

Accès aux droits

Pr Dominique Somme

Directeur enseignement

Coordonnateur national

dominique.somme@chu-rennes.fr

Allocation personnalisée pour l'autonomie

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001**
- **Succède à la prestation spécifique dépendance**
- **But: 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**
- **à domicile et en établissement.**
- **Libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte**

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **Uniformisation des tarifs et des barèmes au niveau national**
- **transparence du dispositif vis-à-vis des usagers**
- **Le tarif national fixe le montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.**
- **Le barème national permet de déterminer, en fonction des ressources de l'utilisateur, la participation restant à sa charge.**

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **Différence PSD: Aucune demande ne peut être écartée au motif que les ressources dépasseraient certains plafonds.**
- **En outre, alors que la PSD était uniquement réservée aux personnes présentant un fort degré de dépendance (GIR 1 à 3), l'APA s'adresse aussi aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4)**
- **Pas de recours sur succession**

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- > 60 ans, perte d'autonomie, France, situation régulière
- **SDF: résidence dans établissement médico-social**
- **Pas de condition de ressource mais ticket modérateur**

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- Dossier : conseil général ou convention CLIC, CCAS, CICAS, mutuelles, SAD...
- Accusé de réception 10j – délais cours sur 2 mois pour instruction du dossier (sinon APA forfaitaire)
- Visite à domicile d'un membre au – de l'équipe médico-sociale, catégorisation AGGIR (gp1-4:APA, 5-6:non)
- Plan d'aide dans un délai de 30j, avec participation financière, délai 10j pour accepter ou modifier (silence=refus) (ou CR visite si GIR > 4 - CReutr)
- Urgence: APA par PCG (GIR 4), 2 mois pour évaluation médico-sociale
- Relais (option) PSD prestation spécifique dépendance

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **L'APA est une prestation en nature personnalisée**
- **Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services**
- **L'utilisateur choisit d'utiliser tout ou partie du plan d'aide proposé et acquittera alors une participation sur la partie du plan d'aide choisie.**

APA à domicile

Aides humaines à domicile

Matériel d 'hygiène

Adaptation du logement

Télésurveillance

Aides techniques (hors remboursements SS).

Le coût du portage de repas à domicile

Accueil de jour (PJ dépendance)

Hébergement temporaire (PJ dépendance)

APA: L'allocation personnalisée pour l'autonomie

- **L'APA est gérée par les départements, sous la responsabilité du président du conseil général (PCG).**
- **Création d'une commission composée notamment de représentants du département et des organismes de sécurité sociale, afin d'éclairer les décisions du PCG en matière d'attribution de l'APA.**

Commission APA

7 membres :

- le PCG (ou son représentant), qui préside
- 3 représentants du département, désignés par le PCG
- 2 représentants des organismes de sécurité sociale conventionnés avec le CG, désignés par le PCG;
- 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 :

- le refus d'attribution de l'allocation d'une première demande ;
- sa suspension ;
- la révision de son montant ;
- l'appréciation du degré de perte d'autonomie ;
- un écart entre le montant de l'allocation et le barème national.

Commission élargie :

- 5 représentants des usagers nommés par le PCG - 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 PCG

Recours 2

Délai 2 mois lettre AR PCG 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

APA Financement

**Nombre de bénéficiaires 1 203 000 (31 mars 2011- +3%
par an environ)**

Montant total

73% des demandes a domicile

61% domicile 39% EHPAD

**Montant mensuel moyen 482 € (domicile) 68% du max
du barême (de 342 en GIR 4 à 991 en GIR 1)**

Dont 388 venant du CG (80.5%)

Et 94 à charge de la personne (19.5%) (légère hausse)

- Mais 77% seulement ont une participation (donc participation moyenne 123)

Origine des fonds : CNSA et CG

APA Financement II

La CNSA dispose de ressources provenant de l'Etat et de la Sécurité sociale.

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

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

Contribution des caisses de retraite : 65 millions

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

En 2008, la CNSA a procédé à la répartition entre les départements d'un concours au titre de l'APA s'élevant à près de 1,6 millions d'euros (M€). Soit 31% des 4,855 M€ des dépenses

Calcul de la part de la CNSA

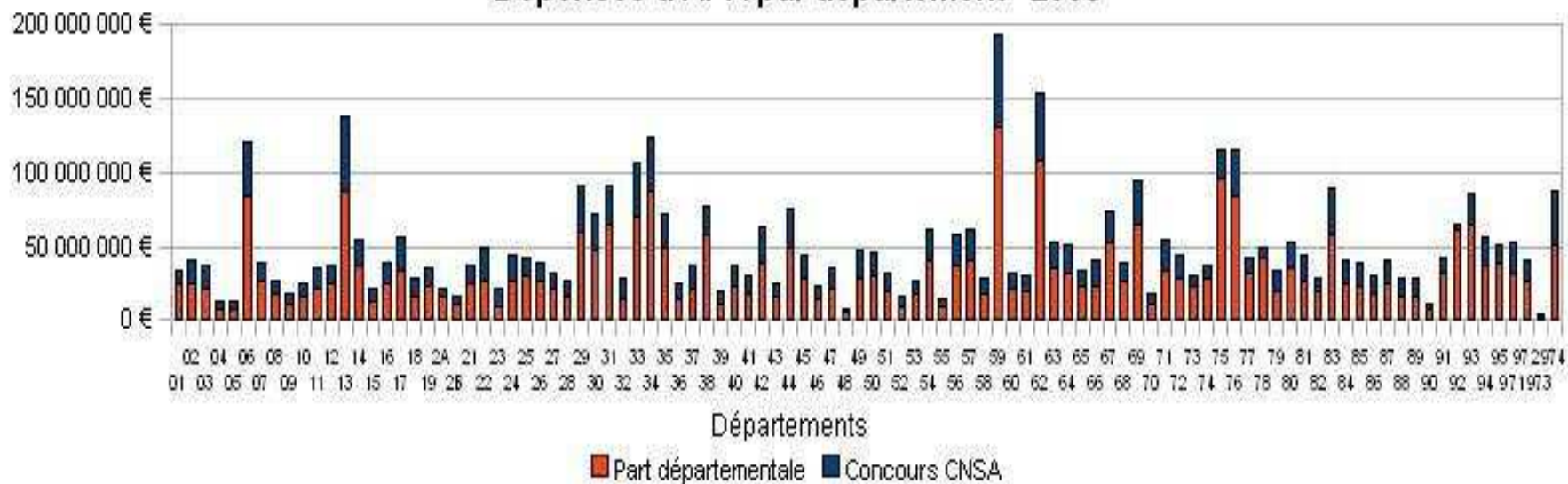
- 1) La CNSA détermine un coefficient pondéré pour chaque département. Ce coefficient est d'autant plus élevé que la collectivité recense un grand nombre de bénéficiaires de l'APA et du RMI, qu'elle a d'importantes dépenses d'APA et un moindre potentiel fiscal.

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

- 2) La CNSA vérifie ensuite que la **charge nette supportée** par chaque département, c'est-à-dire **le montant de la dépense APA diminuée du montant provisoire**, ne dépasse pas 30% de son potentiel fiscal. Si oui – plafond 30 % (versement complémentaire à ces Dépts les plus pauvres retirée à l'enveloppe). → Nouveau calcul du **montant définitif**

APA par département

Dépenses d'APA par département - 2008

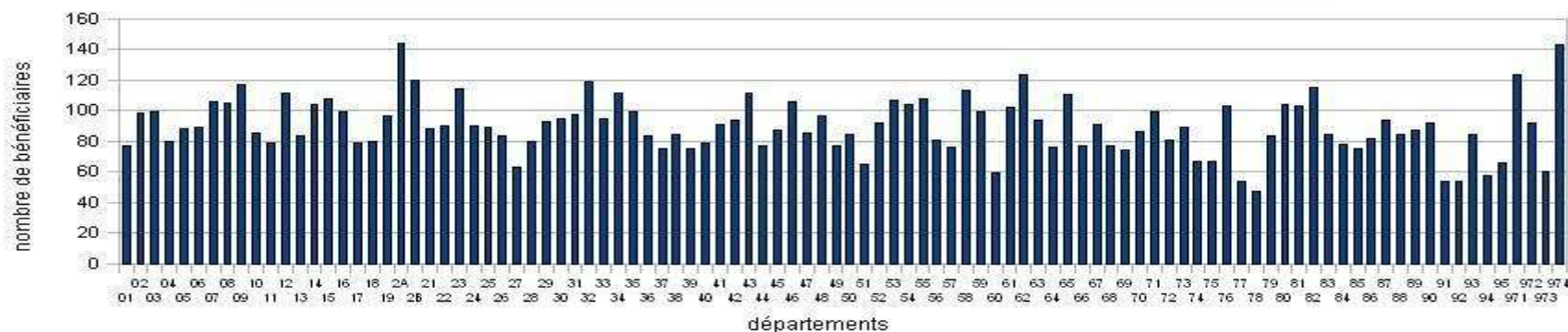


3.8 md'€ Guyane → 193 md'€ Nord

CNSA paye 7.2% des dépenses dans le 92 → 55.5% Creuse

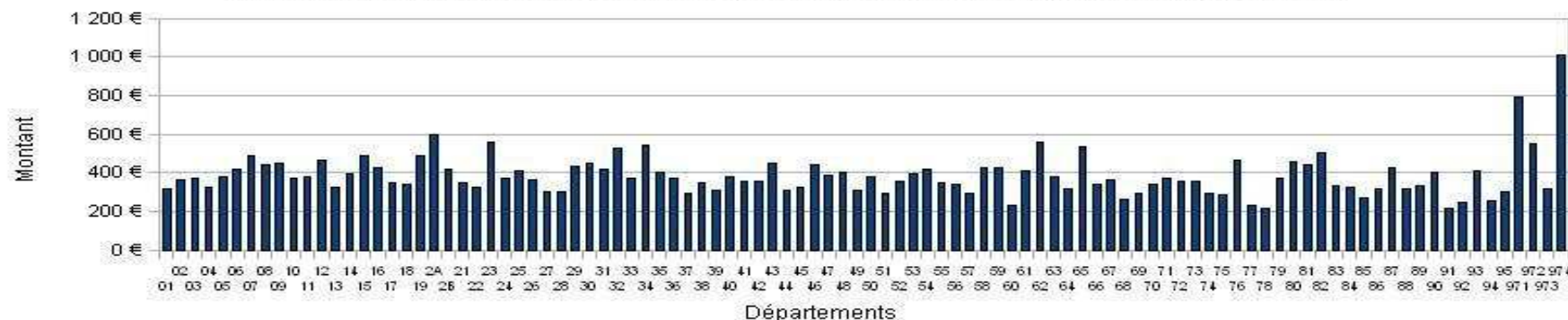
APA par département

Nombre de bénéficiaires pour 1000 personnes âgées de plus de 60 ans - 2008



5% des plus de 60 ans (78,91,92) → 14% (Corse et Réunion) 9% en moyenne

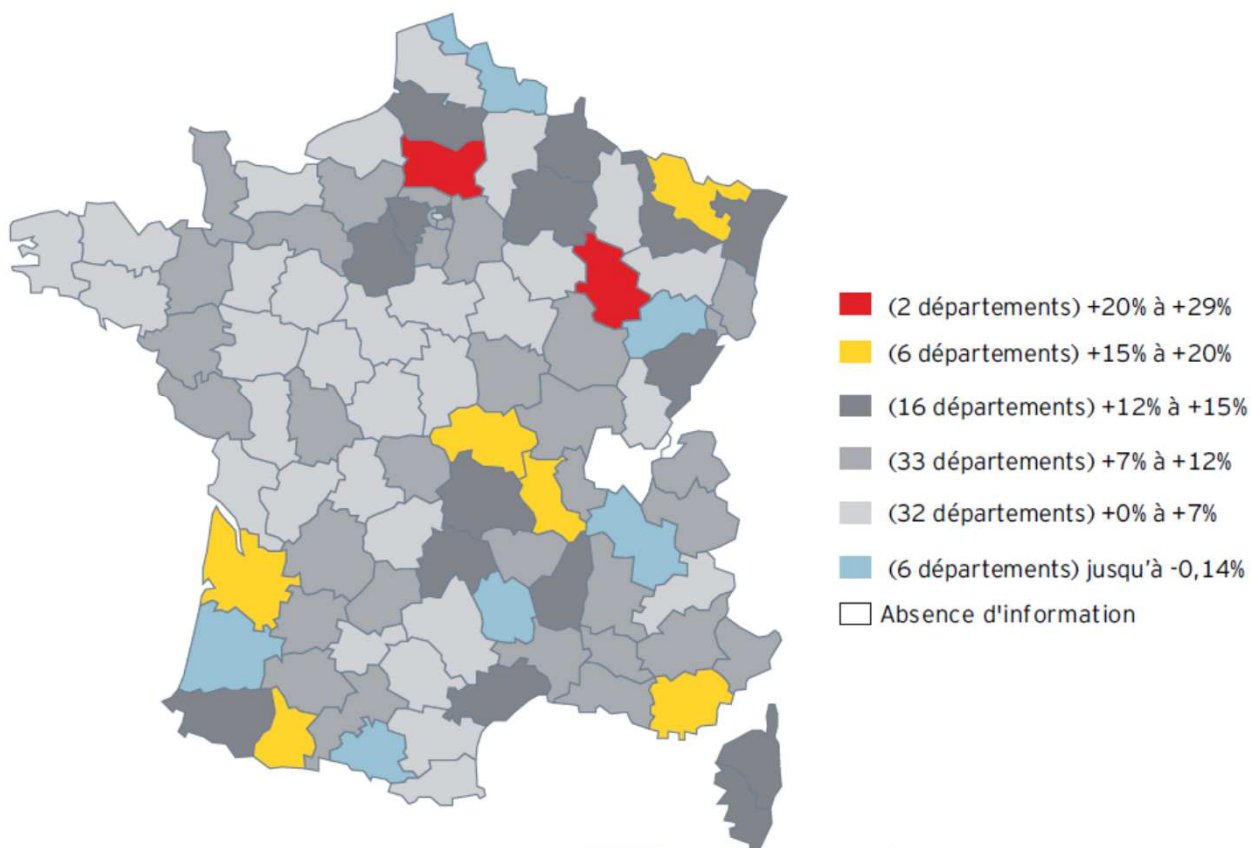
Montant de l'APA rapporté au nombre de personnes âgées de plus de 60 ans



216 €/habitants de plus de 60 ans/an (91) → 1008€ (Réunion) (dépend du montant des plans d'aide mais aussi de la population des plus de 60 ans, un département très peuplé voit le montant moyen plus bas)

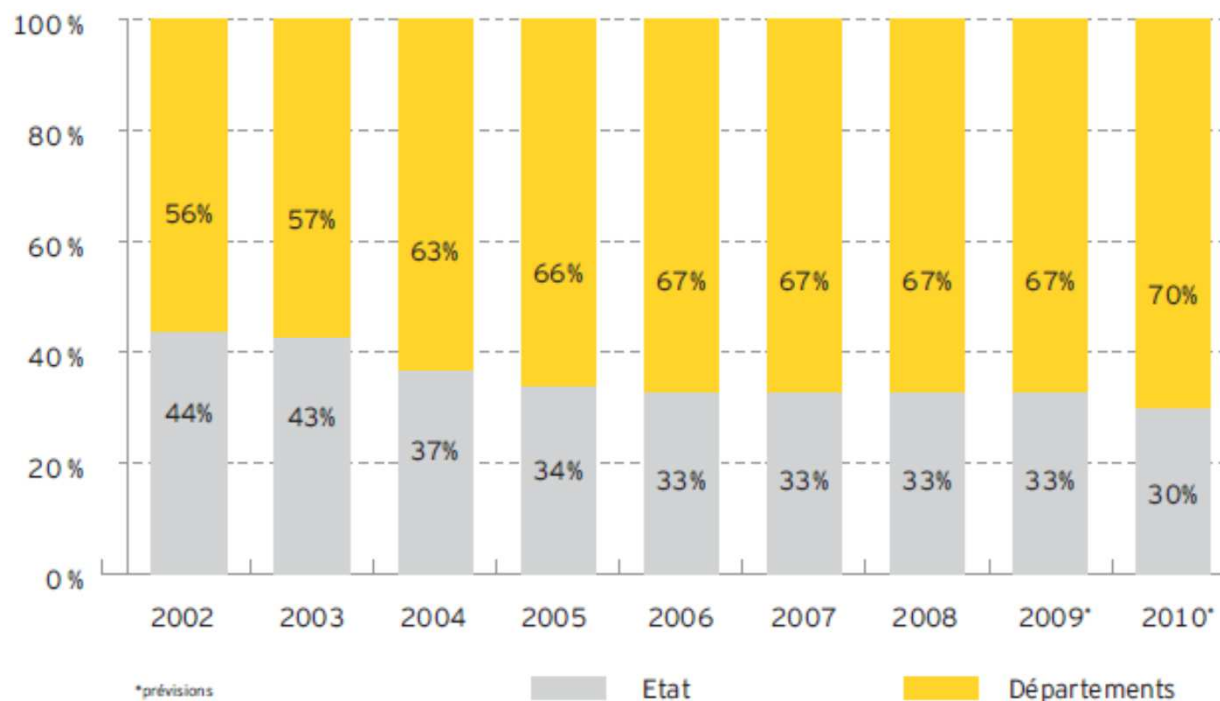
APA par département

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



Evolution Etat/Département

Evolution de la part de l'Etat et des départements dans le financement de l'APA



Source : Ministère de l'Intérieur, DGCL « Les finances des départements »

Etude APA par département

Plus le département est peuplé, plus le budget APA est élevé

Oui mais vérifiée réellement pour 17 départements/100, non vérifiée ie pour Haut de Seine, Val de Marne, Essonne, Yvelines, Seine et Marne

Plus le département est peuplé, plus il y a de bénéficiaires APA

Oui mais vérifiée réellement pour 14 départements/100, non vérifiée ie pour Sein Saint Denis, Loire Atlantique, Val de Marne, Yvelines, Seine et Marne

Plus le département est âgé, plus le poids des bénéficiaires APA est important

Non (étonnant) Pas de Calais, Savoie, Gers et Creuse ont un taux de 11.5% et un taux de personnes âgées variant de 19 à 32%

Le problème

L'essentiel repose sur la fiscalité locale donc sur les jeunes

Les départements n'ont pas la même répartition de population jeune/vieux

La part des impôts locaux prélevés au titre de l'APA varie donc d'un département à l'autre

L'évolution démographique ne remet pas en cause les arbitrages passés (sur le montant de transfert de fiscalité donné au département par l'Etat au moment du passage PSD APA)

Problème d'équité d'attribution

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 avril 2014):

1312,67 € GIR 1

1125,14 € GIR 2

843,86 € GIR 3

562,57 € GIR 4

En Urgence: (50% GIR1) 656,33 € - 2 mois

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)

Le barème national 2014

Si revenus < 739,06€ = 0

Si revenus 739,06 € et 2945,23€ = 0 % à 90 %

La participation notée P est précisément déterminée en appliquant la formule suivante :

$$P = [A \times [R - (739,06)] \times 90 \%] / 2206,15$$

■ A représente le montant du plan d'aide proposé ;

■ R représente le revenu mensuel du bénéficiaire ;

Pour un revenu supérieur à 2945,€ la participation du bénéficiaire est égale à 90 % du montant du plan d'aide proposé

Pour un couple: Revenu du couple/1,7

Exemple (nb: barème 2013)

Marie à 83 ans. Elle vit seule à son domicile et dispose d'un revenu de 1 900 € /mois. Compte tenu de sa perte importante d'autonomie, elle relève du GIR 1. Le montant du plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale est de 900 € /mois.

Sa participation = $(900 \times [1\ 900 - (734,66)] \times 0,9) / 1469,32$

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

Dans ces conditions, son allocation mensuelle sera donc de : $900 - 642 = 258$ € qu'elle recevra du CG au titre de l'APA si elle accepte l'intégralité du plan d'aide

Les services spécialisés

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

Association agréée par l'État

Entreprise agréée par l'État

Le bénéficiaire de l'APA a la possibilité de rémunérer ces organismes au moyen du titre emploi service.

Associations prestataires

- **Mettent à la disposition du bénéficiaire de l'APA une ou plusieurs personnes qui vont intervenir à son domicile.**
- **Facturation que l'APA permet d'acquitter.**
- **Les personnes qui interviennent sont salariées par l'association, qui assure toutes les obligations et les responsabilités d'un employeur.**
- **Garantie de continuité du service et de remplacement de l'aide à domicile en cas de congés, maladie, etc.**
- **Encadrement d'une personne référente**
- **Agrément qualité obligatoire délivré par le préfet, l'autorisation du PCG (tarifée) peut prévaloir**
- **Majoration 10% de la part « bénéficiaire » si prestataire non agréé ou emploi d'une personne non qualifié**
- **Sauf refus, APA directement versé aux prestataires si GIR 1 et 2 et nécessité de « surveillance régulière »...**

Gré à gré et mandataire

Par l'APA la personne peut devenir employeur et 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

Gré à gré = toutes obligations d'employeurs

Associations mandataires: bénéficiaire est employeur mais

L'association fait toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF...).

L'association intermédiaire assure également la continuité du service auprès du bénéficiaire.

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

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 ou service agréé)

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

Par exemple

Pierre et Thérèse acquittent 6 000 € par an d'impôts sur le revenu.

Pierre a l'APA et est classé GIR 2.

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

En dehors du plan d'aide, femme de ménage à 120 €/mois. (10h)

Pierre et Thérèse vont pouvoir déduire de leur impôt sur le revenu :

les dépenses engagées, hors l'APA : $[(910 - 580) + 120] \times 12 = 5400 \text{ €}$, (plafond à 12 000 €)

et prises en compte à 50 % : 2700 €

Ainsi l'impôt sera de $6\,000 - 2700 = 3300 \text{ €}$.

Contrôle des aides

1 mois après la notification de l'attribution, le bénéficiaire doit déclarer au PCG le ou les salariés qu'il embauche, ainsi que les services qu'il utilise 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 sa 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 à l'APA et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment 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 PCG.

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 PCG ;**
- **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 PCG invite le bénéficiaire par lettre AR, à pallier les problèmes constatés.

Deux hypothèses sont alors possibles

- sans nouvelle du bénéficiaire dans le mois qui suit la demande du PCG, l'allocation peut être suspendue. La date et les motifs de suspension sont notifiés à l'intéressé par lettre AR.
- si le bénéficiaire justifie qu'il a mis fin aux carences ou qu'il a changé de salarié ou d'organisme pour s'assurer d'une aide plus efficace, l'allocation est rétablie à compter du premier jour du mois où il s'est manifesté.

Suspension

En cas d'hospitalisation le PCG 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.

**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**

**Revenus annuels < 8507.49 € seul (709€/mois) (13 88962 à
deux)**

Montants= plafonds (différentiels)

Financement : C Ret par CDC

Récupérable sur succession

A l'exclusion des personnes relevant de l'APA

« L'aide ménagère » :

C'est une allocation

- > 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 PCG
- 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 centenaies

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/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)



Obligation alimentaire

L'obligation alimentaire est une aide matérielle qui est due à un membre de sa famille proche (ascendant, descendant) dans le besoin et qui n'est pas en mesure d'assurer sa subsistance.

Son montant varie en fonction des ressources de celui qui la verse et des besoins du demandeur.

A défaut d'un accord commun: décision du juge aux affaires familiales du tribunal de grande instance dont relève le créancier.

Lorsque le créancier (celui qui réclame l'aide alimentaire) a lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur (celui à qui on réclame l'aide), le juge peut décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire.

Les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins 36 mois cumulés avant l'âge de 12 ans sont, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales, dispensés de fournir cette aide alimentaire.

La personne qui ne verse pas, pendant plus de 2 mois la prestation, due pour leurs enfants ou pour lui-même, commet un délit d'abandon de famille.

Ce délit est passible d'une peine d'emprisonnement de 2 ans au plus et de 15000 euros d'amende au plus.

Code civil et CASF

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)

Les assurances dépendance

- Définition de la dépendance retenue par le contrat (AGGIR, autres)
- Qui détermine l'état de dépendance ? médecin traitant ou compagnie d'assurance
- Délais de carence (pas de prise en charge d'une invalidité découlant de la maladie de Parkinson dans les 3 ans qui suivent la signature du contrat). Cotiser suffisamment tôt
- Quand le risque devient une réalité pendant le délai de carence Les cotisations ne sont pas toujours remboursées
- Dépendance totale ou partielle ? Les frais qui découlent d'une perte d'autonomie totale sont très élevés (1.800 à 4.000 €/an en moyenne). Mais comme ce " risque " est statistiquement inférieur au risque de dépendance partielle, et qu'il dure moins d'années, il est moins cher ! Donc si on peut assurer " personnellement " les coûts de dépendance partielle, il sera moins cher d'assurer un risque de dépendance totale.
- Assurance à fonds perdus ou capitalisation : Assurance vie option dépendance.

Logement

PACT : mouvements inter-associatifs (145 associations), qui 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

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

Le parcours de soins coordonnés

Le Médecin traitant

Il n'est pas seulement celui qui soigne habituellement, mais aussi celui qui :

coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal ;

oriente dans le parcours de soins coordonnés : il est l'interlocuteur privilégié, informe et met, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, etc.) ;

connaît et gère le dossier médical : il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé (résultats d'examens, diagnostics, traitements, etc.) et les met à jour ;

assure une prévention personnalisée : il aide à prévenir les risques de santé avec par exemple le suivi de vaccination, la réalisation des examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer du sein), l'aide à l'arrêt du tabac ou les conseils nutrition,

Ce suivi cherche à éviter des consultations inutiles, des examens à refaire ou des mélanges dangereux de médicaments.

Le parcours de soins coordonnés

Le Médecin traitant

Le choix : libre (médecin de famille ou spécialiste conventionné ou non) → Celui qui connait 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

Le parcours de soins coordonnés

Le Médecin traitant - bénéficiaire

(en dehors de la qualité) Le taux de remboursement

Par exemple, une consultation chez un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1 coûte 23 € (1er janvier 2011)

S'il s'agit du médecin traitant déclaré, l'Assurance Maladie rembourse alors 70 % du tarif de la consultation, moins 1 € au titre de la participation forfaitaire soit un remboursement de 15,10 €. (CNAMTS)

Si ce n'est pas le médecin traitant déclaré, l'Assurance Maladie ne rembourse alors que 30 % du tarif de la consultation, moins 1 € au titre de la participation forfaitaire, soit un remboursement de 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 : Le médecin doit préciser sur la feuille de soins « hors résidence »

Urgence : case « Urgence » (situation non prévue plus de 8h avant)

Le médecin spécialiste après orientation par le MT : ok

Le médecin spécialiste prévu par le protocole ALD, celui qui vous suit pour une maladie chronique

Gynécologue/ophtalmologue/stomatologue : case « accès direct spécifique »

Un médecin généraliste installé depuis moins de 5 ans

Soins dentaires ne sont pas compris

Exceptions au parcours de soins : expertise (tutelle); soins à l'étrangers; soins hospitaliers; soins palliatifs, transports médical; laboratoire; biologie; pharmacie; fournisseurs d'appariels.

Affection de Longue Durée (ALD)

base réglementaire

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.

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.

protocole de soins

articles L. 324-1, L. 322-3-3° et 4° et D. 322-1 du Code de la sécurité sociale
articles 71-4 et 71-4-1 du Règlement Intérieur des caisses primaires

volet 3 à remettre
par le médecin traitant
au patient après accord définitif

personne recevant les soins

• Identification de la personne recevant les soins

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s))

adresse

numéro d'immatriculation

si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez 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) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'épouse(s))

numéro d'immatriculation de l'assuré(e)

information(s) concernant la maladie

(à remplir par le médecin traitant, après l'accord du malade (art. R. 4127-35 du Code de la santé publique))

signature et cachet du médecin traitant

actes et prestations concernant la maladie

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques
ou dispositifs médicaux

(1) suivi biologique prévu (type d'actes)

(1)

recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type
d'acte spécialisé prévu)

(1)

recours à des professionnels de santé para-médicaux

(1)

(1) 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.

durée prévisible des soins :

durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu :

reclassement professionnel envisagé :

oui

non

Ce protocole de soins, élaboré 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.

N'OUBLIEZ PAS DE PRESENTER CE DOCUMENT

A TOUT MEDECIN CONSULTE

date

protocole valable jusqu'au

signature et cachet du médecin traitant

cachet de l'établissement ou
du centre de référence

signature et cachet du médecin conseil

signature de la personne recevant
les soins ou de son représentant légal



diagnostic



Actes et prestations
nécessaire, référence à la
recommandation HAS

Le médecin conseil détermine si exclus ou pas



Accès direct spécialistes



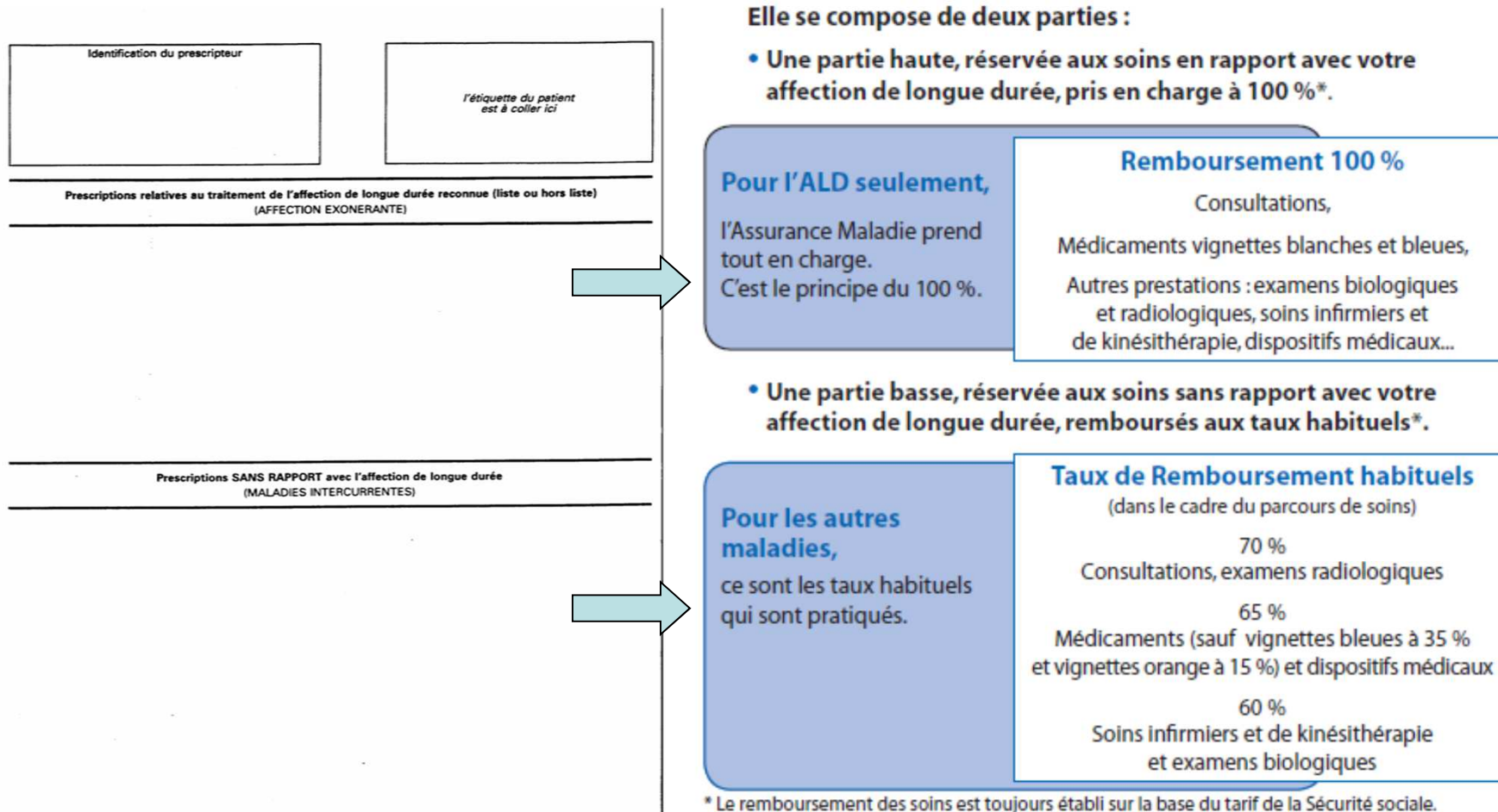
Validité



Signature

Affection de Longue Durée (ALD)

L'ordonnance bizona



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 (vitrer 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.



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

Couverture Médicale Universelle

Nationalité française ou étrangère, avec ou sans domicile fixe, en France depuis plus de 3 mois de manière régulière (quittance...) et non déjà couvert par un régime de sécurité sociale

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. Cette procédure est gratuite.

Dossier et pièces justificatives

CMU → couverture de la personne et de sa famille à charge

Affiliation gratuite si revenu fiscal de référence < 9029 € (sinon 8% de ce qui dépasse); ASPA = 8507.49 €

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

Aide à la mutualisation: Les foyers dont les ressources ne dépassent pas le plafond d'attribution de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire de plus de 26%. Le montant de cette aide varie, d'une part, en fonction du nombre de personnes composant la famille et, d'autre part, du lieu de résidence.

Pour 1 an non renouvelable

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

L'Inaptitude correspond à l'incapacité du salarié à occuper son poste et relève des relations avec l'employeur et la médecine du travail.

L'Invalidité correspond à la perte de salaire conséquente à cette incapacité et relève du droit de la sécurité sociale.

Un salarié peut être déclaré inapte par le médecin du travail mais valide par le médecin conseil de la sécurité sociale et inversement. Un salarié peut demander une pension d'invalidité à la sécurité sociale suite à une inaptitude.

Une mise en 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 2 visites 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 a 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

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'inhumer (maire)

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

Admissions en soins non consentis

Loi 5 juillet 2011

l'HDT devient l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

l'HO devient l'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat

Possibilité de soins non consentis hors hospitalisation

- Les modalités de la prise en charge doivent faire l'objet d'un programme de soins élaboré par le psychiatre traitant au terme d'une période d'observation (du patient) et de soins initiale d'au maximum 72 heures, obligatoirement mise en œuvre sous la forme d'une hospitalisation complète.
- L'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) est systématique à l'issue de périodes d'hospitalisation complète continues.

Focus sur soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat

L'admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat peut être décidée au vu d'un certificat initial, rédigé par un médecin n'exerçant pas comme psychiatre dans l'établissement d'accueil, lorsque les troubles mentaux du patient

nécessitent des soins

et compromettent la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public

La décision du Préfet peut être précédée de mesures provisoires du Maire (ou des commissaires de police à Paris)

L'arrêté du Préfet, motivé et circonstancié, désigne l'établissement d'accueil (valable 1 mois), nouvel arrêté max 3 mois puis 6 mois, Si > 1 an : nécessité collège pour la levée

Certificat à 24 puis 72h puis J5 et J8 puis tous les mois

Soins psychiatriques sur demande d'un tiers

La demande de soins est faite par une personne de la famille ou une personne agissant dans l'intérêt du malade.

L'hospitalisation sur demande d'un tiers ne peut être réalisée que si :

les troubles mentaux rendent impossible le consentement du malade,
et si l'état du malade impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante.

La demande doit être manuscrite, signée et datée par la personne qui la formule, comporter les nom, prénom, profession, âge et domicile du demandeur et du malade et préciser les relations qui les unissent.

Elle doit être accompagnée de 2 certificats datant de moins de 15 jours qui constatent l'état mental du patient et la nécessité de l'hospitalisation.

Mesure de contrainte sans tiers

S'il est impossible de recueillir une demande de tiers et qu'il y a péril imminent, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission

Il peut s'opposer à la levée de soins demandée par un tiers si l'arrêt des soins entraîne un péril imminent pour le malade

Le malade peut saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées pour troubles mentaux. (préfecture pour connaître ses coordonnées)

Secteur psychiatrique

Une zone d'environ 70000habitants (67000 en moyenne)

Devoir de prendre en charge une personne malade (si la personne l'accepte)

CMP: accueil et coordination des actions (prévention, diagnostic, soins ambulatoires), peuvent délivrer des visites à domicile (IDE, ASS, Educateur spé voir psychologue)

Financement assuré par assurance maladie sur dotation globale (sans avance de frais)

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 aux services spécialisés

Accès à l'HAD

Accès aux services psychiatriques

Accès aux SSIAD...