



## Enquête administrative

(Cachet Administration)

N° Dossier :

Date d'envoi :

Date de réception :

### ENQUÊTE SOCIALE

#### MAJORATION POUR ASSISTANCE CONSTANTE D'UNE TIERCE PERSONNE

Le régime d'invalidité des fonctionnaires prévoit un droit à majoration de pension pour assistance constante d'une tierce personne.

Ce droit est subordonné à la condition que le (la) titulaire de la pension d'invalidité soit, en raison de son invalidité, dans l'obligation d'avoir recours **d'une manière constante** à l'aide d'un tiers pour accomplir les **actes ordinaires de la vie**.

Ces **actes de la vie courante** sont essentiellement : se lever, se coucher, satisfaire ses besoins naturels, se vêtir, se mouvoir, manger. **N'est pas à prendre en compte** la nécessité d'une aide ménagère pour : le ravitaillement, la cuisine, le ménage ou autres besoins matériels.

Le **caractère constant** du besoin d'assistance s'analyse comme l'obligation d'avoir recours à l'aide d'un tiers pour :

- accomplir des actes nombreux se répartissant tout au long de la journée ;
- faire face à des manifestations imprévisibles des infirmités dont est atteint l'invalidé ;
- prodiguer des soins qui ne peuvent pas être soumis à un horaire préétabli et dont l'absence mettrait en danger l'intégrité physique ou la vie de l'invalidé.

Dans la recherche de l'autonomie réelle de l'invalidé, il y a lieu de distinguer clairement les actes ordinaires de la vie qu'il (elle) peut accomplir seul(e) même **avec difficulté** et ceux qu'il (elle) est dans l'**incapacité** d'effectuer.

Afin d'apprécier pleinement la situation de l'invalidé, la rencontre avec celui-ci (celle-ci) doit avoir lieu **à son domicile**, et ses conditions de vie et son niveau d'autonomie doivent être décrits **de façon aussi détaillée et précise que possible**.

**L'assistant(e) social(e)** n'a pas pour mission de décider s'il y a nécessité ou non de prévoir l'aide constante d'une tierce personne, mais, par ses observations précises et détaillées, d'aider substantiellement à la prise de décision.

## PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE GESTIONNAIRE

### État civil

NOM D'USAGE :

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TÉLÉPHONE :

## PARTIE À REMPLIR PAR L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E)

### Cadre habituel de vie

**VIE SOCIALE**

*cochez les cases appropriées*

L'invalide vit-il (elle) seul(e) ? : oui  - non

Bénéficie-t-il (elle) d'un entourage proche (famille, voisins, visiteurs) ? : oui  - non

A-t-il (elle) recours à :

- des soins infirmiers ? : oui  - non  - si oui, fréquence :

- une aide ménagère ? : oui  - non  - si oui, fréquence :

**HÉBERGEMENT**

*cochez les cases appropriées*

L'invalide vit-il (elle) ? :

en maison individuelle

en appartement

en rez-de-chaussée .....

à l'étage .....

avec ascenseur  sans ascenseur

Est-il (elle) placé(e) dans un établissement : oui  - non  - si oui lequel (nom, adresse) ? :

# Mode de vie

## AUTONOMIE

Peut, même avec difficulté :

cochez les cases appropriées

1. Quitter son lit seul(e).....oui  - non
2. Se coucher seul(e).....oui  - non
3. S'asseoir seul(e) sur une chaise et se lever seul(e).....oui  - non
4. Aller seul(e) à la selle ou uriner seul(e):
  - dans WC ordinaires.....oui  - non
  - dans WC aménagés.....oui  - non
5. Faire sa toilette seul(e) :
  - totalement.....oui  - non
  - partiellement.....oui  - non
6. Se vêtir seul(e) :
  - totalement.....oui  - non
  - partiellement .....oui  - non
7. Se dévêtir seul(e) :
  - totalement.....oui  - non
  - partiellement .....oui  - non
8. Manger et boire seul(e) :
  - préparer ses repas.....oui  - non
  - couper ses aliments.....oui  - non
  - se verser un liquide à boire.....oui  - non
  - s'alimenter de façon autonome,  
une fois les repas complètement préparés.....oui  - non
9. Marcher seul(e) avec ou sans cannes, béquilles ou appuis.....oui  - non
10. Utiliser seul(e) un moyen de transport :
  - voiture aménagée.....oui  - non
  - transports en commun.....oui  - non
11. Pour un(e) handicapé(e) appareillé(e) :  
mettre en place seul(e) son appareillage.....oui  - non   
Nature de l'appareil :

## RETENTISSEMENT DU HANDICAP

cochez les cases appropriées

1. Est-il (elle) sujet(te) à des malaises, crises ou chutes ?.....oui  - non
2. Préciser la raison et la fréquence de ces manifestations :

## Observations éventuelles

*cochez la case appropriée*

Utiliser : un PAPIER A EN-TÊTE, daté et signé   
ou  
le cadre ci-après

Cachet du service	À _____ le : _____ Signature de l'assistant(e) social(e)
Adresse électronique : _____	