



7. « Aides », « papiers », finances et travail

V. Beau, M. Lafille

Aborder les conséquences de l'arrêt de travail et la compensation du handicap, c'est rentrer dans un maquis administratif. Il est pratiquement toujours nécessaire de se faire assister par un professionnel compétent. Les assistantes sociales sont les seules vraiment qualifiées ; elles sont astreintes au secret professionnel. Les médecins, même spécialisés en réadaptation, ne peuvent pas connaître tous les cas particuliers ; de plus, leur rôle n'est pas d'entrer dans l'intimité du patient pour connaître ses ressources et ses obligations financières. Ce n'est pas non plus celui des voisins et amis.

Rien n'est plus imprécis que la phrase « vous avez sûrement droit à des aides ». En fait, il faut différencier plusieurs types d'« aides » :

- Les soins qui impliquent un personnel médical ou paramédical sont pris en charge au titre de l'Assurance maladie sur prescription d'un médecin.
- Le maintien d'une partie du salaire pendant une période déterminée (par exemple les indemnités journalières dans le régime général) dépend de certaines conditions (cotisations avant l'AVC).
- Certaines allocations ou pensions sont destinées à assurer au patient un minimum de ressources s'il ne peut pas ou plus travailler.
- Une participation aux dépenses entraînées par le handicap est prévue par la loi (prestation de compensation du handicap – PCH – avant 60 ans, allocation personnalisée d'autonomie – APA – à partir de 60 ans).

D'autres prestations peuvent être demandées au titre du droit privé, par exemple celles prévues dans des contrats prévoyance souscrits par le patient.

Prise en charge des soins

Dans le régime général de la Sécurité sociale, les soins médicaux (médicaments, consultations, examens complémentaires) liés aux AVC invalidants sont pris en charge à 100 % comme dans les autres affections de longue durée (ALD). Par AVC invalidant, on entend les cas où persiste un important déficit neurologique et ceux où persistent des *séquelles* justifiant une rééducation prolongée.

L'aide à la toilette ou à l'habillage par une infirmière, les séances de rééducation et les frais de transport pour se rendre aux consultations et séances de rééducation en rapport avec l'AVC sont également pris en charge à 100 %. C'est le médecin traitant qui décrit l'état de santé du patient et établit un protocole des soins nécessaires sur un imprimé spécial, dont un exemplaire est remis au patient. Cette prise en charge est valable pour plusieurs années ; parfois il faut la renouveler.

Compensation des conséquences de l'arrêt de travail, prise en charge du handicap ou de la dépendance

Indemnités journalières, allocations, pensions

Il faut distinguer deux cas :

● **Le patient a moins de 60 ans, il a travaillé suffisamment longtemps avant l'AVC pour bénéficier d'indemnités journalières**

Il perçoit les indemnités journalières après son AVC comme dans toute autre maladie. Pendant toute la durée de l'arrêt de travail, il doit informer sa caisse primaire d'Assurance maladie quand il quitte son domicile pour des vacances ou du repos à la campagne ; il doit joindre un certificat médical précisant que son état de santé le justifie ou le permet. Au terme d'une certaine période (3 ans pour le régime général de la Sécurité sociale), le patient doit reprendre le travail ou passer sous le régime de l'invalidité. Le médecin-conseil de la CPAM peut proposer un passage en invalidité avant 3 ans, si la reprise du travail paraît définitivement impossible. Il le fait souvent en accord avec le médecin traitant et après une visite de contrôle.

Il y a trois catégories d'invalidité, avec des montants différents pour la pension correspondante :

- Invalidité 1^{re} catégorie : inaptitude partielle au travail. Il est possible d'effectuer un travail salarié à condition de ne pas dépasser un certain plafond.
- Invalidité 2^e catégorie : inaptitude totale au travail.
- Invalidité 3^e catégorie : inaptitude totale au travail et nécessité de l'aide quotidienne et continue d'une tierce personne (à la pension d'invalidité s'ajoute alors une majoration tierce personne).

● **Le patient a moins de 60 ans et n'a jamais travaillé ou n'a pas travaillé assez longtemps**

La MDPH, après examen de son dossier, peut lui accorder l'AAH (allocation d'adulte handicapé), prestation sociale de solidarité destinée à assurer un revenu minimum.

L'AAH est versée sous condition de ressources. Les titulaires de l'AAH sont affiliés à la Sécurité sociale. L'AAH est versée par la Caisse d'allocations familiales du département.

Compensation financière du handicap ou de la dépendance

● Le patient a moins de 60 ans

La prestation de compensation du handicap (PCH) est destinée à compenser le handicap : elle dépend essentiellement de l'évaluation des besoins (par exemple, l'aide permanente continue ou discontinue d'une tierce personne, du matériel spécialisé). La PCH est versée par le Conseil général du département. L'invalidité doit être reconnue officiellement, c'est-à-dire que le patient doit avoir obtenu une carte d'invalidité.

● Le patient a 60 ans ou plus

Après 60 ans, c'est la retraite qui succède aux indemnités journalières ou à la pension d'invalidité ; la majoration tierce personne n'est maintenue que dans certains régimes.

Qu'il ait ou non travaillé, qu'il perçoive une retraite ou non, le patient peut demander à bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette allocation est attribuée par le Conseil général du département. On peut demander l'APA quelles que soient ses ressources. Une évaluation de l'autonomie et des besoins du patient est réalisée. La participation du Conseil général ne peut être inférieure à 10 % des besoins ainsi évalués et dépend de deux facteurs :

- le degré d'autonomie du patient (évalué de 1 à 6 sur la grille AGGIR) ;
- ses ressources.

Il faut savoir qu'elle dépend aussi de la part du budget qui est affectée dans chaque département à l'APA.

Pensions et allocations de droit public pour une personne qui ne peut pas travailler après un AVC

Avant 60 ans : pension d'invalidité ou allocation adulte handicapé, prestation compensatrice du handicap

À partir de 60 ans : pension de retraite, allocation personnalisée pour l'autonomie

Toutes ces allocations, pensions ou prestations sont soumises à des conditions (ressources personnelles, degré du handicap...).

● Cas particuliers

La durée, le type de travail avant l'AVC, les régimes spéciaux d'Assurance maladie... peuvent modifier ce schéma ; ainsi presque chaque situation est un cas particulier. C'est pourquoi il est souvent opportun de prendre l'avis d'une assistante sociale.

On trouvera ci-dessous quelques exemples :

- Si le montant de la pension d'invalidité est inférieur à celui que lui donnerait l'AAH, le patient peut demander une allocation pour compléter sa pension d'invalidité ; il percevra alors une somme équivalant au montant de l'AAH.
- Lorsque du fait de l'arrêt de travail lié à l'AVC, on n'a pas suffisamment cotisé pour prétendre à une retraite à taux plein, un certain nombre de trimestres manquants peuvent être octroyés. De même, si l'AVC est survenu dans les 12 mois précédant le 60^e anniversaire, les trimestres manquants peuvent être octroyés dans le cadre d'une retraite au titre de l'inaptitude au travail.
- Le régime d'Assurance maladie des fonctionnaires est différent du régime général. Il diffère aussi de celui des artisans et professions libérales, des agriculteurs ou autres régimes spéciaux.
- Dans certains cas rares, l'AVC peut être considéré comme un accident de travail (une déclaration a alors été faite dès les premiers jours). L'indemnisation est plus élevée que celle de la maladie.
- Il est exceptionnel que l'AVC mette en jeu la responsabilité d'un tiers ou celle du patient (ex. : un accident de voie publique) ; dans ce cas va aussi intervenir la réparation du dommage subi par l'assurance du patient ou par des fonds de garantie.

● Autres financements

Certaines caisses de retraite participent au financement d'une aide ménagère ou à des adaptations, etc. Certaines mutuelles font de même.

Si des crédits sont en cours de remboursement et que le patient avait souscrit une assurance invalidité ou maladie, cette assurance peut éventuellement, après un certain délai, se substituer au patient pour payer les mensualités.

Compensations non financières du handicap

● Carte d'invalidité, carte de station debout pénible, carte européenne de stationnement

- La carte d'invalidité est délivrée par la MDPH, quand l'incapacité est de 80 % au moins. Elle donne droit à divers avantages, par exemple l'attribution d'une demi-part supplémentaire pour le calcul des impôts, si le patient n'en bénéficiait pas déjà pour d'autres motifs.
- Si l'invalidité est inférieure à 80 %, on peut obtenir une simple carte station debout pénible.
- La carte européenne de stationnement est attribuée aux personnes dont les possibilités de déplacement à pied sont limitées. Le degré de limitation est établi par un certificat médical.



Où se procurer les divers imprimés administratifs, à qui les envoyer ?

Les services sociaux de la mairie, des MDPH, de la Sécurité sociale ou d'un service hospitalier peuvent délivrer les formulaires de demande d'AAH, de carte d'invalidité, de PCH, de carte européenne de stationnement. Ces formulaires sont à retourner à la MDPH du département.

Les dossiers de demande d'APA sont fournis par les services sociaux des mairies ou des associations gérontologiques. Ils sont à leur retourner une fois remplis.

Prévoir des délais importants

Même si on fait rapidement les démarches nécessaires, elles mettront du temps à donner des résultats ; il faut donc prévoir des semaines ou des mois avant de percevoir allocations, pensions et aides.



Savoir quoi demander, faire ses comptes

Aucune aide n'est attribuée automatiquement, quels que soient les « droits » du patient. On ne perçoit pas d'indemnités journalières sans déclarer son arrêt de travail, ni d'allocation AAH ou de carte d'invalidité sans en faire la demande.

Certains cas relèvent de deux types d'allocation non cumulables (par exemple, certains bénéficiaires d'une pension d'invalidité peuvent prétendre à deux types d'allocations complémentaires : soit la majoration tierce personne, soit la prestation de compensation du handicap, mais non les deux ; il faut alors savoir laquelle il est le plus avantageux de demander. Dans de tels cas, il est utile de demander l'avis d'un professionnel qui, astreint au secret professionnel, pourra étudier l'ensemble de la situation administrative et financière du patient.



Préparer son retour au travail

Obstacles à la reprise du travail

La possibilité de reprendre le travail dépend :

- de la fatigabilité du patient ;
- de la profession du patient et de sa formation : s'il a une paralysie de la main ou du bras et exerçait une activité exclusivement manuelle, il risque de ne pas pouvoir la reprendre ;
- de l'existence de troubles cognitifs : ce même patient aura du mal à suivre des stages de formation s'il ne peut pas se concentrer, s'il ne retient pas les consignes ;
- du marché du travail ;
- de l'attitude de l'employeur par rapport à l'emploi des personnes handicapées, aux aménagements de poste de travail et à la gestion de son personnel. Toutes les entreprises n'ont pas la capacité d'adapter un poste aux difficultés particulières d'un de leurs salariés.

Reconnaissance de travailleur handicapé

Il est en général nécessaire de demander une reconnaissance de travailleur handicapé. De plus, les patients qui ont une longue activité professionnelle devant eux ont intérêt à faire une demande d'orientation professionnelle. Dans les deux cas, il faut envoyer un dossier à la MDPH.

Mi-temps thérapeutique. Adaptation du poste de travail

Lorsque la reprise du travail antérieur est possible, il peut y avoir une reprise à temps partiel appelée mi-temps thérapeutique. Ce statut ne peut durer que quelques mois. Pendant cette période, le patient perçoit la totalité du salaire plafond, la moitié étant versée par l'employeur, le reste par l'Assurance maladie.

Parfois, il faut aussi adapter le poste de travail, en collaboration avec l'assistante sociale de l'entreprise et surtout le médecin du travail.

Parfois, le travail antérieur, même avec des aménagements, ne peut être repris dans l'entreprise ou l'administration d'origine.

Réorientation professionnelle

Certains organismes offrent la possibilité de faire le bilan des fonctions, des aptitudes au travail, d'orienter certains patients, de proposer des stages de remise à niveau scolaire ou professionnel et de suivre la réinsertion du patient dans le monde du travail. Ils travaillent en général en collaboration avec les caisses régionales d'Assurance maladie (cf. Annexes). Ces bilans et stages ne sont pas spécifiquement orientés vers les pathologies cérébrales. En revanche, les UEROS (unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle) ont été créées à l'origine à l'intention des jeunes traumatisés crâniens. Elles peuvent soutenir et guider certains jeunes patients après un AVC.

Pour toutes les démarches d'orientation ou de réorientation professionnelle, on a intérêt à se faire guider par la MDPH du département.

Ces démarches sont très longues (plusieurs mois au moins) et la reprise d'un travail est souvent une épreuve de patience.

La capacité à gérer ses biens et ses affaires

Un AVC peut mettre le patient dans l'incapacité de gérer partiellement ou totalement ses affaires.

Signature et hémiplégie

Il arrive que le patient ne puisse plus signer ou que sa signature soit modifiée. S'il ne s'agit que d'un problème moteur de la main dominante, il peut apprendre à signer de l'autre main et faire enregistrer une nouvelle signature à sa banque.

Mesures de protection et troubles cognitifs

Cependant, le patient peut aussi avoir du mal à calculer, à comprendre les documents administratifs ou être incapable de juger sainement des problèmes matériels et financiers. Il est alors sans défense en cas de manœuvres frauduleuses ; quant à ses proches, ils peuvent craindre d'être accusés d'abus de faiblesse en cas de désaccords familiaux. C'est alors qu'on envisage des mesures de protection juridique, notamment s'il faut gérer des biens importants ou mettre en place un nouveau projet de vie (mariage, divorce, entrée en maison de retraite...). La procédure peut être ouverte :

- à la demande de la personne elle-même ou d'un de ses proches ;
- sur signalement du médecin de la personne concernée ou des services sociaux.

Dans les deux cas, il est obligatoire de présenter un certificat médical précisant que l'état de santé physique ou mentale du patient lui impose d'être conseillé ou représenté. Tout médecin ayant examiné le patient est qualifié pour rédiger ce premier certificat.

Les demandes sont adressées au tribunal d'instance du domicile du patient. Le juge examine la demande, entend les proches et l'intéressé ; sa décision s'appuie obligatoirement sur le rapport d'un médecin expert figurant sur la liste des médecins assermentés auprès du tribunal d'Instance de son domicile. S'il l'estime justifié, le juge des tutelles désigne une personne légalement responsable pour aider le patient à faire ses démarches (*curatelle*) ou les faire à sa place (*tutelle*).

Ces mesures sont relativement longues à mettre en place (plusieurs mois en général). Pendant cet intervalle, le juge peut désigner un mandataire spécial pour accomplir les démarches urgentes.

Par ailleurs, une *sauvegarde de justice* peut être demandée d'urgence, elle prend alors effet dès l'enregistrement de la demande. La sauvegarde de justice permet de faire annuler par le juge des tutelles des actes signés inconsidérément. Cette mesure est temporaire (2 mois), renouvelable une fois. Elle doit être, comme la *tutelle* et la *curatelle*, portée à la connaissance du patient et de sa famille. Les régimes de protection ne sont pas limités dans le temps. Toutefois, la capacité du patient pouvant évoluer, le juge peut être saisi ou se saisir d'office d'une demande de main levée de la protection ou d'aggravation de cette protection. Les droits du patient restent toujours préservés : il peut se faire assister d'un avocat et exercer des recours contre les décisions qui le concernent.

Les MDPH : mode d'emploi

On peut obtenir à la MDPH de son département certains renseignements précis, par exemple l'adresse du *CICAT* le plus proche ou les coordonnées de centres pouvant accueillir le patient pour un séjour de rupture.

Mais en pratique, dans la plupart des cas, on s'adresse à la MDPH pour :

- des demandes de reconnaissance du handicap (carte d'invalidité ou reconnaissance de travailleur handicapé) ;
- des demandes de compensation financière du handicap.

La première étape, incontournable, est de remplir un dossier MDPH. Ce dossier comporte obligatoirement un certificat médical décrivant les déficiences et les incapacités du patient ; selon ce qui est demandé, il

peut aussi comporter une évaluation des besoins (aide d'une tierce personne ou aides techniques), des compensations nécessaires et des ressources du foyer. Ce dossier est traité par la *Commission départementale d'autonomie des personnes handicapées (CADPH)*. Actuellement, la notification de la décision peut prendre plusieurs mois.

Lorsque le handicap n'a pas été évalué avant le retour à domicile, une équipe médicale et paramédicale de la MDPH peut élaborer un plan complet de réadaptation (associant par exemple aux soins de rééducation l'aide d'une tierce personne ou l'étude des possibilités de réinsertion professionnelle) ; la réalisation effective du projet sera ensuite suivie par un référent. Parfois aussi, la MDPH peut intervenir pour une aide ponctuelle, par exemple, organiser une visite d'ergothérapeute pour adapter le domicile. Toutes ces interventions ne peuvent s'envisager qu'après que la CDAPH ait statué.