

OBTENIR UNE AIDE FINANCIÈRE POUR LES SÉANCES DE PSYCHOMOTRICITÉ

Si les psychomotriciens sont **auxiliaires de la médecine**, tout comme les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, ergothérapeutes... les soins qu'ils procurent **n'offrent pas encore de remboursement par la sécurité sociale**.

Il existe quelques possibilités permettant l'obtention d'aides :

1. **La MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées)**
2. **Les mutuelles**
3. **Les « prestations extra-legales » (caisse d'assurance maladie)**
4. **Le cas particulier du « forfait précoce »**

Dans tous les cas, les pièces à fournir pour le dossier de demande peuvent être les suivantes :

- Une prescription médicale
- Une justification de la prise en charge ainsi qu'un devis du coût à l'année (réalisés par le psychomotricien)
- Une copie du compte rendu du [bilan psychomoteur](#), étalonné, objectivant ainsi les difficultés.
- Une demande de participation financière

1) Remboursement par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

Le dossier MDPH ne concerne pas uniquement les personnes avec un handicap lourd. Il apparaît fastidieux à monter. Le remboursement total ou partiel des soins constitue un **droit** pour les personnes présentant un **handicap avéré et diagnostiqué** ([autisme](#), [dyspraxie](#), [trouble déficitaire de l'attention](#)...) par un **médecin spécialisé** (pédopsychiatre, neuropédiatre...).

La prise en considération du handicap par la MDPH n'est pas uniquement liée au diagnostic mais à la perte d'autonomie. C'est la **sévérité du ou des troubles ainsi que leurs impacts**, qui sont évalués pour reconnaître ou non, une situation de handicap.

Le montant de base de l'allocation (appelée AEEH – Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) est fixé à **130,51 euros** par mois, auquel peut s'ajouter un complément en fonction de **6 catégories**, selon le taux d'incapacité de l'enfant et les incidences du handicap (par exemple la réduction du temps de travail d'un parent, un suivi hebdomadaire en rééducation...)

Catégorie 1	228,39 euros
Catégorie 2	395,60 euros
Catégorie 3	505,72 euros
Catégorie 4	711,97 euros
Catégorie 5	873,63 euros
Catégorie 6	1238,01 euros

*montant de base inclus

A noter l'existence de **majoration de ces montants pour les personnes isolées**. Pour les **adultes**, les démarches ciblent d'avantage une prestation appelée **PCH** (Prestation de Compensation du Handicap). [Article détaillé ici sur ce sujet](#).

Pour résumer, le règlement des séances restent à votre charge mais le versement mensuel de l'AAEH compensera ainsi les frais engagés lors du soin psychomoteur.

Procédure pour obtenir un dossier :

Retirer le dossier au siège de la MDPH du département (exemple pour le 92 : Nanterre) ou plus simplement **télécharger le formulaire MDPH du site d'internet** (dans notre exemple, taper « *mdph 92* » dans le moteur de recherche puis « *formulaires* ») : <http://www.hauts-de-seine.fr/solidarites/handicap-et-autonomie/maison-departementale-des-personnes-handicapees-mdph/mdph-hauts-de-seine-telechargez-les-formulaires/>.

A noter que dans chaque commune, le **Centre Communal d'Action Social (CCAS)** peut vous apporter de l'aide dans cette démarche d'obtention et de remplissage du formulaire.

Catégorie 1	228,39 euros
Catégorie 2	395,60 euros
Catégorie 3	505,72 euros
Catégorie 4	711,97 euros
Catégorie 5	873,63 euros
Catégorie 6	1238,01 euros

***montant de base inclus**

le parcours d'un dossier MDPH est souvent particulièrement long !

Informations complémentaires au sujet des personnes avec **Troubles du Spectre de l'Autisme** : http://www.psychomotricien-liberal.com/wp-content/uploads/2017/06/Aides_20financieres_5B2_5D.pdf

2) Participation par les mutuelles

Les mutuelles prévoient des **prestations particulières** qui peuvent s'appliquer à la psychomotricité. Ces prestations peuvent figurer au contrat (exemples : « *frais couteux non remboursés par la sécurité sociale* » ; « *actes hors nomenclature* » ou encore « *médecine douce* »...). Si cela n'est pas **explicitement écrit**, il est nécessaire de simplement d'en **formuler la demande à votre mutuelle** (par mail ou téléphone).

A titre d'exemple, ces mutuelles prennent **partiellement** en charge une partie des séances (*liste non exhaustive et soumise aux variations de contrats*) :

APRIL santé SOLIDARIS, PREV INFORM, SMO France, APICIL, Alliance, MGEN, MUTUELLE GENERALE (emma santé), MUTUELLE INTERIALE (fonction publique), GROUPE FRANCE MUTUELLE GFM, Solimut, MUTASSURANCES, Mutuelle VERTE, Mutuelle SMH, Mutuelle de groupe SNCF, Mutuelle de groupe PTT, La Prevadies, Gras Savoye, Mutuelle des mines, Mutuelle d'AIRBUS, Previnform, Mutuelle des pays de vilaine, UNEO.

N'hésitez pas à compléter et/ou corriger cette liste en commentaires.

De manière générale, envoyer systématiquement un dossier à votre mutuelle et à votre caisse. Plus les dossiers de demande de participation financière afflueront, plus les éventualités de remboursement seront nombreuses !

Quelques mutuelles remboursent jusqu'à 30 euros par séances mais elles sont loin d'être la majorité. En cas de refus, certaines demandes écrites peuvent aboutir en étant considérées comme des prises en charges « exceptionnelles ».

3) Les prestations « extra-légales »

Il s'agit d'une aide à titre exceptionnel (d'où son nom...). Il est nécessaire de s'adresser au **service social régional de sa mairie** dans le cadre des « **aides extra-légales** ». Ce n'est pas simple à obtenir mais l'**assistante sociale** de la ville apporte son aide pour monter ce « *dossier d'aide pour prestation extra-légale* ». Il est nécessaire de remplir certains critères, notamment les conditions de revenus et la demande doit être justifiée par un bilan dressant les difficultés de l'enfant.

Catégorie 1	228,39 euros
Catégorie 2	395,60 euros
Catégorie 3	505,72 euros
Catégorie 4	711,97 euros
Catégorie 5	873,63 euros
Catégorie 6	1238,01 euros

*montant de base inclus

Cette aide individuelle provient de la **CPAM (Commission Primaire d'Assurance Maladie)**.

Il est possible d'obtenir cette aide exceptionnelle sans relever de la MDPH mais un dossier en cours peut néanmoins faciliter son obtention.

Pour en savoir plus sur les aides versées par votre Caisse d'Assurance Maladie et les documents à joindre à votre dossier de demande : Contactez votre Caisse d'Assurance Maladie : par mail en vous connectant sur [votre compte ameli](#), rubrique « Ma messagerie » ; par téléphone au 36 46 (prix d'un appel local sauf surcoût imposé par certains opérateurs).

4) Le forfait précoce (auprès des TSA et TND)

Ce dispositif (devant être opérationnel dès septembre 2019) est prévu par la Stratégie Nationale Autisme. Il autorise le **financement, pendant un an, par l'assurance maladie, des bilans et interventions des ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues pour les enfants de 0 à 6 ans révolus présentant une suspicion de TSA (Trouble du Spectre de l'Autisme) ou de TND (Trouble du Neuro Développement)**.

Objectif :

- permettre que les interventions de ces professionnels soient réalisées le plus précocement possible, avant même que le diagnostic ne soit établi. I
- établir rapidement un bilan fonctionnel, et contribuer au diagnostic au bout de cette période d'une année.

source : <https://fedepsychomot.com>

Ce dispositif est porté par des **Plateformes de Coordination et Orientation (PCO)**, composées de plusieurs structures (type CAMSP, CMPP, CMP...) désignées par les ARS, et qui couvrent des territoires variables.

Les libéraux, désireux d'intégrer le dispositif, et voir leurs interventions à destination des enfants concernés par le forfait précoce financées par l'assurance maladie (un forfait est pré-établi), doivent contractualiser avec ces plateformes.

Concrètement, un enfant repéré comme étant à risque devra être adressé à son médecin généraliste. Ce dernier, appuyé sur une grille de repérage élaborée spécifiquement dans ce but, va rechercher les différents signes qui peuvent justifier que l'enfant soit vu par des spécialistes. Si les conditions, telles que définies par la grille, sont remplies, le médecin fait une prescription de forfait précoce et adresse donc la famille à la PCO.

Ce contrat prévoira notamment que le professionnel s'engage à **respecter les recommandations de bonnes pratiques de la HAS** dans ses interventions et à faire un retour régulier de ses interventions à la plateforme, à la famille ainsi qu'au médecin traitant de cette dernière.