



**Siège Social :**

« La Maison »  
Route blanche  
13120 Gardanne.

Tel : 06.76.21.70.24

## SOCIAL

- [Circulaire CNAMTS du 22 mars 2000 Contribution du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs.](#)
- [Circulaire 21/2003 : Action sanitaire et sociale – Financement du dispositif de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs](#)
- [Aide sociale : aide médicale](#)
- [Accès au dossier médical](#)
- [Soins à domicile des personnes âgées](#)
- [Hospitalisation A Domicile](#)
- [Loi du 02/01.2002 : Rénovation de l'action sociale et médico – sociale](#)
- [Aide ménagère](#)
- [Congé d'accompagnement de fin de vie](#)

- [L'allocation Personnalisée d'Autonomie \(APA\)](#)
- [Coordonnées département par département](#)
- [Les aides techniques médicales](#)
- [L'aide à domicile](#)
- [Les emplois familiaux](#)
- [La garde à domicile](#)
- [Le portage de repas](#)
- [L'amélioration de l'habitat](#)
- [Le petit matériel d'assistance](#)
- [Le placement](#)
- [Le placement temporaire](#)
- [La téléassistance](#)
- [La protection juridique](#)

# **Circulaire CNAMTS du 22 mars 2000 Contribution du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs**

Objet : Contribution du FNASS à la mise en place de mesures de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs

Les soins palliatifs ont été retenus par le Secrétariat d'Etat à la Santé comme thème prioritaire de Santé Publique.

La Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 :

- Garantit en effet désormais le droit à l'accès aux soins palliatifs pour tous les malades dont l'état le requiert, ceux-ci étant définis comme « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe pluridisciplinaire en institution ou à domicile qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage »,
- Prend en compte une démarche de planification dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

A cette fin, un programme pluriannuel de développement des soins palliatifs a été mis en œuvre en 1999 par l'Etat visant principalement à :

- Recenser l'offre de soins palliatifs existante,
- Renforcer l'offre de soins palliatifs et réduire les inégalités entre régions, dans le cadre d'enveloppes spécifiques inscrites dans l'ONDAM hospitalier,
- Développer la formation des professionnels et l'information du public,
- Soutenir la prise en charge à domicile.

Pour accompagner cette politique globale, la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS, lors de la séance du 2 novembre 1999, s'est prononcée favorablement sur :

Deux axes de développement dans le cadre d'un engagement triennal 2000-2002 soit :

- La formation des bénévoles à l'accompagnement des personnes en fin de vie sous l'égide de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
- Le maintien à domicile avec une double composante :
  - La prise en charge des gardes malades à domicile,
  - La prise en charge de prestations non remboursables au titre légal.
- Le financement de ces actions, sur une enveloppe annuelle spécifique de 50 MF, inscrite au budget du FNASS à titre expérimental :
  - Au niveau national pour la première mesure,

- Au niveau des Caisses Primaires et Caisses Générales de Sécurité Sociale pour les prestations d'aide au maintien à domicile, dans le cadre de dotations limitatives affectées.

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre et les mesures financières afférentes aux deux dispositifs expérimentaux que les Caisses Primaires et Caisses Générales de Sécurité Sociale sont ainsi appelées à promouvoir à compter du présent exercice, certaines dispositions s'appliquant en commun aux deux actions.

## **1/ Dispositions communes aux deux dispositifs**

Les crédits affectés à chaque intervention pour l'exercice 2000 s'élèvent à 24 000 000 F pour le financement des frais de garde à domicile et 13 000 000 F pour les frais liés à certaines fournitures spécifiques aux malades en fin de vie, sachant qu'ils donneront lieu à revalorisation annuelle sur la base du taux directeur hors tabac.

L'intervention de l'Assurance Maladie est limitée aux personnes :

- Au stade terminal de leurs maladies (cancers, maladies dégénératives, maladies d'Alzheimer...pour lesquelles la durée des soins est en moyenne de trois mois), à l'exclusion des personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie.
- Prises en charge au titre :
- D'un service d'Hospitalisation A Domicile
- D'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.

Des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés devant, par ailleurs, être garantis.

Il est précisé que :

- Les services de soins infirmiers à domicile ne sont pas retenus comme assise dans le cadre de ces actions compte tenu de leurs modalités de fonctionnement, notamment de la non prise en charge actuellement des malades de moins de 60 ans.
- Le dispositif s'adresse également aux personnes résidant en maisons de retraite, afin d'éviter une hospitalisation, dès lors que les autres conditions posées pour son application sont remplies.
- Les crédits qui seront notifiés dès le début du 2<sup>ème</sup> trimestre seront calculés sur la base du nombre de services d'HAD, d'équipes mobiles de soins palliatifs et de réseaux spécialisés en soins palliatifs existant au niveau de la circonscription, une pondération étant ensuite opérée pour tenir compte du nombre de décès qui y sont enregistrés.
- Toutes les ressources du demandeur, et le cas échéant, de son conjoint sont à prendre en compte, avec déductions du loyer et charges locatives, sur une période de référence d'un an, à l'instar de l'assiette de calcul retenue pour le dispositif du VIH-SIDA.

Deux niveaux de prise en charge sont retenus pour l'ouverture des prestations, correspondant pour 2000 aux plafonds de ressources ci-après :

- 1<sup>er</sup> niveau pour des ressources s'établissant entre 6 001 F et 10 300 F pour une personne seule et 9 001 F à 15 500 F pour un couple,
- prestation majorée pour un montant de ressources inférieures ou égales au plafond de 6 000 F pour une personne seule et 9 000 F pour un couple.

Le montant maximal de participation et les plafonds de ressources seront réévalués annuellement par application du taux directeur de l'exercice.

## **2/ Participation aux frais de gardes malades à domicile**

La qualité d'une prise en charge à domicile passe notamment par le soutien à la vie quotidienne qui peut être apporté et à cet égard, les interventions de gardes à domicile constituent un relais indispensable pour suppléer et soulager ponctuellement l'entourage et partant, conforter l'environnement psychologique et social.

La prise en charge des frais relatifs à ces gardes de malades est donc apparue un élément important d'une politique active de maintien à domicile des personnes en fin de vie.

Les principes qui régissent spécifiquement cette intervention sont les suivants :

- Réponse à des situations urgentes et temporaires (nuits, week-end...).
- Prise en charge prononcée pour une période de trois mois, renouvelable le cas échéant une fois.
- Modulation, selon les niveaux de ressources, du montant maximum de prise en charge par bénéficiaire (assuré du régime général et ayant droit) établi pour 3 mois en 2000 à :
  - 8 000 F pour un plafond de ressources de 6 000 F pour une personne seule et de 9 000 F pour un couple,
  - 6 000 F pour des ressources se situant entre 6 001 F et 10 300 F (pour une personne seule) et 9 001 F et 15 500 F (pour un couple),
- Intervention de l'Assurance Maladie à hauteur maximale de 80 % des dépenses exposées dans la limite des plafonds annuels retenus, tous les bénéficiaires devant participer aux prestations qui leur sont servies,
- Prise en considération des dépenses relatives aux rémunérations brutes et charges sociales y afférentes, avantages en nature ou accessoires, frais de transport et frais de dossier des associations ou prestataires,
- Dépôts des dossiers individuels par les associations ou sociétés prestataires de service et, à cette fin, conclusion de conventions annuelles selon un document cadre,
- S'agissant de mesure individuelle, instruction des dossiers et décision d'intervention assurées par les Caisses.

Possibilité d'intervention du service social, le cas échéant, comme pour tout dossier d'aide extra-légale.

Dans le cadre de cette contractualisation, il est à noter que :

- Compte tenu des disparités de coût horaire constatées et du caractère limitatif de la dotation, une vigilance particulière devra être apportée, avant signature, au tarif horaire pratiqué.
- Une délégation aux prestataires de service ou associations sera à prévoir pour que les décisions d'intervention puissent être assurées par celles-ci en lieu et place des Caisses, dans le cas où la procédure classique de prise en charge ne pourrait être suivie (par exemple les week-end, jours fériés...).

Les Caisses effectueront alors un contrôle a posteriori, l'ouverture des droits pour la prise en charge sur la période maximale de trois mois relevant ensuite de leur compétence.

Par ailleurs, il vous appartiendra de vous assurer que ces prises en charge ne sont pas redondantes avec des interventions similaires dont pourrait bénéficier l'assuré, dans le cadre notamment de la prestation spécifique dépendance, qui peut effectivement servir à payer les frais d'accueil temporaire de jour et de nuit ; du dispositif CNAVTS « gardes à domicile » ; ou de la prestation « aide ménagère en faveur des personnes atteintes du VIH/SIDA ».

Dans l'hypothèse où un droit similaire serait déjà ouvert à l'assuré, la mobilisation des fonds de l'espèce ne devrait intervenir qu'à l'extinction de la prise en charge antérieurement consentie.

### **3/ Prise en charge de fournitures spécifiques : accessoires pour incontinents et nutriments**

Si le malade en fin de vie est pris en charge à 100 % à l'hôpital, il n'en est pas de même dans le cadre d'un retour ou d'un maintien à domicile. En effet, différents équipements ou produits ne sont pas ou partiellement remboursables au titre des prestations légales et ces dépenses peuvent incontestablement constituer un obstacle majeur à un retour à domicile.

Plusieurs Caisses ont déjà mis en œuvre, sur leurs dotations d'Actions Sanitaires et Sociales, des dispositifs visant à assurer de telles prises en charge. La prestation supplémentaire facultative n° 13 porte d'ailleurs sur les dépenses non remboursables liées au traitement des maladies chroniques en cas de maintien à domicile, au titre des alternatives à l'hospitalisation des personnes malades

Dans le cadre d'une action globale de développement des soins palliatifs à domicile, la Commission a toutefois estimé souhaitable de favoriser une très grande systématisation d'une telle offre de prestations, en lui réservant des crédits spécifiques.

Les crédits de cette dotation sont fléchés, en ce qu'ils visent la prise en charge des accessoires pour incontinents et la prise en charge des nutriments (nutriments énergétiques, nutriments pour sonde entérale), ces consommables n'étant généralement pas intégrés dans la prise en charge par l'HAD, les réseaux de soins palliatifs ou les équipes mobiles de soins palliatifs.

S'agissant des nutriments oraux, il faut souligner que le programme national de lutte contre le cancer présenté en février 2000 par le Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale prévoit leur prise en charge par le TIPS.

Dès cette inscription au TIPS, les personnes atteintes de cancer bénéficieront donc d'une prise en charge sur le risque et non pas sur l'action sanitaire et sociale.

Cette prestation est attribuée

• Sous les conditions ci-après :

- Enveloppe maximale mensuelle par bénéficiaire de :
- Pour les nutriments :

• 1 500 F pour un plafond de ressources de 6 000 F pour une personne seule, et de 9 000 F pour un couple,

• 1 125 F pour les personnes dont les ressources se situent entre 6 001 F et 10 300 F (personne seule) ; 9 001 F et 15 500 F (couple)

- Pour les protections / changes complets :

• 500 F : plafond de 6 000 F (personne seule) et 9 000 F (couple),

• 375 F : entre 6 001 F et 10 300 F (personne seule) ; 9 001 F et 15 500 F (couple).

• Avec pour recommandations de mettre en place :

- Une procédure accélérée de traitements des dossiers,
- Un dispositif de tiers payant, à concurrence des plafonds susdits.

#### **4/ Evaluation du dispositif général**

S'agissant de dispositifs expérimentaux, il sera procédé à une évaluation annuelle. Les résultats de cette action pourraient ensuite conduire à un financement pérenne sur la gestion du risque.

Il est précisé que pour l'action de formation des bénévoles à l'accompagnement en fin de vie, la SFAP assure le rôle d'opérateur.

A ce titre, elle a pour mission de répartir l'enveloppe de crédits mis à la disposition par la CNAMTS :

- Entre les associations qu'elle fédère (en 1998, 152 associations dont JALMAV, l'Union des ASP, Choisir Ensemble, Pierre Clément...) et le cas échéant d'autres associations de bénévoles agréées non fédérées à la SFAP mais qui répondent aux principes de la charte des associations de bénévoles à l'hôpital et aux conditions posées par la loi du 9 juin 1999,
- Dans la double limite d'un taux de participation de 75 % des dépenses exposées et de l'insuffisance de financement réellement enregistrée.

En conséquence, l'attention des Caisses Primaires et Régionales et des Caisses Générales de Sécurité Sociale est appelée sur le fait que ce dispositif exclut leur participation sur les budgets d'Action Sanitaire et Sociale au financement de ces

associations pour les actions de formation à l'accompagnement en fin de vie, les autres activités développées pouvant en revanche donner lieu à subventionnement.

## **Circulaire : 21 /2003**

Date : 04 /02/ 2003

**Objet : Action sanitaire et sociale – Financement du dispositif de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs**

Affaire suivie par : Isabelle DEBERLES – MARSEILLE ☎ 01.42.79.34.65.

Dans le cadre du programme pluriannuel de développement des soins palliatifs mis en œuvre par l'Etat en 1999, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des



Travailleurs Salariés (CNAMTS) a mis en place un dispositif, financé sur le budget du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS), visant à soutenir le maintien à domicile.

La circulaire DAR n°5-2000 du 22 mars 2000 exposait les modalités de cette action, s'articulant autour de deux axes : la rémunération de gardes malades à domicile, en soutien à la famille, et la prise en charge de prestations non remboursables au titre légal.

Ce dispositif revêtant un caractère expérimental, un premier bilan a été établi sur l'exercice 2001 qui a fait apparaître que la modicité des dépenses enregistrées résultait, outre la phase de montée en charge, de différents facteurs de blocage liés aux mesures en vigueur.

Aussi, en sa séance du 26 novembre 2002, et suite à des travaux menés avec des CPAM, le Conseil d'Administration de la CNAMTS a arrêté de nouvelles dispositions touchant tant aux conditions d'entrée dans le dispositif qu'aux modalités de prise en charge et au conventionnement des associations d'aide à domicile.

## **1. Les évolutions relatives aux conditions d'entrée dans le dispositif**

Le dispositif est actuellement limité aux personnes malades, en phase évolutive ou terminale de leur maladie, prises en charge au titre d'un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD), d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.

### **√ Partenariat HAD**

L'évaluation intermédiaire ayant permis de montrer que la probabilité de mettre en œuvre ce dispositif était notamment liée à la présence d'un service d'HAD, et le nouveau programme national mis en œuvre par l'Etat sur l'exercice 2002-2005 poursuivant, au nombre de ses objectifs prioritaires, le développement de l'HAD et de l'activité soins palliatifs en son sein, il est apparu nécessaire de renforcer le partenariat avec ces structures.

A cette fin, un crédit spécifique sera individualisé pour le financement des interventions de gardes à domicile au bénéfice des patients en structures d'HAD prenant en charge des soins palliatifs, dès lors qu'ils remplissent les conditions d'admission. Ce crédit fléché, chiffré au niveau national à 1 600 000 €, sera réparti au prorata des places installées dans les circonscriptions.

Pour optimiser la réactivité dans la mise en œuvre des plans d'aide, il est préconisé de consentir une délégation aux structures.

Compte tenu de leur organisation en termes de coordination, celles-ci pourront ainsi se charger, à travers leur réseau local de gardes malades, de trouver le prestataire pour le compte de l'assuré et d'en assurer directement le règlement.

Il leur appartiendra dans ce contexte de hiérarchiser le recours aux aides en fonction de la situation de chaque patient et dans la limite des crédits mis à disposition par votre organisme. Vous trouverez, à cet effet, une convention cadre annexée à la présente circulaire.

### **√ Insertion des Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD)**

Par ailleurs, il a été relevé que certaines circonscriptions étaient dépourvues de structures d'appui, soit partiellement couvertes par les structures existantes. Aussi,

dans cette seule situation de carence, il est admis que les SSIAD, assurant la prise en charge des patients en fin de vie, puissent également participer au dispositif. Il est toutefois indispensable, pour ce faire, que les structures susceptibles d'être éligibles aient obtenu une certification du médecin conseil de l'Assurance Maladie, quant à la compétence spécifique des équipes et la qualité des prestations servies.

A cet égard, il est rappelé que les conditions d'exercice des équipes interdisciplinaires à domicile prévues par la loi du 9 juin 1999, composées de professionnels de santé exerçant à titre libéral ou de salariés des centres de santé, sont précisées dans le décret n°2002-793 du 3 mai 2002. Il convient donc d'attendre les modalités d'application de ce décret pour pouvoir les intégrer au dispositif.

## **2. Les évolutions relatives aux modalités de prise en charge**

Les évolutions portent principalement sur les plafonds de ressources, le montant des prestations, la participation à la charge de l'assuré et la durée de l'aide, éléments qui à l'éclairage des enseignements acquis sont apparus trop restrictifs et conduisaient de nombreux patients à rester hospitalisés.

√ **Les plafonds de ressources** des assurés demandeurs de prise en charge au titre des gardes malades à domicile ou des fournitures spécifiques :

⇒ passent pour le 1<sup>er</sup> niveau de :

- 11 376 € /an à 20 000 € pour une personne seule,
- 17 064 € /an à 33 000 € pour un couple.

⇒ s'établissent pour le 2<sup>ème</sup> niveau entre :

- 20 000 et 30 000 € par an (contre 11 376 – 19 536 € actuellement) pour une personne seule,
- 33 000 et 40 000 € par an (contre 17 064 – 29 388 €) pour un couple.

Le plafond des ressources est majoré par personne à charge de 3 600 € par an.

S'agissant du **calcul et des justificatifs de ressources**, la procédure d'analyse des ressources est limitée au dernier avis d'imposition (revenu fiscal de référence), déduction faite du loyer, des charges locatives, ou des frais d'accession à la propriété appréciés sur état justificatif ou, le cas échéant, déclaratif.

Il est apparu en effet nécessaire d'adapter la constitution des dossiers de prise en charge et leur étude pour que les circuits puissent être plus rapides et satisfaire ainsi aux exigences liées à l'urgence des situations.

De même, dans le cas d'un changement de situation récent, du fait notamment de la maladie de l'assuré qui peut être à l'origine d'une baisse de revenus, l'étude des ressources peut porter sur les seuls trois derniers bulletins de salaire.

Sur ce même registre, la condition de **non cumul avec des prestations** telles que l'APA, l'ACTP... est supprimée, la prestation « garde-malade à domicile » n'ayant pas la même vocation que ces autres prestations qui répondent d'avantage à des situations chroniques.

√ **Le montant de la prestation « garde-malade à domicile »** est relevé comme suit :

⇒ pour le 1<sup>er</sup> niveau de prise en charge, l'intervention maximale de garde malade s'établit à 655 € (contre 1 264 € actuellement),  
⇒ et pour le 2<sup>ème</sup> niveau, à 2 265 € (contre 948 € actuellement).

√ **La prestation** « accessoire pour incontinence et nutriments » est désormais ouverte à **toutes demandes de fournitures** (accessoires non inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) : fauteuils de repos, certains matelas et sur matelas anti-escarres...ou dont le tarif de remboursement est inférieur au tarif public) et **dépenses de médicaments** non remboursables, dès lors qu'elles sont justifiées médicalement.

Les plafonds mensuels prévus pour ces prestations sont supprimés.

√ **La participation à la charge de l'assuré**, souvent trop lourde à assumer pour les familles, d'autant que dans de nombreux cas, la maladie engendre une baisse de revenus, voire des charges supplémentaires, est réduite de 20 à 10 % pour les revenus les moins importants, et de 20 à 15 % pour les revenus supérieurs.

√ **Enfin, la limitation à 3 mois de la durée de la prise en charge**, renouvelable une fois **est supprimée**, sachant que l'intervention de l'Assurance Maladie reste affectée aux seules personnes au stade terminal de leurs maladies (cancers, maladies dégénératives, maladies d'Alzheimer, etc.), à l'exclusion des personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie.

### **3. Les évolutions relatives au conventionnement des associations d'aide à domicile**

√ Au niveau de l'intervention des associations d'aide à domicile, il a été constaté que celles-ci rencontraient souvent des difficultés pour proposer des offres de services ou maintenir un engagement dans la durée et ceci, du fait de problèmes de recrutement d'intervenants. L'accompagnement en fin de vie nécessite, en effet, une approche spécifique tant par rapport aux besoins du patient que de sa famille.

A cet égard, le **soutien et la formation des gardes-malades** sont apparus constituer un préalable incontournable à ce type de prise en charge et un enjeu important pour le fonctionnement du dispositif.

Vos organismes peuvent donc sur la dotation allouée, en fonction des crédits disponibles, assurer désormais le financement de la formation et du soutien à l'accompagnement (groupe de parole). Cette intervention peut porter sur le coût de la formation (rémunération des intervenants), ainsi que sur le temps d'indemnisation des gardes malades (une journée de formation en moyenne).

Ces formations seront dispensées par un organisme compétent, soit par une structure d'appui (HAD, Equipe Mobile de Soins Palliatifs ou réseau spécialisé en soins palliatifs) dès lors qu'elles exercent une mission de formation, soit par le biais d'associations de soins et services à domicile si celle-ci disposent d'un organisme de formation interne.

√ **La convention type n'autorisait de collaboration qu'avec des associations prestataires**, dans un souci de professionnalisme des intervenants et de responsabilisation de l'organisme envers ses salariés. Cette condition excluait donc le cadre mandataire où la personne malade est elle-même employeur. Toutefois, il est apparu que certaines circonscriptions sont dépourvues de services ou associations de gardes-malades prestataires.

Aussi, lorsqu'un constat de carence est ainsi établi, il vous est désormais possible de passer convention avec des associations mandataires.

#### **4. Dispositions générales**

√ Par ailleurs, pour conférer le maximum de souplesse à l'utilisation des crédits mis à la disposition de vos organismes, **les fonds alloués** (hormis l'enveloppe fléchée pour les interventions de gardes-malades en structures HAD) ne font **plus l'objet de dotations distinctes** selon qu'il s'agit des actions « gardes-malades », des fournitures spécifiques ou des actions de formation des aides à domicile.

La répartition de cette dotation se fera sur la base du nombre de décès enregistrés sur chaque département (données de 1999).

√ Enfin pour que ce dispositif atteigne toute son opérationnalité, et que les moyens engagés gagnent en optimisation, il s'avère indispensable qu'il soit mieux connu des acteurs concernés.

Je ne saurais donc trop vous recommander de développer la plus large information tant auprès des professionnels de santé en intra et extra hospitalier qu'auprès des patients et de leur entourage et des associations d'aide à domicile.

A cet égard, la mobilisation du service social de l'Institution, dans le cadre de sa politique d'offre de service auprès des assurés, est tout à fait fondamentale, tant aux plans de la sensibilisation des familles et des personnes en situation de soins palliatifs que de l'accompagnement social.

Je précise qu'au niveau national, une information générale sera donnée sur le site de la CNAMTS, dans les rubriques « professionnels de santé » et « assurés ».

Ces différentes mesures devraient permettre au dispositif de constituer l'avancé qu'il poursuit dans le domaine médico-social, en facilitant le choix des malades quant aux conditions de leur fin de vie, en prévenant ou en palliant l'épuisement des familles et en évitant les hospitalisations d'urgence.

Pour apprécier leur adéquation aux objectifs poursuivis, un bilan sera effectué à la fin de l'exercice 2003.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire que vous souhaiteriez obtenir.

## **Aide sociale : aide médicale**

### **Qui peut en bénéficier ?**

Les personnes qui pouvaient bénéficier de l'aide médicale avant le 31 décembre 1999 relèvent généralement désormais de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Seules les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale, et ne remplissant pas les conditions pour accéder à la CMU peuvent obtenir l'aide médicale.

### **Cas particulier : ayants droits mineurs**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, les ayants droits mineurs des personnes ne pouvant bénéficier de la CMU, parce que ne remplissant pas les conditions de stabilité et de régularité de séjour en France, sont désormais affiliées au régime général au titre de la CMU.

Ils ne relèvent donc plus de l'aide médicale.

### **Vous aviez obtenu l'aide médicale avant le 31 décembre 1999**

Votre caisse d'assurance maladie doit vous notifier vos droits à la couverture maladie universelle complémentaire. Vous en avez bénéficié au moins jusqu'au 30 juin 2001. Au-delà, vos droits sont étudiés par la caisse, en fonction de votre situation.

### **Vous ne remplissez pas les conditions pour bénéficier de la CMU**

Vous pouvez obtenir l'aide médicale :

- Si vous résidez en France de façon stable
- Si vos ressources sont inférieures à un plafond (562 € /mois pour une personne seule, 843 € /mois pour 2 personnes, 1012 € /mois pour 3 personnes, 1180 € /mois pour 4 personnes, plus 225 € par personne supplémentaire).

### **Pour faire la demande, adressez vous :**

- A la caisse primaire d'assurance maladie ou à un centre de sécurité sociale,
- Au centre communal d'action sociale, au service départemental d'action sociale ou à une association agréée.

Vous aurez à remplir le formulaire Cerfa N° 11573\*01 et produire toute pièce justifiant de vos ressources et de votre résidence en France.

### **Décision d'attribution**

Le dossier est transmis dans les huit jours à la CPAM de votre département, qui examine la demande. La décision est prise par le préfet, ou par délégation au président de la CPAM. Elle vous est notifiée. Exceptionnellement, l'aide peut être attribuée immédiatement, si le délai d'instruction a des conséquences graves sur le malade.

### **L'aide médicale est attribuée pour un an, renouvelable**

Elle permet la prise en charge notamment :

- Des frais de médecine, de pharmacie, de soins et prothèses dentaires,
- Des frais d'hospitalisation et de traitement en établissement de soins ou de rééducation,
- Des frais de transport...

**Pour toute information adressez-vous :**

- A la caisse primaire d'assurance maladie de votre domicile (CPAM),
- Au centre communal d'action sociale ou à une association agréée.

## **Accès au dossier médical**

**Vous avez été hospitalisé dans un établissement public ou privé**

Vous pouvez avoir accès directement à votre dossier médical. Le recours à un médecin n'est plus obligatoire depuis avril 2002. Le dossier médical comprend d'une part des données vous décrivant : identité, adresse, conditions d'entrée et de sortie, couverture sociale.

**Dossier médical**

Il comprend aussi les informations médicales, ayant fait l'objet d'une mise en forme minimale : conclusions de l'examen d'entrée, diagnostics, correspondances avec

d'autres praticiens, radios, comptes rendus d'opération ou d'accouchement.... Vous ne pouvez en revanche avoir accès à des informations éventuelles concernant des tiers, ou recueillies auprès de tiers.

### **Qui peut faire la demande ?**

La demande peut-être faite :

- Soit par l'intéressé, son représentant légal (s'il est mineur ou incapable) ou ses ayants droit (s'il est décédé), sous réserve dans ce cas du respect du secret médical,
- Soit par le médecin qui a prescrit l'hospitalisation, sous réserve de l'accord de l'intéressé ou de ses ayants droits.

### **Comment faire votre demande ?**

Vous devez vous adresser selon le cas au directeur de l'établissement de santé, au professionnel de santé ou à l'hébergeur des données en mentionnant précisément vos coordonnées. La communication des informations doit être obtenue dans un délai de huit jours suivant la demande, après un délai de réflexion de 48 heures. Si les informations datent de plus de cinq ans le délai est porté à 2 mois.

### **Consultation du dossier**

La consultation s'effectue sur place, avec possibilité de remise de copies de documents. Vous pouvez également demander l'envoi de copies de documents. Si la consultation sur place est gratuite, les copies sont à votre charge.

### **Cas particuliers**

Si les informations contenues dans le dossier risquent de vous affecter, le médecin peut demander que vous soyez accompagné par un tiers lors de la consultation. Vous pouvez toutefois le refuser. En cas d'hospitalisation pour troubles mentaux « sous contrainte » (hospitalisation d'office...), le médecin traitant peut demander la présence d'un de ses confrères lors de la consultation.

### **Cas des mineurs**

En principe, le dossier peut être consulté par le ou les titulaires de l'autorité parentale. Le mineur peut toutefois s'y opposer, ou demander que la consultation intervienne par l'intermédiaire d'un médecin.

### **En cas de refus ou de non réponse dans les délais**

Vous pouvez saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA). Vous devez joindre à votre lettre la copie de votre demande d'accès, le refus de l'hôpital et les renseignements permettant d'identifier le dossier.

### **Procédure**

La CADA dispose d'un mois pour émettre un avis et le transmettre à l'hôpital. L'hôpital dispose d'un mois pour informer la CADA des suites qu'il va donner à son avis. En cas de refus persistant, vous pouvez saisir le tribunal administratif deux mois après votre saisine de la CADA.

### **Pour toutes informations adressez-vous :**

- A la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (CADA)
- A la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) si les informations sont gérées par un fichier informatisé ou manuel.

## **Soins à domicile des personnes âgées**

### **Qui peut en bénéficier ?**

Vous pouvez bénéficier de soins à domicile sur prescription du médecin traitant si :

- Vous avez besoin d'une surveillance médicale,
- Votre état ne nécessite pas une hospitalisation,
- Il existe un service de soins dans votre commune.

### **Condition d'âge**

Vous devez être âgé de plus de 60 ans, malade ou en situation de dépendance. Toutefois, cette limite peut être abaissée en cas de vieillissement précoce ou de maladie invalidante, après avis du contrôle médical de la sécurité sociale.



### **Nature des soins :**

- Surveillance médicale,
- Assistance pour les soins de toilette et d'hygiène,
- Soins paramédicaux : kinésithérapeute, pédicure...

Le service est assuré de façon continue, y compris dimanche et jours fériés en cas de nécessité.

### **Prise en charge par la sécurité sociale**

Les soins eux-mêmes sont pris en charge à 100 %. Toutefois, les frais de kinésithérapie sont souvent payés à l'acte (non compris dans le forfait du service de soins à domicile). En outre, les honoraires des médecins ou autres intervenants extérieurs, et les achats de médicaments sont remboursés aux conditions normales.

### **Demande**

Elle est faite par votre médecin traitant, qui établit une demande de prise en charge. Elle est envoyée à votre caisse d'assurance maladie. En cas de non réponse dans un délai de 10 jours, elle est considérée comme acceptée. Si urgence, les soins peuvent débuter avant l'expiration de ce délai.

### **Pour toutes informations adressez-vous :**

- Au Centre Communal d'Action Sociale (ex bureau d'aide sociale) de votre commune,
- A une association de soins à domicile ou à un centre de soins infirmiers,
- A votre médecin traitant.

## **Hospitalisation à domicile**

### **Vous pouvez être admis dans un service d'hospitalisation à domicile si :**

- Vous êtes hospitalisé et le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis chez vous,
- Vous êtes malade, mais votre médecin juge qu'un séjour à l'hôpital n'est pas indispensable,
- Vous-même et votre famille êtes d'accord.

### **Vous pouvez être hospitalisé à domicile si :**

- Vos conditions de logement le permettent (l'assistante sociale fera une enquête),
- Il existe un service d'hospitalisation à domicile dans votre commune. Comment être hospitalisé à domicile ? La décision appartient au médecin.

**Après la décision du médecin, vous devez :**

- Notifier par écrit votre accord,
- Obtenir de votre caisse d'assurance maladie l'accord de prise en charge.

**Pour toutes informations adressez-vous :**

- Au Centre Communal d'Action Sociale (ex bureau d'aide sociale) dont vous obtiendrez les coordonnées à la mairie.

## **Loi du 02/01/2002 : Rénovation de l'action sociale et médico-sociale**

La nouvelle loi de 2002 définit les principes fondamentaux de l'action sociale, elle promeut le droit des usagers en les plaçant au centre du dispositif. Elle encadre et organise l'action tout en préservant une place pour des démarches innovantes.

### **Définition**

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir dans un cadre interministériel l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. »

### **En matière de droit des usagers**

La personne accueillie n'est plus un bénéficiaire d'une aide mais un usager jouissant de droits.

Il doit recevoir un livret d'accueil auquel est annexée la charte de ses droits.

Un contrat de séjour lui est proposé. Ce n'est pas une nouveauté mais le décret d'application devrait préciser son contenu minimum : objet et nature de la prise en charge, détail et nature des prestations offertes...

Un conciliateur ou médiateur est institué pour résoudre certains conflits ou incompréhensions. Les modalités de nomination, de rendu de comptes... seront définies par décret.

Un conseil de la vie sociale remplacera le conseil d'établissement. Il sera composé d'une majorité d'usagers et animé par le directeur d'établissement.

Le règlement de fonctionnement sera annexé au livret d'accueil. Il définit les droits et les devoirs des accueillis et sera établi après consultation du conseil de la vie sociale.

Le projet d'établissement révisé tous les 5 ans doit être rédigé avant le 4/01/2003. Il contiendra les modalités d'organisation et de fonctionnement, la coordination des équipes, les objectifs et les évaluations.

### **En ce qui concerne la rénovation de la gamme des services et interventions**

Les services de jour, services à domicile sont inclus dans le dispositif.

De nouvelles catégories sont introduites : structures d'accueil pour handicapés vieillissants, centres de ressources sur le handicap rare, équipes mobiles, lieux de vie et d'accueil non traditionnels... Les CLIC peuvent être inclus dans cette liste.

La liste n'est pas fermée. Il est possible de créer des structures innovantes et dérogatoires pendant une période d'essai renouvelable....

### **En matière de planification et de contrôle de la qualité**

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale sont obligatoires et leur portée est renforcée.

Doivent y figurer les besoins, le niveau de l'offre sur le plan quantitatif et qualitatif, les objectifs de développement, la coordination et la coopération entre établissements, les critères d'évaluation....

Un schéma est arrêté pour 5 ans. Il doit être arrêté conjointement par le préfet et le président du Conseil Général. De nouvelles structures ne peuvent être programmées si le besoin n'a pas été pointé dans le schéma.

Le système des autorisations et renouvellement d'autorisations est redéfini de telle sorte qu'il favorise l'évaluation et la qualité des structures.

L'autorité de tutelle peut contrôler lors de visites, adresser une injonction de remédier aux dysfonctionnements constatés dans un délai fixé. La fermeture totale ou partielle peut être prononcée et l'autorisation transmise à une structure à but similaire. Le renforcement des procédures de fermeture est accompagné d'un dispositif pénal.

L'évaluation de la qualité est institutionnalisée. Autoévaluation et évaluation externes sont envisagées mais un rendu à l'autorité est exigé tous les 5 ans. Les résultats sont très importants puisqu'ils déterminent le renouvellement de l'autorisation.

Un conseil national de l'évaluation sera institué. Il devrait ne regrouper qu'un tiers de payeurs et deux tiers d'usagers, professionnels et indépendants qualifiés en évaluation. Il est chargé de valider ou élaborer les procédures et recommandations de bonne pratique nécessaires à l'évaluation de la qualité.

### **En matière de coordination entre acteurs**

Un système d'information entre partenaires, Etat, collectivités territoriales, organismes de protection sociale est prévu. Etablissements et services devraient s'intégrer dans un deuxième temps.

Sont prévues aussi des mesures de lutte contre la maltraitance, protection du salarié qui a dénoncé des mauvais traitements et l'interdiction de travailler dans un établissement pour des personnes condamnées pour maltraitance ou délits sexuels.



## **AIDE MENAGERE : Les participations horaires des retraités bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile sont revalorisées de 4,97 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003**

Le conseil d'administration de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS) a décidé d'augmenter de 4,97 %, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, les participations horaires des retraités bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile, inchangées depuis 1999. Le nouveau barème de ces participations s'établit comme suit :

<b>Ressources mensuelles</b>		<b>Participation horaire des retraités Métropole et DOM</b>
<b>Personne seule</b>	<b>Ménage</b>	
Au-delà du plafond de l'aide sociale à 743 €	Au-delà du plafond de l'aide sociale à 1291 €	1,60 €
De 744 € à 796 €	De 1292 € à 1377 €	2,24 €
De 797 € à 898 €	De 1378 € à 1508 €	3,36 €
De 899 € à 1053 €	De 1509 € à 1694 €	4,40 €
De 1054 € à 1101 €	De 1695 € à 1758 €	5,76 €
De 1102 € à 1230 €	De 1759 € à 1877 €	8,16 €
De 1231 € à 1406 €	De 1878 € à 2108 €	10,40 €
Au-delà de 1406 €	Au-delà de 2108 €	11,68 €

## **Congé d'accompagnement de fin de vie**

Tout salarié dont un ascendant, un descendant ou une personne partageant son domicile fait l'objet de soins palliatifs, peut bénéficier d'un congé non rémunéré d'une durée maximale de trois mois.

### **Conditions**

Le « congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie » (loi du 9.6.99 – JO du 10) peut être demandé aussi bien par les salariés du secteur privé que par les fonctionnaires des trois fonctions publiques (de l'Etat, de la fonction territoriale et hospitalière). Le même avantage a été étendu aux agents non titulaires de l'Etat (décret du 20.11.00 – JO du 25).

Pour que le salarié puisse bénéficier du congé, il faut que la personne accompagnée reçoive des soins palliatifs, qu'il s'agisse d'un ascendant (parents, grands-parents...), d'un descendant (enfant, petit-enfant, arrière-petit-enfant) ou d'une personne partageant son domicile. Le salarié doit informer son employeur, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins 15 jours avant son départ, de sa volonté de bénéficier de ce congé. Il doit joindre un certificat médical attestant que la personne accompagnée fait bien l'objet de soins palliatifs. En cas d'urgence absolue attestée par certificat médical, le congé débute à compter de la réception par l'employeur de la lettre du salarié. Lorsque les conditions sont remplies, le congé est un droit pour le salarié quels que soient son ancienneté et l'effectif de l'entreprise. L'employeur ne peut ni s'y opposer ni différer le départ. Le congé prend fin, soit au bout de trois mois (durée maximale), soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure décidée par le salarié.

Dans tous les cas, le salarié doit informer son employeur de la date prévisible de son retour en respectant un préavis de 3 jours francs. Il est préférable de remplir ce devoir d'information par lettre recommandée avec accusé de réception.

### **Montant**

Ce congé n'est pas rémunéré et le salarié n'est pas autorisé à exercer une autre activité professionnelle durant celui-là. Puisqu'il s'agit d'un congé, le salarié cesse en principe toute activité, mais il peut éventuellement, avec l'accord de l'employeur, travailler à temps partiel. A l'issue du congé, le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

### **A propos de**

La durée du congé est prise en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté (prime, calcul de la prime de licenciement...).

## **L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**

- Pour bénéficier de l'APA, il faut avoir 60 ans et résider en France.
- L'APA ne concerne que les personnes ayant une perte d'autonomie.
- Quand elle est versée à une personne à domicile, l'APA est affectée à des dépenses précises.
- L'APA peut couvrir les frais liés à l'embauche d'un salarié à domicile.
- L'APA peut aussi couvrir les frais dus au recours à un prestataire de services.
- L'APA peut prendre en charge les frais d'hébergement en famille d'accueil.
- Quand elle est versée à une personne en établissement, l'APA couvre le tarif de dépendance.
- Le montant de l'APA à domicile dépend du plan d'aide sociale et des ressources de l'allocataire.
- La qualité du service est prise en compte pour évaluer l'APA à domicile.
- Le montant de l'APA pour une personne accueillie en établissement dépend de son niveau de dépendance.
- Une participation est laissée en principe à la charge du résident.
- Le montant de l'APA varie en fonction des ressources de l'allocataire.
- Le droit à l'APA est ouvert à compter de la date de dépôt d'un dossier de demande complet.
- L'APA est versée tous les mois.

## **Coordonnées département par département**

**Alpes de Hautes Provence**



**\* Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Alpes de Hautes Provence**

3, rue Alphonse Richard  
04 000 Digne les Bains

Téléphone : 0 820 84 90 41 (numéro indigo)

Télécopie : 04 92 30 24 03

Télécopie : 04 92 32 44 51

**\* Assistante sociale départementale**

Téléphone : 04 92 30 81 30

**\* Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Marseille (CRAM-SE)**

Antenne départementale

21, boulevard Victor Hugo  
04 000 Digne les Bains

Téléphone : 04 92 36 60 80

Télécopie : 04 92 36 60 88

**Hautes Alpes**

**\* Caisse Primaire d'Assurance Maladie**

10, boulevard Georges Pompidou  
05 000 Gap

Téléphone : 04 92 53 11 91

Télécopie : 04 92 51 38 70

**\* Assistante sociale départementale**

Téléphone : 04 92 53 10 90

**\* Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud Est**

Antenne vieillesse

2, avenue Georges Pompidou  
05 100 Briançon

Téléphone : 04 92 21 41 77

**Retraite**

90, boulevard Georges Pompidou

05 000 Gap

Téléphone : 04 92 53 16 78

Télécopie : 04 92 53 16 70

**Service Social**

10, boulevard Georges Pompidou

05 000 Gap

Télécopie : 04 92 53 80 77

**Alpes Maritimes**

**\* Caisse d'Assurance Maladie et Maternité des Professions Artisanales et Commerciales Côte d'Azur (CMR)**

33, rue Trachel

06 000 Nice

Téléphone : 04 93 82 63 60

**\* Caisse Primaire d'Assurance Maladie**

48, rue Roi Robert Comte Provence

06 100 Nice

Téléphone : 04 92 09 40 00

**\* Assistante sociale départementale**

Téléphone : 04 92 17 48 32

**\* Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud Est**

16, avenue Thiers

06 000 Nice

Téléphone : 04 92 14 66 40

Télécopie : 04 92 14 66 59

**\* Mutualité Sociale Agricole (MSA)**

32, avenue Lanterne

06 200 Nice

Téléphone : 04 93 72 68 00  
Télécopie : 04 93 72 69 00  
Télécopie : 04 93 72 70 70

### **Bouches du Rhône**

**\* Caisse Régionale d'Assurance Maladie**

35, rue Georges  
13 386 Marseille Cedex 20

Téléphone : 04 91 85 85 00

**\* Assistante sociale départementale**

Secteur I (Aix, Gardanne, Aubagne, La Ciotat)  
Téléphone : 04 42 33 43 73

Secteur II (Martigues, Port de Bouc, Istres, Arles, Tarascon, Marignane, Vitrolles, Salon)

Téléphone : 04 42 10 50 52

Secteur III (Marseille)

Téléphone : 04 91 11 50 55

**\* Société de Secours Minière du Midi**

Cité Administrative  
Rue Jules Ferry  
13 120 Gardanne

Téléphone : 04 42 65 46 00

Télécopie : 04 42 51 04 63

**\* Caisse de Mutualité Sociale Agricole des Bouches du Rhône (MSA)**

152, avenue de Hambourg  
13 008 Marseille

Téléphone : 04 91 16 58 58

Télécopie : 04 91 72 52 49

**\* Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie**

93, La Canebière  
13 001 Marseille

Téléphone : 04 95 04 53 80

Télécopie : 04 95 04 53 99

**\* Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale**

36, avenue Corse  
13 007 Marseille

Téléphone : 04 95 04 31 65

**\* Caisse de Prévoyance et de Retraite SNCF**

17, avenue du Général Leclerc  
13 003 Marseille

Téléphone : 04 95 04 04 04

**\* CNMSS (Caisse Nationale Militaire Sécurité Sociale)**

Caserne Busserade  
Rue Massena  
13 998 Marseille

Téléphone : 04 95 04 31 65

**\* Caisse Maladie Régionale des Professions Indépendantes de Provence (CMR Provence)**

146, rue Paradis  
13 006 Marseille

Téléphone : 04 91 13 81 00

**Var**

**\* Sécurité Sociale Militaire**

256, avenue Jacques Cartier  
83 000 Toulon

Téléphone : 04 94 16 36 00

**\* Caisse Primaire d'Assurance Maladie**

Rue Emile Ollivier  
83 000 Toulon

Télécopie : 04 94 46 88 00

**Service Social**

Téléphone : 04 94 46 89 49

**\* Assistante sociale départementale**

Téléphone : 04 94 46 89 41

**\* Caisse Régionale d'Assurance Maladie**

59, rue Victor Reymonenq  
83 100 Toulon

Téléphone : 04 94 93 65 80

Télécopie : 04 94 93 65 99

### **Vaucluse**

#### **\* Caisse Primaire d'Assurance Maladie**

7, rue François 1<sup>er</sup>  
84 000 Avignon

Téléphone : 04 90 81 36 07

#### **\* Assistante sociale départementale**

Téléphone : 04 90 81 37 37

#### **\* Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud Est**

Espace Europe  
3, rue Martin Luther King  
84 000 Avignon

Téléphone : 04 90 14 80 80

Télécopie : 04 90 86 92 98

#### **Service Social**

7, rue François 1<sup>er</sup>  
84 000 Avignon

Téléphone : 04 90 81 36 57

#### **\* Mutualité Sociale Agricole du Vaucluse**

1, place Maraîchers  
84 000 Avignon

Téléphone : 04 90 13 66 66

Télécopie : 04 90 87 72 05

**Les aides techniques médicales**

Ces aides techniques peuvent améliorer le confort et faciliter la prise en charge de la personne âgée. Certains matériels sont fournis sur prescription médicale, à la location ou à la vente, avec une prise en charge partielle ou complète par la Caisse de Sécurité Sociale. C'est le cas des lits médicalisés, fauteuils roulants, fauteuils garde-robres, cannes, déambulateurs, matelas anti-escarres.

D'autres sont à la charge du patient comme les changes complets, bassin, alèse, rehausseur de toilette. Il existe une possibilité de prise en charge de ces dépenses par la Caisse de Sécurité Sociale au titre des prestations supplémentaires (s'adresser au service social de sa caisse) ou bien dans le cadre du dispositif de maintien à domicile soins palliatifs (s'adresser à l'assistante sociale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou aux associations agréées).

## **L'aide à domicile**

Elle assure auprès de la personne âgée un travail non seulement matériel mais aussi social ; elle contribue au ménage, aux courses, à la préparation des repas, à l'accomplissement de certaines démarches. L'aide est attribuée en nombre d'heures et financée sous condition de ressources par les caisses de retraite ou l'aide sociale avec une participation des bénéficiaires. Cette forme d'aide ouvre droit à une réduction d'impôt. (s'adresser au Centre Communal d'Action Sociale de la mairie).

## **Les emplois familiaux**

La mission est la même que celle de l'aide à domicile, le bénéficiaire signe un contrat de travail avec l'association employeur (service prestataire) ou directement avec l'employé (service mandataire).

Lorsque la personne âgée est elle-même l'employeur, elle peut éventuellement bénéficier de la réduction des charges patronales et utiliser les chèques emploi - service. Ces formes d'aide ouvrent droit à une réduction d'impôt. (s'adresser aux associations agréées)

## **La garde à domicile**

Elle complète l'aide à domicile ou l'emploi familial lorsque l'état de la personne âgée nécessite une présence continue (veilles de nuit, garde de jour ou de week-end...). Cette forme d'aide ouvre droit à une réduction d'impôt, elle peut être prise en charge en partie par la caisse de retraite. (voir adresse des emplois familiaux, pages jaunes)

## **Le portage de repas**

Il assure aux personnes âgées la livraison d'un repas quotidien et permet de compléter l'intervention des services d'aide à domicile. Les régimes les plus classiques peuvent être respectés. (sans sel, diabétique, haché, mixés). S'adresser au Centre Communal d'Action Sociale de la mairie.

## **L'amélioration de l'habitat**

L'adaptation du logement aux incapacités de la personne âgée est indispensable pour une bonne prévention du handicap. Des aides financières existent pour permettre de prendre en charge le coût des travaux. (s'adresser aux sites de la vie autonome, liste en préfecture ou au Conseil Général)

## **Le petit matériel d'assistance**

Ces aides ont pour objectif d'améliorer l'autonomie dans les gestes quotidiens. Ils concernent l'aménagement de l'habitat et les petits matériels.

Citons par exemple :

- Barres de maintien dans les toilettes, baignoire ou douche,
- Faciliter les déplacements en supprimant les obstacles,
- Main - courantes,
- Pince ramasse – objet, enfile – bas, manchons à couverts, siège de baignoire, verre – canard.

S'adresser aux commerces de matériel orthopédique.

## **Le placement**

Cette solution peut être adoptée par la personne âgée lorsque son maintien à domicile atteint des limites (isolement, solitude, prise en charge du maintien à domicile trop importante ou trop coûteuse), ou de façon temporaire pour faire face à l'absence momentanée de l'aidant habituel. Dans tous les cas le coût du séjour est à la charge de la personne âgée qui pourra éventuellement obtenir une prise en charge par l'aide sociale. Les établissements d'accueil peuvent réserver des places d'hébergement temporaire.

## **Le placement temporaire**

Il permet de décharger momentanément les familles (week-ends, vacances ou indisponibilité temporaire) ou de préparer la personne âgée à un placement permanent en évitant une rupture avec son environnement habituel. Il permet également aux personnes âgées isolées de mieux supporter des moments difficiles (l'hiver par exemple). Certaines maisons de retraite réservent des lits d'hébergement temporaire. (s'adresser au CCAS de la Mairie ou du CLIC).

## **La téléassistance**

Ce service assure aux personnes âgées isolées un contact téléphonique 24H/24. Il rassure la personne et sa famille. Il est utilisé en cas de besoin (malaise, chute, insécurité). L'appareil de téléassistance est branché sur le téléphone, une télécommande permet de le faire fonctionner à distance. Une participation financière modique est demandée à l'abonné. S'adresser à la mairie ou au Conseil Général.

## **La protection juridique**

Les personnes âgées peuvent se trouver dans une situation qui nécessite la mise en place d'une mesure de protection des incapables majeurs. Cette mesure revêt plusieurs types de protection selon le degré d'altération des facultés de la personne : sauvegarde de justice, curatelle, tutelle. S'adresser auprès des CLIC ou du Tribunal d'Instance, service des tutelles.