plusieurs ALD normalement un seul protocole de soins.**



UNIVERSITÉ DE  
**RENNES 1**

**certa** **protocole de soins** volet 3 à remettre par le médecin traitant au patient après accord définitif

n°11620/03 articles L. 324-1, L. 322-5-2° et 4° et R. 322-1 du Code de la sécurité sociale articles 71 et 74-1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

**personne recevant les soins**

• Identification de la personne recevant les soins  
nom et prénom (sans, V2) et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
adresse : \_\_\_\_\_  
numéro d'identification : \_\_\_\_\_  
*si ce numéro d'identification n'est pas connu, remplir la ligne suivante*  
date de naissance de la personne recevant les soins : \_\_\_\_\_

• Identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))  
nom et prénom de l'assuré(e) (sans, V2) et lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
numéro d'identification de l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

**informations concernant la maladie**

(à remplir par le médecin traitant, après l'accord du malade (art. R. 4127-02 du Code de la santé publique))

diagnostic : \_\_\_\_\_

signature et cachet du médecin traitant : \_\_\_\_\_

**actes et prestations concernant la maladie**

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(I)	soins biologiques prévus (type d'actes)	(I)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(I)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(I)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(I) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.  
date prévisible des soins : \_\_\_\_\_ durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
recouvrement professionnel envisagé :  oui  non

Ce protocole de soins, établi par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.

**NOUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT A TOUT MEDECIN CONSULTE.**

date : \_\_\_\_\_ protocole valable jusqu'à : \_\_\_\_\_  
signature et cachet du médecin traitant : \_\_\_\_\_ signature et cachet du médecin conseil : \_\_\_\_\_ signature de la personne recevant les soins ou de son représentant légal : \_\_\_\_\_

La loi n° 717 du 17 décembre 1971 (loi relative à l'orthographe, aux écritures normalisées) joint un « plan » d'adoption de la nouvelle orthographe des dictionnaires de l'Académie française.

S 3501 e

→ diagnostic

→ Actes et prestations nécessaires, référence à la recommandation HAS

→ Le médecin conseil détermine si exclus ou pas


→ Accès direct spécialistes

→ Validité

→ Signature



## Affection de Longue Durée (ALD) L'ordonnance bizona



Identification du prescripteur

Fiquette du patient  
(si à côté de)

---

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

---


---

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCOURANTES)

Elle se compose de deux parties :

- Une partie haute, réservée aux soins en rapport avec votre affection de longue durée, pris en charge à 100 %\*.

**Pour l'ALD seulement,**  
l'Assurance Maladie prend tout en charge.  
C'est le principe du 100 %.

**Remboursement 100 %**

Consultations,  
Médicaments vignettes blanches et bleues,  
Autres prestations : examens biologiques et radiologiques, soins infirmiers et de kinésithérapie, dispositifs médicaux...

- Une partie basse, réservée aux soins sans rapport avec votre affection de longue durée, remboursés aux taux habituels\*.

**Pour les autres maladies,**  
ce sont les taux habituels qui sont pratiqués.


**Taux de Remboursement habituels**  
(dans le cadre du parcours de soins)

70 %  
Consultations, examens radiologiques


65 %  
Médicaments (sauf vignettes bleues à 35 % et vignettes orange à 15 %) et dispositifs médicaux

60 %  
Soins infirmiers et de kinésithérapie et examens biologiques

\* Le remboursement des soins est toujours établi sur la base du tarif de la Sécurité sociale.



## Affection de Longue Durée (ALD) bénéfice




**La prise en charge à 100 % concerne uniquement les soins et traitements liés à l'Affection de Longue Durée Les soins et traitements liés à d'autres maladies sont remboursés dans les conditions habituelles**

**Les Affections Longue Durée donnent droit à l'exonération du ticket modérateur (le reste à charge après remboursement de l'AM)**

**MAIS** Le ticket modérateur n'est pas pris en charge à 100 %

- En cas de dépassements d'honoraires si le médecin exerce en secteur à honoraires libres
- La différence entre tarif de remboursement des dispositifs médicaux et leur prix de vente
- La participation forfaitaire de 1 Euro
- Le forfait hospitalier

**Le transport est concerné si prescrit de façon adéquat**



## Affection de Longue Durée (ALD)

### Engagement et droit

Document **strictement confidentiel**. Personne ne peut l'exiger (surtout pas banque, assurance...).

#### Engagement du bénéficiaire :

À suivre les prescriptions : traitements, analyses biologiques, visites médicales, rééducation, etc.

À présenter ce document aux différents médecins consultés dans le cadre de l'ALD

À répondre aux contrôles et aux visites médicales réalisés par l'Assurance Maladie.

À s'informer des soins et des traitements pris en charge à 100% dans le cadre de cette ALD



## Le transport pour la santé

### Les transports médicaux prescrits sont remboursés

Véhicule personnel, transport en communs, VSL, Taxi, Ambulances

Attention si Taxi il faut qu'il soit conventionné (vitres arrière droite)

3646 pour liste des VSL et Taxi conventionné (appel local)

**65% voire 100% (ALD)**

**Franchise de 2 €**

**Taxi conventionné peut être payé directement ou sur facture**



## Le transport pour la santé

### Assurance Maladie prend en charge

- Entrée et sortie hôpital (quelque soit la durée de l'hospitalisation y compris HDJ)
- ALD, accident du travail et maladie professionnelle
- Transport impérativement couché ou sous surveillance constante
- Convocation par le service de contrôle de l'AM
- Transport aller simple sur longue distance
- Transport en série ( 50km 4 x /2 mois pour un même traitement)



## Le transport pour la santé

**Dans certaines situations, il faut l'accord préalable de la caisse d'Assurance Maladie pour être remboursé des frais de transports médicaux, et ce, même avec la prescription médicale du médecin. C'est le cas :**

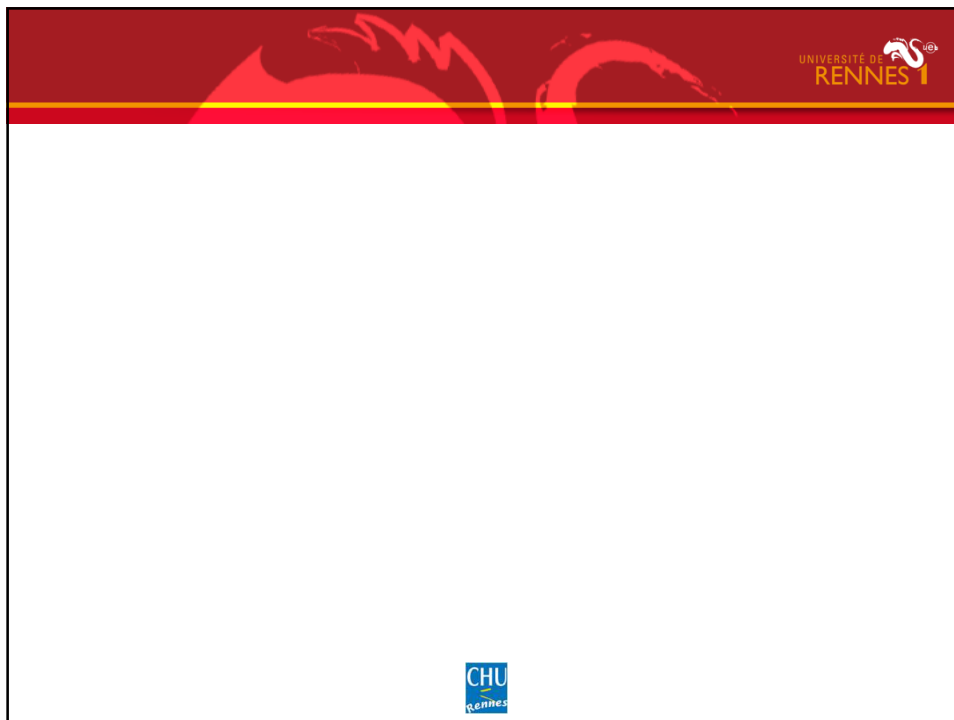
- Pour un transport de longue distance, de plus de 150 km à l'aller ;
- Pour un transport en série, c'est-à-dire au moins 4 transports de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour un même traitement ;
- Pour les transports en bateau ou en avion sur ligne régulière.

**Le médecin remplit une demande d'accord préalable adressée au service de contrôle médical, à l'attention de « M. le Médecin conseil ».**

**Sans réponse dans les 15 jours suivant l'envoi, considérer que la demande est acceptée par l'Assurance Maladie. Ce délai ne s'applique pas en cas d'urgence attestée par le médecin.**


**En cas de refus, et uniquement dans ce cas, votre caisse d'Assurance Maladie vous adressera un courrier en vous indiquant les voies de recours.**



The slide features a dark red header with the University of Rennes 1 logo in the top right corner.

## Couverture Médicale Universelle

- **La couverture malade universelle (CMU) de base permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière de bénéficier de la sécurité sociale.**
- **Il s'agit d'un véritable droit pour tous à l'accès aux soins, sous condition de résidence.**
- **La CMU donne droit à la prise en charge d'une partie des prestations et soins comme les autres assurés. Par exemple, l'Assurance remboursera à 70 % une consultation chez un médecin généraliste conventionné**



## Couverture Médicale Universelle

### Différence entre CMU et CMU complémentaire

CMU et CMU complémentaire sont INDEPENDANTES

On peut avoir droit à la CMU en étant « riche » si on est affilié à aucun autre régime d'assurance maladie

On peut être affilié à la CMU complémentaire car on est « pauvre » et bien que l'on relève du régime général par ailleurs (et donc pas de la CMU)

**Si CMU de base: avance des frais**

**Si CMU complémentaire non**



## Protection Universelle Maladie (PUMA)

**Remplace CMU depuis janvier 2016**

**Nationalité française ou étrangère, avec ou sans domicile fixe, en France depuis plus de 3 mois de manière régulière (quittance...), ou travaillant en France**

**SDF ou habitat mobile ou très précaire doivent au préalable élire domicile auprès d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ou d'une association agréée. Gratuit**

**Disparition « ayants droits »**

**Dossier et pièces justificatives**



## CMU complémentaire

**La CMU complémentaire facilite l'accès aux soins des personnes aux faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière.**

**soins pris en charge à 100 % sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier. Pas de participation forfaitaire d'1 euro.**

Peu applicable car plafond annuel < ASPA

Attente d'un décret d'application de la Loi FSS 2017

## Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS)

- **Aide à la complémentaire santé ou aide à la mutualisation**
- **Aide financière pour payer une complémentaire santé (mutuelle)**
- **Tiers payant, pas de dépassements, exonérations de 1€, réduction gaz/électricité**
- **Plafond de ressources, demande AM**
- **2 mois : si pas de réponse : accepte**
- **Montant varie selon foyer, âge...**
- **Durée 1 an non renouvelable sauf ASPA**
- **Recours auprès organisme AM ou commission départementale de l'aide sociale 2 mois**

## Aide médicale de l'Etat

**Différent de la CMU**

**S'adresse aux personnes étrangères**

**En France depuis plus de 3 mois au moment des soins sans titre de séjour et dont le plafond de ressources ne dépasse pas celui de la CMU universelle.**

**A la CPAM, au CCAS, SSDept**

**1an renouvelable**

**Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance des frais, à l'hôpital ou en médecine de ville. Le bénéficiaire de l'AME a le libre choix de l'établissement de santé dans les mêmes conditions que les assurés sociaux, dans les limites de tarification servant de base au calcul des prestations de l'assurance .**



## Incapacité au travail

**Inaptitude** : incapacité du salarié à occuper son poste (employeur et la médecine du travail).

**Invalidité** : perte de salaire conséquente à l'incapacité (sécurité sociale).

**Demande d'une pension d'invalidité à la sécurité sociale suite à une inaptitude.**

**Salarié peut être inapte pour le médecin du travail mais valide par le médecin conseil de la sécurité sociale et inversement.**

**Invalidité n'a aucun impact sur le contrat de travail, celui ci n'est pas rompu et il faudra donc continuer à justifier l'absence à l'entreprise par l'envoi d'arrêt maladie.**

**Invalidité en l'absence d'arrêt de travail pour "délabrement physique et fonctionnel tel qu'on le retrouve chez des personnes d'un âge beaucoup plus élevé".**

**Saisi soit par l'employeur, soit par le salarié le médecin doit statuer définitivement après 2visites médicales espacées de 15 jours. Il peut proposer à l'employeur des mesures adaptées et destinées à permettre au salarié de reprendre son travail dans des conditions correspondant à son état de santé (mutation, aménagement de poste de travail, formation professionnelle...) L'employeur à l'obligation de prendre en compte l'avis de la médecine du travail, il doit tout faire pour cela ou justifier que c'est impossible.**

**Dans ce cas et si le médecin du travail prononce une inaptitude définitive à tout emploi dans l'entreprise le licenciement peut intervenir. Si dans le délai d'un mois à compter de l'avis d'inaptitude l'employeur n'a pas reclassé ni licencié il doit reprendre le paiement du salaire**



## Personnes de confiance

### Les éléments de la loi sur la personne de confiance

- Membre de la famille, proche ou le médecin
- Désignation par écrit, révocable à tout moment
- Consultée au cas où la personne est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information à cette fin ou si elle la personne le souhaite
- Pas si tutelle/ mais possible sous curatelle

## Mesure de protection

- Tutelles
- Curatelles
- Sauvegarde de justice
- Mandat de protection future



## Directives anticipées

### Directives anticipées

Hors d'état d'exprimer sa volonté quant à la limitation ou l'arrêt des traitements médicaux en fin de vie.

« *Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement...* »

Écrit, daté, signé, nom, prénom, date, lieu de Naissance

- *Si patient n'est plus dans la possibilité d'écrire en restant capable d'exprimer sa volonté. Il peut faire appel à deux témoins, dont la personne de confiance*
- *Le décret n'aborde pas la question des incapables majeurs, la loi ne faisant aucune distinction entre les majeurs pouvant rédiger des directives anticipées. Il semble donc que ces directives leurs soient ouvertes sans condition de forme particulière.*
- *l'identification du détenteur et ses coordonnées sont mentionnées par le patient lui-même dans son dossier médical.*

Valide 3 ans, révoquant à tout moment

## Fonds FNASS

**Fonds national d'action sanitaire et sociale de soins palliatifs**

**Dispositif CNAMTS, soutien du MAD, RAD des personnes en fin de vie nécessitant des soins palliatifs**

**Garde-malade, achats, médicaments non remboursés...**

**Nécessite EMSP, Réseau SP, HAD, (SSIAD si rien d'autre) (ils font le dossier)+ certificat médical**

**Plafonds de ressources (revenus) cumulables APA**

## Que faire en cas de décès à domicile?

### Mort naturelle :

Certificat médical de décès → officier d'état civil (liste?)

Déclaration du décès à la mairie du lieu de décès

■ Pièce identité déclarant et décédé et certificat

Transport du corps après autorisation état civil et <24h

Permis d'inhumation (mairie)

### Mort violente (suicide, accident, inconnu...) :

→ commissariat/gendarmerie

### Mort hôpital : hôpital effectue la démarche



## Que faire après le décès?

### Penser et faire penser aux contrats obsèques.

### Faire penser aux organismes à prévenir

Établissements bancaires

Organismes AM, AV, AF

Assurances

Notaire

Propriétaires et locataires

Services fiscaux

Demande de pension de réversion



## Conclusion

**L'accès aux droits s'entend dans de multiples dimensions**

**L'accès à tous les droits de toute personne (qu'elle ait ou non un handicap quelconque) doit être la première préoccupation**

**L'accès aux droits spécifiques doit venir en second ce qui nécessite l'acquisition de compétence multiples et une pratique experte des dispositifs**

Dans le champ social

Dans le champ sanitaire

**Le « catalogue » ne suffit pas, l'expérience non plus, les deux sont nécessaires**

Intérêt de l'interdisciplinarité

Nécessité d'une attention continue

## Accès aux droits et accessibilité

**Accès protection majeurs**

**Accès aux services spécialisés**

**Accès à l'HAD**

**Accès au services psychiatriques**

**Accès aux SSIAD...**