

## **Invalidité, IJ, Handicap, MDPH, PCH, Cotorep...au secours !?!**

Qui ne s'est jamais posé la question de comprendre ces sigles barbares que nous rencontrons lorsque nous sommes malades, que nous avons besoin d'aide... ? Pour aider ceux qui ne comprennent rien aux sigles barbares, mais aussi ceux qui pensent avoir compris, mais se trompent (oui, vous là, comme 95% des gens dans ce cas), voici un petit exposé de ce que vous pourrez rencontrer dans votre chemin de patient, de travailleur, de citoyen.

### **1. QUI S'OCCUPE DE QUOI ?**

Oui, pour s'y retrouver, commençons par faire un peu de tri. Il y a deux grands domaines à distinguer : la maladie et le handicap.

La maladie, c'est ce qui touche aux conséquences directes d'une pathologie : prise en charge des soins et de ses conséquences durant les soins.

Le Handicap, c'est une notion moins évidente à définir, puisque basée sur la différence par rapport à la « normalité ». En gros, si, du fait d'un problème de santé, vous n'avez pas les mêmes chances que Monsieur tout le monde d'accéder, au choix, à un emploi, à un spectacle, à l'autonomie au domicile etc. vous pouvez relever de prestations liées au handicap.

Ces deux domaines relèvent chacun d'un type d'organisme :

#### **a) L'assurance maladie**

L'assurance maladie, c'est l'organisme qui s'occupe en premier lieu de la prise en charge des soins. Payer le (la) médecin, l'infirmier(e), les traitements, les examens etc.

Pour la plupart des gens, l'assurance maladie, c'est la CPAM. Mais parce qu'on est en France et que c'est rigolo de faire compliqué, ce n'est pas comme ça pour tout le monde.

Selon son domaine professionnel, la prise en charge des soins peut être assurée par la CPAM (régime des salariés, de la plupart des fonctionnaires), la MSA (régime des salariés et non-salariés agricoles), la RAM (régime des indépendants, lié au RSI), la CPRSNCF (régime des cheminots), l'ENIM (pour les marins), le CNMSS (militaires), la CAMIEG (fournisseurs d'énergie) etc. (liste non exhaustive. Retrouvez la ici : <http://www.regimespeciaux.org/spip.php?article91> )

Déjà pas simple de s'y retrouver, mais en général, on sait quel est notre organisme de sécurité sociale en fonction de son employeur. Là où c'est un peu plus compliqué, c'est quand on change de domaine professionnel...y'a du transfert de dossier à faire, et ça peut être long.

Mais l'assurance maladie, c'est aussi l'organisme en charge de garantir le paiement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour raison médicale, puis de garantir des revenus en cas d'invalidité. Et là, c'est encore plus rigolo. Non seulement, on retrouve les organismes ci-dessus, mais pour les fonctionnaires, c'est l'employeur qui garantit les revenus directement! Oui, même si c'est la CPAM qui garantit la prise en charge des soins. Sans compter que pour les salariés du privé, la CPAM ne garantit qu'une partie des revenus et que le reste dépend de sa convention collective ou de son employeur directement, au cas par cas.

Bref, c'est le bordel.

Dans tous les cas, l'autorité médicale compétente est le médecin conseil de l'organisme (il y en a bien sûr un grand nombre pour chaque...)

Attention concernant le maintien de salaire : chaque entreprise ou emploi peut avoir un complément aux IJ (indemnités journalières) en fonction de sa convention collective principalement.

## **b) La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**

Mettons tout de suite les choses au clair et la COTOREP au musée. Depuis 2005, celle-ci n'existe plus, n'en déplaise aux humoristes qui se servent encore de cette appellation « fourre-tout » pour amuser la galerie. Depuis 2005, ce sont les MDPH qui ont pris le relais, fusion des COTOREP et d'autres commissions en charge du handicap, des mineurs comme des majeurs.

La MDPH est l'organisme compétent dans le domaine du HANDICAP, dont les critères d'évaluation peuvent être très différents des critères de la MALADIE par l'assurance maladie.

Elle, la MDPH, accueille notamment la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'organisme qui prend les décisions relevant du champ du handicap.

Je reviendrai ultérieurement sur la distinction à faire entre handicap et maladie, elle est importante.

Attention : la CDAPH statue, c'est-à-dire qu'elle prend les décisions d'attribution des dispositifs liés au handicap, mais elle n'assure aucun financement. Celui-ci sera assuré par le Département ou la CAF selon le dispositif.

Dans le cas du Handicap, l'autorité médicale sera assurée par le médecin siégeant à la CDAPH.

Portail des MDPH : <http://www.mdph.fr/>

Maintenant que le tableau est dressé, approchons nous un peu pour regarder les détails.

## **2. L'assurance maladie**

### **a) La prise en charge des soins et le remboursement des médicaments**

La prise en charge des soins par l'assurance maladie, c'est la participation au paiement des actes de soins et de tout ce qui y est lié. Consultations de médecin (généraliste comme spécialiste), auxiliaires médicaux (infirmier(e)s, kinés, podologues, Services de soins infirmiers à domicile Hospitalisation à domicile, etc. Quand on dit assurance maladie, il s'agit du régime dont vous relevez (cf liste des régimes spéciaux <http://www.regimesspeciaux.org/spip.php?article91> en plus des CPAM, RSA et RSI/RAM).

A la base est le tarif pratiqué par le praticien pour **une consultation**. Pour les médecins, spécialistes comme généralistes, il dépend du conventionnement.

**Généraliste conventionné secteur 1, c'est 23€, conventionné secteur 2, c'est libre.**

**Spécialiste conventionné secteur 1, c'est 25€, conventionné secteur 2, c'est libre.**

Ensuite vient la base de remboursement à partir de laquelle l'assurance maladie calcule combien elle donnera au médecin, et donc combien il restera à payer à l'assuré (c'est le fameux « **ticket modérateur** »). Ce calcul est simple : quand on est dans le parcours de soins coordonné, c'est toujours 70% de la base de remboursement, moins un euro au titre de la participation de l'assuré à ses soins.

Pour un généraliste conventionné secteur 1 comme secteur 2, la base de remboursement est la même que le tarif de généraliste secteur 1, soit 23€ l'assurance maladie contribuera donc à hauteur de :

$$23 \times 70\% - 1 = 16,10 - 1 = 15,10\text{€}$$

Pour un spécialiste conventionné secteur 1, la base de remboursement est la même que le tarif de consultation, soit 25€ ; l'assurance maladie contribuera donc à hauteur de :

$$25 \times 70\% - 1 = 17,5 - 1 = 16,5\text{€}$$

En revanche, pour un spécialiste conventionné secteur 2 (aux honoraires libres donc), la base de remboursement est celle des généralistes, soit 23€ l'assurance maladie contribuera donc à hauteur de :

$$23 \times 70\% - 1 = 16,10 - 1 = 15,10\text{€}$$

Vérifiez toujours les tarifs et le conventionnement du médecin avant de prendre rendez-vous. Cela peut faire de sacrés différences au final !

Pour les auxiliaires médicaux, c'est plus simple. Ils sont tous à la même enseigne. Pas d'histoire de conventionnement, de secteurs, c'est le même tarif pour tout le monde, et la même prise en charge par l'assurance maladie, soit 60%.

Pour eux, ce n'est pas un tarif à la consultation, mais un tarif à l'acte et les redonner tous ici serait trop long.

Concernant le remboursement des médicaments, celui-ci dépend du service médical rendu, évalué par la Haute autorité de santé (HAS).

Il y en a 4 différents :

- ⑩ **100 %** pour les médicaments à vignette blanche barrée (médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux)
- ⑩ **65 %** pour les médicaments à vignette blanche (médicaments à service médical rendu majeur ou important)
- ⑩ **30 %** pour les médicaments à vignette bleue, les médicaments homéopathiques et certaines préparations magistrales (médicaments à service médical rendu modéré)
- ⑩ **15 %** pour les médicaments à vignette orange (médicaments à service médical faible)

Le lévothyrox, par exemple, est remboursé à hauteur de 65%.

Le reste est à la charge du patient (ticket modérateur)

#### **Ticket modérateur, mutuelles et CMU :**

Bien entendu, le ticket modérateur est la partie prise en charge par la mutuelle...lorsqu'on en a une ! Si l'on est bénéficiaire de la CMU complémentaire (ou CMU-C, à ne pas confondre avec la CMU seule!), c'est cette dernière qui prendra en charge le ticket modérateur.

Pour les faibles revenus qui n'ont pas accès à la CMU-C, il est possible de demander le financement d'une mutuelle avec l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS pour les intimes) dont le montant dépendra de l'âge. Renseignez-vous auprès de votre caisse pour ne pas passer à côté, ou bien sur cette page : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F13375.xhtml>

#### **b) La prise en charge des indemnités journalières**

Lorsque l'on est malade, on se soigne, on se fait rembourser dans la mesure du possible (pas toujours assez à notre goût...), c'est bien joli, mais parfois, on ne peut plus travailler à cause de cette fichue maladie.

Et là, c'est parfois compliqué... Compliqué, car ce n'est pas toujours l'assurance maladie qui prend en charge le maintien (complet ou partiel) de revenus en cas d'arrêt maladie. Et compliqué parce que l'on ne comprend pas toujours bien à quoi correspond un arrêt de travail pour l'assurance maladie, puisque ce n'est pas la même chose que pour le code du travail...

**Attention ! La prolongation de l'arrêt de travail ne peut être faite que par le spécialiste qui en est à l'origine ou par votre médecin traitant!**

### **D'abord, c'est quoi un arrêt de travail ?**

Un arrêt de travail, c'est un acte signé par son médecin traitant, son remplaçant ou un autre généraliste si son médecin traitant n'est pas disponible (il a le droit d'être en vacances lui aussi!) ou bien un spécialiste.

La première conséquence de cet arrêt de travail va être auprès de votre employeur, puisqu'il suspend votre contrat de travail. Cela signifie que vous n'avez plus à vous rendre sur votre lieu de travail, et qu'en contrepartie, votre employeur n'a plus à vous rémunérer. Il ne peut pas non plus (sauf cas particuliers) mettre fin à votre contrat de travail. Tant que l'arrêt de travail est prolongé, votre contrat de travail est ainsi maintenu en suspens. Il n'y a pas de durée maximum à cela. Mais je parle bien là uniquement du code du travail...

Puisque le problème, c'est qu'il faut continuer à vivre, donc avoir des revenus, les fameuses **indemnités journalières ou IJ**. C'est la seconde conséquence de l'arrêt de travail.

Ces indemnités journalières seront prises en charge par notre organisme d'assurance maladie (cf liste des régimes spéciaux <http://www.regimesspeciaux.org/spip.php?article91> en plus des CPAM, RSA et RSI/RAM)

Le montant de ces indemnités journalières dépendra de votre statut et de votre régime d'assurance maladie.

Pour la CPAM, c'est 50% du revenu brut après 3 jours de carence. Pour le RSI, c'est 50% du revenu professionnel moyen des 3 dernières années. Pour un fonctionnaire, c'est selon la situation (titulaire ou contractuel, longue durée ou non...). Nous ne listerons pas tous les cas particuliers, ce serait bien trop long. Contentons-nous aujourd'hui de voir ce qu'il en est pour les salariés du secteur privé, qui sont les plus nombreux. Les grandes lignes des autres régimes sont néanmoins assez proches dans l'esprit.

L'arrêt de travail peut avoir une origine professionnelle ou non, qu'il est important de faire reconnaître le plus rapidement possible, car elle induira des droits différents à terme.

D'abord, concernant les indemnités journalières :

- ⑩ en arrêt maladie, elles seront donc de 50% du brut après 3 jours de carence, pour une durée maximale de 3 ans.
- ⑩ En maladie professionnelle/accident de travail, elles seront de 60% du brut les 28 premiers jours puis de 80% du brut pour une durée maximale non limitée.

Évidemment, 50% ou 60% du brut, c'est mieux que rien, mais c'est rarement suffisant. L'employeur sera donc susceptible, selon sa convention collective, ou son accord d'entreprise, de compléter les indemnités journalières pour arriver à un total équivalent au salaire net habituel (on ne tient alors pas compte des primes)

Pour l'assurance maladie, **l'attribution des indemnités journalières est soumise à conditions**, non seulement de bonne foi (les contrôles des arrêts de travail sont là pour ça), mais aussi de **pronostic de récupération**.

Pour faire simple : l'indemnisation d'un arrêt de travail a pour but de continuer à vivre le temps de retrouver l'état de santé initial, avant arrêt.

C'est pour cela que l'arrêt de travail est également soumis au **contrôle médical des médecins conseils**. Il ne s'agit pas de vérifier si vous êtes bien malades, mais surtout si votre évolution dans le traitement de la maladie va vous permettre de retrouver vos facultés initiales ou non.

Si le pronostic de récupération est bon, les indemnités continueront à être versées.

En revanche, si l'état de santé est amené à ne plus évoluer, si ce n'est de manière extrêmement marginale, le médecin conseil peut alors être amené à déclarer une **stabilisation en cas de maladie**, et une **consolidation en cas de maladie professionnelle/accident de travail**.

Cela signifie l'arrêt du versement des indemnités journalières à la date de la stabilisation / consolidation.

**Néanmoins, rien n'empêche alors le médecin traitant de prolonger l'arrêt de travail.** Celui-ci ne sera simplement plus indemnisé.

A la place des indemnités journalières, l'assurance maladie peut alors être amenée à verser à l'assuré une pension d'invalidité (en cas de maladie) ou une rente AT/MP (en cas d'accident du travail / maladie professionnelle).

### c) La Pension d'invalidité :

La pension d'invalidité est attribuée lors de la stabilisation par le médecin conseil de l'assurance maladie, ou suite à une demande par le médecin traitant, toujours selon l'évaluation du médecin conseil.

L'invalidité doit réduire d'au moins deux tiers votre capacité de travail ou de gain. Ainsi, en raison de votre état de santé, vous ne pouvez percevoir qu'un tiers de la rémunération normale perçue par des travailleurs de même catégorie et travaillant dans la même région que vous.

Ensuite, cela dépend de l'évaluation du médecin...

### Il y a trois catégories :

1ère catégorie	Invalides capables d'exercer une activité rémunérée
2ème catégorie	Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque
3ème catégorie	Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie

### Montant de la pension d'invalidité :

Catégorie d'invalidité	Pourcentage du salaire annuel moyen des 10 meilleures années	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1ère catégorie	30 %	281,65 €	938,7 €
2ème catégorie	50 %	281,65 €	1 564,50 €
3ème catégorie	50 %, majoré de 40% au titre de la majoration pour tierce personne	1 384,73 €	2 667,58 €

**Attention à ne pas confondre**

Taux d'incapacité permanente de l'assurance maladie et Taux d'incapacité permanente déterminé par la CDAPH pour le handicap, qui n'ont aucun rapport. (cf chapitre sur la MDPH)

**Pension d'invalidité et travail**

Le passage en invalidité, particulièrement de 2ème et 3ème catégorie, est souvent résumé comme une « interdiction de travailler ».

Tordons le cou à cette idée reçue : **RIEN N'EST PLUS FAUX.**

Nulle part, le code du travail ne prévoit l'impossibilité d'accéder à un poste du fait d'une invalidité. En revanche, le médecin du travail doit, comme pour n'importe quel salarié, vérifier que le poste auquel on doit travailler n'est pas incompatible avec notre état de santé. C'est tout.

Il y a en revanche des conditions de cumul de la pension d'invalidité avec d'autres ressources. Le total des revenus mensuels ne doit pas dépasser le salaire mensuel brut moyen que l'on percevait avant le passage en invalidité. Ce qui n'est plus ré-évaluable ultérieurement.

**ATTENTION :**

Surtout, n'oubliez pas de signaler le passage en invalidité à votre employeur et à son organisme de prévoyance, ainsi qu'à votre mutuelle et éventuellement votre assurance. Ces différents prestataires peuvent compléter la pension d'invalidité...A voir au cas par cas selon sa situation.

Il est en tout cas tout à fait possible de percevoir un complément assurant 100% du salaire net dès l'invalidité de 1ère catégorie, tout comme il est possible d'avoir une invalidité de 3ème catégorie sans complément si aucun de nos contrats ne le prévoit.

La pension d'invalidité est un revenu déclaré aux impôts. Elle prend fin au démarrage de la retraite. Elle ouvre d'ailleurs droit à une retraite à taux plein pour inaptitude au travail dès l'âge de départ légal atteint, sans condition de trimestres validés.

**d) Capital ou rente Accident de travail / maladie professionnelle.**

La rente AT/MP est attribuée suite à une **consolidation** par le médecin conseil de l'assurance maladie. Le même médecin conseil déterminera alors un Taux d'incapacité permanente (ou IPP, incapacité permanente partielle).

Ce taux dépend du (des) membre(s) ou organe(s) touché(s), de l'importance de la lésion.

En fonction de ce taux, on bénéficiera alors d'un capital ou bien d'une rente :

- **si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %** : on perçoit une indemnité en capital dont le montant forfaitaire, fixé par décret, est variable selon le taux d'incapacité ;
- **si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %** : on perçoit une rente dont le montant est fonction de son salaire au moment du **départ de l'AT/MP**. (d'où l'importance de le faire reconnaître dès le début).

La rente AT/MP est non imposable. Elle est versée jusqu'au décès du bénéficiaire et est cumulable avec tout autre revenu sans condition.

Il est tout à fait possible de cumuler pension d'invalidité et rente AT/MP si celles ci ont des origines différentes.

### **3. La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**

La MDPH est le lieu d'accueil et d'orientation pour toute démarche relevant du Handicap. C'est dans le cadre de la MDPH que se tiennent les **Commissions des droits et de l'autonomie pour les personnes handicapées (CDAPH)**.

Si l'assurance maladie a pour mission de prendre en charge tout ce qui touche aux soins, les dispositifs liés à la MDPH sont pour leur part attachés à compenser les conséquences de la maladie ou de l'accident. On peut être malade sans en subir un handicap, on peut avoir un handicap sans être malade...

C'est la CDAPH qui prend les décisions concernant l'attribution de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), de la Prestation de compensation du Handicap (PCH), des cartes de stationnement, de priorité et d'invalidité, de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), les orientations en établissement spécialisé...

En premier lieu, précisons tout de suite : **Il n'y a aucun rapport entre l'assurance maladie et la MDPH.**

On peut être titulaire d'une pension d'invalidité sans rien demander à la MDPH, on peut percevoir une PCH ou une AAH sans être passé par la case « maladie », et on peut aussi bénéficier de prestation de l'assurance maladie ET de la MDPH (sous certaines conditions de cumul pour certaines).

Compte tenu de la diversité de dispositifs couverts par la MDPH, il est très réducteur de dire qu'on est « handicapé » dès qu'on bénéficie de l'un d'entre eux.

Faisons un rapide tour de la question :

#### **A) L'Allocation Adulte Handicapé (AAH)**

L'AAH a pour but de garantir un revenu minimum de 790,18€ par mois. Elle est attribuée en fonction de critères d'âge et de taux d'incapacité permanente (à ne pas confondre avec le taux d'incapacité permanente de l'assurance maladie. L'un et l'autre n'ont aucun lien!)

Lorsque l'on demande l'AAH, la CDAPH détermine notre taux d'incapacité permanente. Si ce taux est inférieur à 50%, l'AAH est refusée.

Si ce taux est compris entre 50% et 79%, l'AAH sera attribuée après une période sans revenu lié au travail.

Si ce taux est de 80% ou plus, l'AAH sera accordée.

Une fois accordée par la CDAPH, l'AAH sera versée par la caisse se chargeant des prestations familiales dont vous dépendez (la CAF dans la majorité des cas). Elle sera cumulable partiellement avec des revenus d'une activité salariée. La CAF demande de compléter régulièrement une attestation de revenus afin d'ajuster le montant de l'AAH. Si l'on dépasse 790€ de revenus mensuels pendant plusieurs mois, l'AAH ne sera plus versée, jusqu'à ce que les revenus redeviennent inférieurs à 790€ par mois.

#### **B) La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)**

La PCH est attribuée si le demandeur souffre d'un handicap durable constaté et évalué par la CDAPH, mais n'amenant pas à déterminer un taux d'incapacité.

Elle permet de prendre en charge des frais ponctuels (achat de matériel, travaux d'aménagement de véhicule, de logement...) comme réguliers (matériel à usage unique à renouveler non pris en charge par l'assurance maladie, intervention d'une aide humaine...)

## **C) Attribution de cartes**

La CDAPH attribue les cartes de stationnement, de priorité et d'invalidité. Elles ont une durée de validité limitée, à renouveler.

La carte d'invalidité n'est attribuée que pour une personne dont le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 80% (ou titulaire d'une pension d'invalidité de 3eme catégorie).

## **D) la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)**

La RQTH était autrefois attribuée par la Cotorep, ce qui valut un rapprochement un peu rapide. En gros, on était considéré comme « handicapé » quand on obtenait la RQTH, et par raccourci, on disait de nous qu'on était « Cotorep ». L'expression, malheureuse, est restée. Elle est pourtant obsolète, autant pour la Cotorep que pour la réduction d'une personne au statut « d'handicapé » .

Bien lui d'insinuer que la personne concernée ne peut plus rien faire (bin ouais quoi, elle est « handicapée »...), au contraire, cette RQTH n'a d'intérêt que dans le cadre de l'emploi.

Elle permet :

- ⑩ un allègement de la charge salariale pour un employeur de plus de 20 salariés
- ⑩ des financements pour de la formation professionnelle
- ⑩ des financements pour aménager le poste de travail en fonction du handicap

Loin de faire de la personne concernée un moins que rien vivant au crochet de la société auquel le terme « Cotorep » avait trop tendance à faire allusion, la RQTH est un outil d'intégration professionnel. Elle permet de faire reconnaître les difficultés que, du fait d'une maladie, d'un accident, une personne peut rencontrer pour trouver un emploi ou conserver celui qu'elle avait avant son problème de santé.

## **En guise de conclusion**

La lecture de cet article aura, je l'espère, permis à certain(e)s, de réaliser à quel point il peut être réducteur de porter des jugements hâtifs sur une personne selon qu'elle est en arrêt maladie ou non, reconnue travailleur handicapé ou non etc. Les dispositifs sociaux existants sont si nombreux et complexes qu'avant d'émettre un jugement, il est toujours préférable d'essayer de comprendre sans juger leurs fonctionnements.

Par ailleurs, le parcours d'un malade ou d'un accidenté peut rapidement être un parcours du combattant pour lutter contre le problème de santé en lui-même. Les dispositifs sociaux décrits dans cet article sont là pour aider, un peu, à se battre et à poursuivre sa vie le plus normalement possible, tant que cela est possible. En tout cas à faire en sorte que la vie continue d'être supportable, malgré tout.

Sources :

<http://www.ameli.fr/index.php>

<http://www.service-public.fr>