

La maladie a un impact considérable sur la vie quotidienne. L'assistante sociale accompagne et aide le patient à maintenir une bonne qualité de vie et une certaine autonomie...



Maes J. Assistante Sociale Rhumatologie

Cliniques Universitaire St-Luc

Dimension Sociale

Un diagnostic médical est posé, celui-ci s'inscrit dans un contexte social, professionnel, familial et culturel. Même si le diagnostic est le même, chaque patient est unique, et sa problématique lui est propre ! C'est pourquoi les conseils, les avantages, les aides possibles et les droits sociaux sont différents pour chaque patient.

Les rôles principaux de l'assistante sociale sont l'accompagnement et l'orientation. Dans un premier temps, lors d'un entretien, un bilan social est réalisé. L'assistant social va prendre en compte tous les aspects de la vie du patient, afin d'avoir une approche globale. Les différentes facettes de la situation du patient, tant médicale que spirituelle, psychologique, sociale, matérielle, environnementale et familiale doivent être passées en revue.

Dans un second temps, l'assistante sociale conseille, informe et explique les différentes possibilités qui s'offrent au patient. Elle peut également aider le patient à compléter les documents administratifs, et l'accompagner tout au long des démarches.

La maladie a un impact considérable sur la vie quotidienne du patient :

- Impact sur les actes de la vie journalière

La douleur, la fatigue, les limitations fonctionnelles engendrent des difficultés tout au long de la journée. Les petits gestes du quotidien deviennent vite un enfer pour les malades : Sortir du lit, se laver, s'habiller, faire les courses, manger, les déplacements etc...

Il est à noter que l'arthrite est une maladie peu reconnue, les patients doivent souvent se « battre » pour faire reconnaître leurs difficultés. Cela demande beaucoup d'énergie et une souffrance psychologique peut en découler.

- Impact Professionnel

Pour certains patients, maintenir une activité professionnelle est parfois impossible. Les postes de travail sont difficiles à adapter.

○ Impact Financier

Se soigner (consultation, hospitalisation, médicaments, antidouleurs, kiné) à un coût qu'il ne faut pas sous-estimer. De plus, la plupart des aides sont payantes (aide-ménagère, aide familiale etc..), ce qui engendre également des coûts supplémentaires.

Pour venir en aide aux patients, il existe plusieurs droits sociaux et services. Je vais vous en faire une brève présentation. Il est important de savoir que pour chacun de ses avantages, il y a des conditions administratives et médicales à remplir. Malheureusement, cela signifie que tout le monde n'y aura pas droit.

Si vous souhaitez davantage d'informations concernant les conditions d'accès ou concernant les aides possibles, vous pouvez consulter les sites internet des différents services. Il est également possible de prendre contact avec le service social de votre mutuelle. Pour les patients suivis aux Cliniques Universitaires Saint -Luc il est possible de prendre contact avec le service social.

SPF Sécurité Sociale Direction Générale Personnes Handicapées¹

SPF SS DG PH

Les allocations aux personnes handicapées sont des indemnités à charge de l'Etat qui visent à remplacer ou à compléter le revenu de la personne handicapée qui est incapable, en raison de son handicap, d'acquérir un revenu suffisant ou qui doit supporter des charges complémentaires.

Ces allocations sont de quatre types selon l'âge :

- Moins de 21 ans : Allocations familiales supplémentaires.

Pour les enfants souffrant d'une affection ou d'un handicap grave, les caisses d'allocation familiale peuvent octroyer des **allocations familiales supplémentaires**. C'est le SPF SS DG PH qui est compétent pour attester que l'enfant remplit les conditions médicales. La reconnaissance d'handicap s'effectue sur base de trois piliers : les conséquences physiques et mentales, les conséquences sur les activités et l'apprentissage de l'enfant, et les conséquences sur l'entourage.

- De 21ans à 65ans : Allocation de Remplacement de Revenu (ARR) et Allocation d'Intégration (AI).

L'allocation de remplacement de revenus est accordée à la personne qui, suite à son handicap, voit sa capacité de gain réduite d'un tiers au moins (66%) de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail.

L'allocation d'intégration est accordée à la personne handicapée qui, en raison de la réduction de son autonomie, doit fournir des efforts pour maintenir son intégration sociale. L'autonomie de la personne est évaluée par points selon 6 items (3 points maximum par item) : se déplacer, absorber et préparer sa nourriture, assurer son hygiène personnelle, entretenir son habitat, possibilité de vivre sans surveillance et possibilité de communiquer.

¹ <http://www.handicap.fgov.be/fr>

Ces deux allocations sont cumulables et évaluées séparément.

Plus de 65ans : Allocation aux personnes âgées (APA)

L'allocation pour l'aide aux personnes âgées est accordée à la personne handicapée qui, en raison de la réduction de son autonomie, doit supporter des frais supplémentaires pour s'intégrer dans la vie sociale.

- *C'est aussi la Direction générale Personnes handicapées qui délivre les **cartes bleues de stationnement**. Pour l'obtenir, il faut avoir au minimum 2 points dans l'item « se déplacer ».*
- *Du fait de la reconnaissance d'handicap, des avantages fiscaux et sociaux peuvent également être octroyés.*

PHARE (AWIPH pour la région Wallone)²

Le PHARE (service bruxellois francophone des personnes handicapées) a pour mission de promouvoir l'intégration des personnes handicapées domiciliées dans la région de Bruxelles-Capitale,

En proposant des services dans les domaines suivants :

- **Intégration professionnelle**

Ce sont des aides à l'emploi : orientation professionnelle et aide dans la recherche d'emploi adapté et/ou de formation, prime d'insertion et d'engagement, aide dans l'adaptation du poste de travail.

- **Aide individuelle:**

L'aide individuelle a pour but d'aider les patients à maintenir une certaine autonomie. Le PHARE renseigne et peut prendre en charge certains frais concernant les aides à la communication, à la mobilité, à adaptation de l'habitation, adaptation du véhicule, certains matériels pour incontinence et les petits équipements.

² <http://phare.irisnet.be/>

- *L'accueil de jour et l'hébergement*
- *Accompagnement - Aide précoce - Accueil familial*
- *Orientation spécialisée :*

Dans certaines situations, afin d'avoir plus de données pour orienter la personne au mieux, soit vers une formation ou un emploi, soit vers un centre de jour ou d'hébergement, il est possible de réaliser une orientation spécialisée.

- *La section des aides techniques (S.A.T)*

La S.A.T. est un centre d'information général dont l'objectif principal est l'information et la formation des personnes se posant des problèmes liés à l'autonomie (personnes avec un handicap, proches, professionnels, étudiants ou autres). Les personnes s'adressent à la S.A.T. pour connaître les normes, les aménagements, les adaptations, les aides techniques, les produits et services commerciaux, les interventions, les institutions, les associations ou groupes d'entraide... La S.A.T. dispose d'une salle d'exposition aménagée comme un appartement modèle. Il sert de lieu de démonstration et de formation à usage individuel ou collectif.

Les conditions médicales d'admission pour le PHARE sont plus accessibles que la reconnaissance d'handicap du SPF (66%). Le patient doit présenter une diminution d'au moins 30% de sa capacité physique ou d'au moins 20% de sa capacité mentale.

Mutuelle : Statut préférentiel , reprise du travail après une incapacité.

L'assurance obligatoire est la même pour toute les mutuelles, mais en ce qui concerne les avantages complémentaires, les reconnaissances etc., chaque mutuelle est différentes. C'est pourquoi il est toujours conseillé de prendre contact avec le service social de votre mutuelle.

○ **Régime préférentiel - BIM (ex VIPO)**

C'est un régime de remboursement plus élevé des prestations de santé pour certaines catégories de personnes :

- *Les veuves et veufs, invalides, pensionnés, orphelins*
- *Les personnes bénéficiant du revenu d'intégration*
- *Les personnes à charge du CPAS*
- *Les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées des allocations pour handicapés, des allocations familiales majorées*
- *Les chômeurs en chômage contrôlé âgés de 50 ans au moins qui ont, depuis un an au moins, la qualité de chômeur complet*
- *Les personnes à charge de toutes ces personnes*

Dans certains cas, ce remboursement préférentiel ne pourra toutefois être accordé à ces personnes que si le montant des revenus bruts imposables de leur ménage n'excède pas 16.965,47€ augmentés de 3.140,77€ par personne à charge.

○ **Allocation forfaitaire de soins malades chronique**

C'est un forfait octroyé une fois par an. Celui-ci varie en fonction du critère de "dépendance". Il peut être payé à 100, 150 ou 200%. Le forfait de base est de 288,05€ au 01/01/2012.

Pour bénéficier de cette intervention, il faut répondre à 2 conditions :

1. En tant que bénéficiaire ordinaire (titulaire ou personne à charge), avoir payé pendant 2 années consécutives plus de 450 € de tickets modérateurs. En tant que BIM, avoir payé pendant deux années consécutives plus de 365 € de tickets modérateurs.

2. Le bénéficiaire doit en outre se trouver pendant l'année civile au cours de laquelle l'intervention est octroyée dans une des situations suivantes :

- *Avoir droit pendant au moins 3 mois au forfait B ou C en matière de soins infirmiers;*

- Pendant 6 mois avoir droit à un remboursement majoré en kinésithérapie ou en physiothérapie (ex : patients souffrant de sclérose en plaques ou personnes bénéficiant du statut E);
 - Avoir été hospitalisé au minimum 120 jours dans une période de 2 ans (année en cours et année précédente). A défaut, il faut, pendant cette même période de référence, au minimum 6 hospitalisations (sans notion de durée) et/ou hospitalisation de jour;
 - Bénéficiaire d'allocations familiales majorées pour enfant handicapé;
 - Satisfaire aux critères pour bénéficier de l'allocation d'intégration pour personnes handicapées (cat. III ou IV, personnes souffrant de grands problèmes d'autonomie);
 - Répondre aux critères pour bénéficier d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées, cat. III, IV ou V; Bénéficiaire d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne dans l'ancien régime de l'allocation aux handicapés;
 - Bénéficiaire d'une allocation forfaitaire pour l'aide d'une tierce personne.
- **Statut « Malade chronique ».**

Votre mutualité vous octroie automatiquement le statut si :

- Soit vous avez minimum 300 EUR de dépenses de santé par trimestre pendant 8 trimestres consécutifs, ces 8 trimestres constituant 2 années civiles. Les dépenses de santé comprennent tant la part payée par la mutualité que la part payée par vous-même (appelée ticket modérateur)
- Soit vous bénéficiez de l'allocation forfaitaire malade chronique.

Votre mutualité vous octroiera le statut pour 2 ans, et c'est ensuite renouvelable d'année en année. Grâce au statut « Malade chronique » vous bénéficierez automatiquement d'avantages, comme le tiers payant ou une diminution du plafond de vos interventions personnelles (parts payées par vous-même, appelées tickets modérateurs) dans le cadre du maximum à facturer. Le statut est octroyé automatiquement dans certains cas, ou sur base d'une attestation médicale à transmettre à la mutualité.

- **Remboursement des antidouleurs**

Intervention de 20 % sur certains antidouleurs (analgésiques) à base de paracétamol pour les patients atteints de douleurs chroniques. L'arthrose et l'arthrite chronique sont reprises dans la liste des maladies. Le montant des antidouleurs encore à charge du patient est pris en considération pour le maximum à facturer.

- **Kinésithérapie et pathologies lourdes - Liste E**

Les patients souffrant de pathologies reprises dans la liste E peuvent bénéficier d'un nombre supérieur de séances de kinésithérapie. L'Arthrite rhumatoïde, les spondylarthrites dont l'arthrite psoriasique et la spondylarthrite ankylosante, l'arthrite rhumatoïde juvénile, lupus érythémateux, la sclérodermie et le syndrome de Sjögren primaire sont repris dans la liste.

Les demandes pour intervention en pathologie lourde se font par le kiné sur prescription d'un rhumatologue et envoyées ensuite chez le médecin-conseil.

- **Le Dossier Médical Global (DMG)**

Le DMG est géré par votre médecin généraliste. Il regroupe et centralise la totalité des données médicales qui vous concernent (prises de sang, radiographies, vaccinations, hospitalisations, traitements, avis de spécialistes...) Le DMG concerne tout le monde : petits, grands, jeunes, plus âgés, en bonne ou en mauvaise santé et quels que soient les revenus ou le statut. Le Dossier Médical Global permet également d'avoir des remboursements plus élevés.

- **Reprise du travail après une incapacité de longue durée**

Le titulaire qui souhaite reprendre une activité professionnelle au cours de son incapacité de travail doit le déclarer et introduire une demande d'autorisation d'exercer cette activité, auprès du médecin-conseil de son organisme assureur, au plus tard la veille de cette reprise

La déclaration de reprise du travail au cours de l'incapacité ainsi que la demande d'autorisation au médecin-conseil sont introduites par le titulaire à son organisme assureur au moyen d'un formulaire unique. Celui-ci contient deux volets : un volet « déclaration » destiné au service administratif de l'organisme assureur et un volet « autorisation » destiné au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Ce formulaire comprend plusieurs questions pour lesquelles le titulaire doit cocher la réponse correspondante à sa situation et/ou compléter les informations demandées, notamment : le volume de travail dans le cadre de la reprise, la description des tâches à accomplir, l'horaire de travail, les coordonnées de l'employeur auprès duquel le titulaire reprend le travail adapté et les coordonnées du médecin-traitant et du médecin du travail. Ce formulaire dûment complété vise à permettre au médecin-conseil de l'organisme assureur de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'octroi ou non