

## Note d'information DGAS/2 C n° 2002-536 du 23 octobre 2002 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie

23/10/2002

### Références :

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;  
Article 30 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;  
Article 4 de la loi de finances pour 2002 (n° 2001-1275 du 28 décembre 2001) ;  
Décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement prévus par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;  
Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;  
Décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;  
Décret n° 2001-1087 du 20 novembre 2001 portant application de l'article 17 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie ;  
Décret n° 99-316 du 26 avril 1999, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;  
Décret n° 99-317 du 26 avril 1999, modifié par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001, relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;  
Arrêté du 26 novembre 2001 relatif à la transmission d'informations concernant le dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie par les conseils généraux au ministère de l'emploi et de la solidarité ;  
Arrêté du 10 janvier 2002 fixant le cahier des charges prévu à l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles et les flux d'informations entre les départements et les organismes de recouvrement ;  
Arrêté du 9 avril 2002 portant nomination au comité scientifique prévu à l'article 17 de la loi du 20 juillet 2001 ;  
Arrêté du 15 avril 2002 portant nomination des membres du comité d'orientation en matière de modernisation de la branche de l'aide à domicile prévu à l'article 12-II du décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001 ;  
Circulaire DGAS-5 B/DHOS-F 2/MARTHE n° 2001-241 du 29 mai 2001 relative à la mise en oeuvre des décrets n° 99-316 et n° 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;  
Circulaire DSS/2002/190 du 2 avril 2002 relative aux modalités de répartition et de versement du concours aux départements par le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (acomptes) ;  
Circulaire DHOS-F 2/MARTHE/DGAS/DSS-1 A n° 2002-207 du 10 avril 2002 relative à campagne budgétaire pour l'année 2002 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées dépendantes ;  
Circulaire DGAS n° 2002 de juillet 2002 relative au fonds de modernisation de l'aide à domicile.

### SOMMAIRE

#### I. - LE DROIT À L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

##### 1. Conditions générales d'attribution de l'APA

###### 1.1. Conditions d'âge

###### 1.2. Conditions de résidence

A. - Situation des personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

B. - Situation des personnes « sans résidence stable »

C. - La situation des personnes de nationalité étrangère

###### 1.3. Conditions relative au degré de perte d'autonomie

###### 1.4. Appréciation des ressources et prise en compte de la modification de la situation financière du bénéficiaire

A. - Les ressources prises en compte

B. - Les ressources non prises en compte

C. - L'appréciation des ressources en situation de couple

D. - La prise en compte de la modification de la situation financière du bénéficiaire de l'apa

##### 2. L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

###### 2.1. Le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie

A. - Les tarifs nationaux de plans d'aide

B. - La participation financière des bénéficiaires à domicile

###### 2.2. Procédure d'instruction et modalités d'élaboration du plan d'aide

A. - Modalités d'évaluation du degré de perte d'autonomie et d'élaboration du plan d'aide

B. - Les dépenses autres que de personnel pouvant être prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie

C. - La valorisation des aides inscrites dans le plan d'aide

- D. - Les modes de recours à une tierce personne
- 2.3. Les dispositions particulières visant à la qualité du service rendu
  - A. - L'orientation des personnes fragiles vers un service prestataire dans le respect du libre choix
  - B. - L'incitation au recours à une aide qualifiée
- 2.4. Le contrôle d'effectivité et la suspension de l'allocation personnalisée d'autonomie
  - A. - Le principe général de la responsabilité du président du conseil général pour l'organisation du contrôle de l'effectivité de l'aide
  - B. - Les modalités du contrôle d'effectivité et les obligations des bénéficiaires
- 2.5. Les situations assimilées au domicile (L. 232-5)
  - A. - L'accueil familial
  - B. - Les petites structures
  - C. - Les foyers de migrants non reconnus établissements d'hébergement pour personnes âgées
  - D. - Modalités de versement de l'apa en établissement pénitentiaire
- 3. L'allocation personnalisée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
  - 3.1. Dispositions générales
    - A. - L'articulation de l'apa avec la réforme de la tarification
      - A.1. - La mise en oeuvre de l'APA en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pendant la période transitoire (dans l'attente de la signature de la convention tripartite)
      - A.2. - Le principe de l'évaluation du niveau de perte d'autonomie au sein de chaque établissement et la validation par les médecins
      - A.3. - La dotation globale expérimentale dans le cadre de la convention tripartite et/ou des négociations pour sa signature
      - A.4. - Les résidences services pour personnes âgées
      - A.5. - La facturation des différents tarifs dans les établissements publics ou privés habilités aide sociale
      - B. - La participation financière du bénéficiaire en établissement
    - 3.2. Dispositions particulières relatives à certains établissements : les petites structures et les logements foyers
  - II. - LA GESTION DE L'APA
    - 1. Principes généraux de l'organisation du dispositif
      - 1.1. La responsabilité du président du conseil général pour l'organisation du dispositif
        - A. - La coordination avec les organismes de sécurité sociale : le cahier des charges du 10 janvier 2002
        - B. - Les partenariats possibles avec les institutions ou organismes sociaux et médico sociaux
      - 1.2. L'articulation des centres locaux d'information et de coordination et le dispositif de l'APA
      - 1.3. Le rôle de préparation et d'aide à la décision des équipes médico-sociales et de la commission mentionnée à l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles
        - A. - Les équipes médico-sociales : composition, missions, rôle du médecin
        - B. - La commission de l'apa dans son rôle d'aide à la décision
    - 2. L'instruction de la demande
      - 2.1. Le principe d'ouverture des droits à la date de réception du dossier de demande complet
      - 2.2. Le contenu du dossier de demande complet
      - 2.3. La procédure de déclaration du dossier complet
    - 3. La décision d'attribution
      - 3.1. Le contenu de la décision d'attribution
      - 3.2. La révision de la décision
      - 3.3. L'APA forfaitaire : cas de l'urgence et de la décision implicite
  - III. - LE VERSEMENT DE L'APA
    - 1. Les dispositions communes à domicile et en établissement
      - 1.1. Qui verse l'APA ?
      - 1.2. A qui est versée l'APA ?
      - 1.3. Le mandatement au plus tard le 10 du mois
      - 1.4. Les cas où l'APA n'est pas versée ou récupérée
      - 1.5. La suspension en cas d'absence du bénéficiaire (hospitalisation, autres motifs)
      - 1.6. Le principe de la non-imposition de l'APA
      - 1.7. L'absence de tout recours en récupération de l'APA
    - 2. Les dispositions particulières à domicile
      - 2.1. Le cumul possible de quatre mensualités pour certaines dépenses
      - 2.2. Les différents cas de suspensions de l'APA à domicile
      - 2.3. L'articulation des principes de rétroactivité de l'APA et de l'effectivité de l'aide
    - 3. Les dispositions particulières en établissement
      - 3.1. L'argent de poche en établissement
      - 3.2. Le reste à vivre du conjoint resté à domicile
      - 3.3. L'articulation de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement :
  - IV. - LES RECOURS EN MATIÈRE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE
    - 1. La mise en place d'un recours amiable
    - 2. L'articulation des différentes voies de recours
      - 2.1. Le recours amiable
      - 2.2. Le recours contentieux
  - V. - DISPOSITIONS DIVERSES

1. Le Comité national de la coordination gérontologique
  2. Le comité scientifique : composition et missions
  3. Le système d'information
  - VI. - LE FINANCEMENT DE L'APA
    1. L'organisation et la gestion du fonds de financement de l'APA
    2. Les dispositions financières relatives au FAPA 60
    3. Le fonds de modernisation de l'aide à domicile
  - VII. - LES DISPOSITIONS TRANSITOIRES
    1. De la PSD vers l'APA
    2. De la prestation d'aide ménagère vers l'APA
    3. L'allocation différentielle
    4. Les droits d'option
- CONCLUSION  
ANNEXE : LISTE DES SIGLES

## **I. - LE DROIT À L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

### **1. Conditions générales d'attribution de l'APA**

Remarques préliminaires :

L'article L. 232-1 alinéa 2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de la loi du 20 juillet 2001, précise que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée, sous certaines conditions, aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie, « nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir ». Il convient de tirer toutes les conséquences de cet alinéa. La loi est très claire et garantit, autant que de besoin, le cumul d'aides à la personne, humaines et/ou techniques, financées par l'APA et de prestations de soins, dispensées par des intervenants paramédicaux - service de soins infirmiers à domicile ou infirmier libéral, pris en charge par l'assurance maladie. Ces deux modes de prises en charge, qui s'exercent sur des registres différents, l'accompagnement pour les actes de la vie quotidienne, d'une part, les soins médicaux, d'autre part, et qui répondent à des règles d'accès spécifiques et à des financements distincts, s'avèrent généralement indispensables aux personnes concernées pour leur assurer un soutien à domicile de qualité. L'APA, financée conjointement par les départements et la solidarité nationale, n'intervient pas dans la sphère des soins, qui relèvent de l'assurance maladie, et n'est pas susceptible de contribuer à leur financement.

Pour plus de précision, consulter la lettre DGAS/2C du 25 avril 2002 relative à l'articulation des soins infirmiers et de l'allocation personnalisée d'autonomie (Bulletin officiel du ministère des affaires sociales n° 2002-20).

#### **1.1. Conditions d'âge**

Textes de référence :  
article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF)  
article 1er du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est attribuée aux personnes âgées de soixante ans et plus. Elle a vocation à remplacer, à partir de cet âge, et selon certaines modalités, la prestation spécifique dépendance, l'allocation compensatrice pour tierce personne et la prestation expérimentale dépendance. (Sur les droits d'option et la période transitoire, voir 4. Les droits d'option.)

#### **1.2. Conditions de résidence**

Textes de référence :  
article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles.

La loi du 20 juillet 2001 pose comme principe général que l'allocation personnalisée d'autonomie est servie par le département où réside le demandeur.

A. - Situation des personnes résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Textes de référence :  
articles L. 122-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.  
<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-personnalisee-dautonomie/>

La **loi du 20 juillet 2001** ne modifie pas les règles énoncées aux articles L. 122-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Celles-ci demeurent donc applicables aux demandeurs de l'APA en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ainsi, dans le cas d'une personne âgée vivant en institution et dont le domicile de secours se trouve dans un autre département que celui dans le ressort duquel est situé l'établissement qui l'héberge, c'est le département du domicile de secours qui paiera l'APA.

Il serait opportun que les deux départements concernés, département d'accueil et département du domicile de secours, s'entendent, le cas échéant par convention, afin que le département du domicile de secours reconnaisse la validité d'une demande d'APA effectuée au moyen du dossier de demande disponible dans l'établissement où se trouve le résident, dans l'intérêt même de celui-ci et pour lui éviter d'innombrables formalités. En outre, cette solution ne devrait pas soulever de difficulté puisque le contenu du dossier de demande tel que fixé par le décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 doit être identique d'un département à l'autre même si chacun a la possibilité d'en adapter la présentation. A défaut, il serait approprié que les directeurs d'établissement tiennent à disposition de leurs résidents concernés, afin de simplifier leurs démarches, les dossiers de demande d'APA des départements dont ils continuent de relever au titre du domicile de secours.

#### B. - Situation des personnes « sans résidence stable »

Textes de référence :

article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-12 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 11 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001.

S'agissant des personnes sans résidence stable, dans l'acception de « sans domicile fixe », l'article L. 232-2 alinéa second du code de l'action sociale et des familles prévoit qu'elles doivent faire élection de domicile auprès d'un organisme agréé conjointement par le préfet et le président du conseil général. Cet agrément est réalisé sur la base du volontariat, sous réserve qu'au moins un organisme soit agréé dans chaque département. Il peut s'agir des institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 232-13 du CASF, à savoir notamment d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, d'un organisme de protection sociale ou d'une mutuelle, d'un centre local d'information et de coordination (CLIC), ou encore d'un service d'aide à domicile agréé en application de l'article L. 129-1 du code du travail. Cette liste n'est pas limitative, peuvent être concernées, par exemple, des associations caritatives.

Il convient de faire application des mêmes règles et procédures d'élection de domicile aux gens du voyage.

Il convient de souligner que la seule obligation légale pesant sur ces organismes est d'enregistrer les déclarations de domicile dans les conditions précisées dans l'agrément mentionné ci-dessus. Si le conseil général souhaite s'appuyer sur ces organismes pour la mise en oeuvre du dispositif, il peut le faire dans le cadre des conventions mentionnées à l'alinéa second de l'article L. 232-13 du CASF.

Enfin, l'article L. 232-12 précise que l'APA est servie aux personnes sans résidence stable par le département où elles sont domiciliées, c'est-à-dire par le département dans le ressort duquel est situé l'organisme agréé auprès duquel elles ont fait élection de domicile. Les dispositions de l'article L. 111-3 du code de l'action sociale et des familles prévoyant la prise en charge intégrale par l'Etat des allocations servies aux personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé ne sont donc pas applicables à l'APA, y compris lorsque ces personnes sans résidence stable relèvent de l'aide sociale Etat pour le tarif afférent à la dépendance de l'établissement applicable aux personnes classées dans les GIR. 5 et 6 et le tarif hébergement. En effet, la participation de l'Etat au financement de l'APA est organisée à travers la mise en place du fonds de financement de l'APA et les concours versés, à ce titre, aux départements.

(Sur le fonds de financement de l'APA, voir 1. l'organisation et la gestion du fonds de financement de l'APA.)

#### C. - La situation des personnes de nationalité étrangère

Textes de référence :

article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 2 du **décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001**.

La **loi du 20 juillet 2001** ne pose aucune condition de nationalité pour bénéficier de l'APA mais exige une résidence stable et régulière en France. Ainsi, les personnes de nationalité étrangère autres que les ressortissants de la Communauté européenne, pour lesquels un simple passeport en cours de validité suffit, doivent justifier d'une carte de résidence ou d'un titre de séjour requis pour séjourner régulièrement en France en application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 ou en application de traités ou accords internationaux.

L'allocation personnalisée d'autonomie bénéficie d'un régime très assoupli par rapport à celui de la prestation spécifique dépendance : seule la condition de « résidence stable et régulière », qui est attestée par un titre de séjour en cours de validité, est opposable aux personnes de nationalité étrangère qui ne sont plus tenues de justifier d'une antériorité de séjour en France de 15 ans avant l'âge de 70 ans.

En revanche, il résulte de ces dispositions que l'APA ne pourra être versée à une personne de nationalité française qui vit à l'étranger.

### **1.3. Conditions relatives au degré de perte d'autonomie**

Textes de référence :

article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ;  
articles 1er et 2 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

L'APA est accordée aux personnes remplissant les conditions d'âge et de résidence qui relèvent des groupes iso-ressources 1, 2, 3 ou 4 de la grille nationale AGGIR (jointe en annexe 1 au décret n° 2001-1084).

La grille AGGIR doit être remplie par un professionnel compétent et formé, notamment, pour déterminer convenablement les cotations A, B ou C et donc éviter des erreurs de codage. De plus, certaines variables ne peuvent être correctement remplies que par un personnel médical ou paramédical, tel un infirmier, notamment du fait de l'item lui-même (incontinence). Pour certains items, seule la connaissance des troubles induisant une perte de l'orientation ou de la cohérence permettra de poser les questions pertinentes et d'éviter des erreurs de codage. La [loi du 20 juillet 2001](#) ne réserve pas l'utilisation de la grille AGGIR au seul médecin de l'équipe médico-sociale mais son concours est indispensable. Il est le garant de la formation de cette équipe à l'utilisation de l'outil, de la validité du codage et du respect de la confidentialité des données individuelles dans la mesure où il est seul habilité à consulter le contenu des réponses apportées au guide d'évaluation de la grille AGGIR. C'est uniquement le résultat du codage, à savoir le groupe Iso Ressources d'appartenance, qui doit figurer dans un dossier administratif consultable par les agents chargés de son instruction, dans la mesure où c'est l'appartenance aux groupes 1 à 4 qui conditionne l'ouverture des droits à l'APA.

(Sur l'évolution de la grille et le comité scientifique, voir « 2. Le comité scientifique : composition et missions ».)

### **1.4. Appréciation des ressources et prise en compte de la modification de la situation financière du bénéficiaire**

Textes de référence :

articles L. 232-4 et L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles modifié par la loi de financement de la sécurité sociale ;  
articles 3 et 4 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

L'appréciation des ressources est réalisée en vue du calcul de la participation financière du bénéficiaire. Les modalités d'appréciation sont identiques que le demandeur réside à domicile ou en établissement.

#### **A. - Les ressources prises en compte**

Pour l'appréciation des ressources au titre de l'APA, la [loi du 20 juillet 2001](#) renvoie à trois catégories de ressources, que le demandeur réside à domicile ou en établissement.

a) Le revenu déclaré de l'année de référence tel qu'il figure dans le dernier avis d'imposition ou de non-imposition. L'avis d'imposition est établi par foyer fiscal : il intègre donc, le cas échéant, les revenus du conjoint ou du concubin. Les traitements, salaires, pensions, retraites et les revenus des professions non salariées (bénéfices agricoles, bénéfices industriels et commerciaux, bénéfices non industriels et commerciaux) sont détaillés par membre du foyer fiscal : contribuable, conjoint, personnes à charge. Les revenus de capitaux mobiliers et les revenus fonciers sont globalisés par foyer fiscal.

Il existe dix catégories de revenus imposables tels que les salaires et assimilés, les pensions, retraites et rentes, les bénéfices industriels et commerciaux, les revenus des capitaux mobiliers nets, les revenus fonciers, les plus values de cessions de valeurs mobilières, etc.

**(Note d'information DGAS/2C n° 2006-129 du 17 mars 2006)** "Le revenu à prendre en compte au titre de l'APA est égal à la somme arithmétique des montants de chaque catégorie de revenu : les revenus avant déduction et abatement pour les salaires assimilés ; les pensions, retraites et rentes ; les revenus mobiliers nets, les revenus fonciers nets, les bénéfices industriels et commerciaux nets, etc."

b) Les revenus soumis à prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du code général des impôts.

c) Le patrimoine « dormant ».

Cette notion recouvre les biens immobiliers et mobiliers qui ne sont ni exploités ni placés. Ils sont évalués de façon forfaitaire par application d'un pourcentage censé représenter le revenu annuel procuré à l'intéressé : 50 % de la valeur locative pour les immeubles bâtis, 80 % de cette valeur s'il s'agit d'immeubles non bâtis.

Précision : la valeur locative qui figure sur les relevés de taxes foncières sur les propriétés bâties ou non bâties exprime ce montant forfaitaire, soit 80 % pour le non-bâti et 50 % pour le bâti : c'est donc la valeur indiquée sur le relevé qu'il convient d'utiliser.

L'article 3 du décret n° 2001-1084 exclut la résidence principale, dès lors qu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint ou son concubin ou ses enfants ou petits-enfants.

En revanche, la résidence secondaire, même non louée, entre dans l'appréciation des ressources au titre du patrimoine dormant.

Précisions : situation des livrets A, Codevi, plans d'épargne logement (PEL), livrets d'épargne populaire et autres capitaux placés : il s'agit de capitaux placés qui n'entrent donc pas dans la définition du patrimoine dormant.

En conséquence, les livrets A, Codevi, LEP et autres produits d'épargne n'ont pas être déclarés par le demandeur et aucune rubrique les concernant ne doit figurer dans les dossiers de demande. En effet, soit ils sont déjà intégrés dans le revenu déclaré de l'avis d'imposition ou figurent au titre des revenus soumis au prélèvement libératoire, soit ce n'est pas le cas mais alors ils n'entrent pas dans la définition du patrimoine dormant (1).

Capitaux non placés : biens mobiliers et épargne :

s'agissant de l'épargne, il n'y a pas lieu de faire application de la règle des 3 % mentionnée à l'article 3 du **décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001**, aux comptes courants car il ne serait pas équitable de valoriser les sommes qui y figurent alors que, placées sur un compte épargne, elles échappent à toute prise en compte dans la base ressources de l'APA. Il est donc signalé aux services instructeurs qu'aucune rubrique n'est à renseigner concernant les comptes courants ;

biens mobiliers : objets d'art, biens meubles, chevaux de course, bateau : la règle des 3 % s'applique pour évaluer le revenu annuel ainsi procuré aux intéressés.

**(Note d'information DGAS/2C n° 2006-129 du 17 mars 2006)** "La location en meublé, à titre habituel, relève de la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux et non celle des revenus fonciers. Les produits imposables, relevant du régime du micro-BIC, sont retenus après déduction de l'abattement forfaitaire de 72 %."

Conclusion : tout revenu qui n'entre pas dans l'une des trois catégories de ressources ci-dessus n'est pas pris en compte dans l'appréciation des ressources au titre de l'APA : c'est le cas notamment de l'allocation aux adultes handicapés, de la retraite du combattant, des pensions militaires d'invalidité, des pensions de veuves et orphelins de guerre..., affranchies de l'impôt et, par conséquent, non déclarables (art. 81 du code général des impôts).

B. - Les ressources non prises en compte

La loi précise que sont exclues :

les rentes viagères constituées pour se prémunir contre la dépendance.

Pas plus que les rentes viagères n'entrent en compte dans les ressources de l'intéressé pour le calcul de la participation financière, elles ne peuvent être déduites du montant d'APA auquel l'intéressé peut prétendre suite à l'évaluation de ses besoins.

NB : l'assurance vie est un placement financier qui tend à constituer une épargne (capital et intérêts) perçue souvent à un âge donné soit en capital, soit en rente. Selon les cas, elle est imposable et figure donc dans le revenu déclaré ; si ce n'est pas le cas, elle n'a pas à être déclarée car elle n'entre pas dans la définition du patrimoine dormant ;

Les concours financiers apportés par les enfants pour la prise en charge nécessitée par la perte d'autonomie des parents, telles les pensions alimentaires ;

Certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste figure à l'article 3 du **décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001**, à savoir :

a) Les prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ou au titre de la couverture maladie universelle ;

b) Les allocations de logement visées aux articles L. 542-1 et suivants et L. 831-1 à L. 831-7 du code de la sécurité sociale et l'aide personnalisée au logement visée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ;

c) Les primes de déménagement instituées par les articles L. 542-8 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale et par l'article L. 351-5 du code de la construction et de l'habitation ;

- d) L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail, prévue à l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale ;
- e) La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R. 432-10 du code de la sécurité sociale ;
- f) La prise en charge des frais funéraires mentionnés à l'article L. 435-1 du code de la sécurité sociale ;
- g) Le capital décès servi par un régime de sécurité sociale.

C. - L'appréciation des ressources en situation de couple

Textes de référence : articles 7 V et 8 II du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

L'APA est une prestation individuelle. Ce principe implique, lorsqu'un demandeur vit en couple, y compris dans l'occurrence où son conjoint ou concubin sollicite également le bénéfice de l'APA, d'instruire sa demande en déterminant sa situation personnelle - ou la situation personnelle de chacun des membres du couple - au regard des ressources du couple. A cet effet, les articles 7 et 8 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#) précisent que les ressources du couple sont divisées par 1,7 lorsque ses deux membres vivent conjointement à domicile. Dans toutes les autres hypothèses, que les deux membres du couple résident en établissement (quelle qu'en soit la catégorie juridique : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, logement foyer, long séjour) ou qu'ils aient des résidences séparées, l'un restant à domicile, l'autre vivant en établissement, les ressources du couple sont divisées par 2.

Les ressources prises en compte sont celles énoncées ci-dessus.

Lorsque les deux membres du couple font chacun une demande d'APA, chaque demande est instruite de façon individuelle : évaluation médico-sociale de chacun des conjoints, élaboration de deux plans d'aide si les demandeurs vivent à domicile. En ce qui concerne l'appréciation des ressources pour le calcul de la participation financière de chacun des membres, celle-ci est effectuée en application des règles ci-dessus.

(Sur le calcul de la participation financière, voir « B. - La participation financière des bénéficiaires à domicile et la participation financière du bénéficiaire en établissement ».)

D. - La prise en compte de la modification de la situation financière du bénéficiaire de l'apa

L'article 4 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#) précité renvoie aux articles R. 531-11 à R. 531-13 du code de la sécurité sociale l'appréciation spécifique des ressources de l'année civile de référence en cas de modification de la situation financière du bénéficiaire, liée notamment au décès, chômage, admission au bénéfice d'une pension de retraite ou d'invalidité du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ou en cas de divorce ou de séparation.

Dans cette hypothèse, les réévaluations des montants de l'APA et de la participation financière sont effectuées à partir du premier jour du mois qui suit le changement de situation.

## **2. L'allocation personnalisée d'autonomie à domicile**

### **2.1. Le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie**

A. - Les tarifs nationaux de plans d'aide

Textes de référence :  
article L. 232-3 alinéa 2 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 6 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

A domicile, le montant du plan d'aide financé par l'APA est encadré par voie réglementaire dans la limite d'un montant maximum fixé nationalement pour chacun des degrés de perte d'autonomie ouvrant droit à l'APA. Ces tarifs nationaux de plans d'aide sont déterminés par application d'un coefficient au montant de la majoration pour tierce personne (2) (MTP) ; ils évoluent donc chaque année comme cette prestation.

L'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles se rend auprès de la personne âgée pour évaluer ses besoins et élaborer avec elle les réponses nécessaires. Elle sera amenée, lors de

l'évaluation, à tenir compte de l'état de santé de la personne et à préconiser, le cas échéant, dans le cadre de son rôle d'information et de conseil, le recours, par exemple, à des soins infirmiers (assurés par des personnels libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile) qui sont à la charge de l'assurance maladie. Ainsi, les soins infirmiers ne figureront pas dans le plan d'aide susceptible d'être financé par l'APA après acceptation du demandeur (cf. annexe I du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#)), plan d'aide encadré par les tarifs nationaux fixés à l'article 6 du décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001. C'est sur la base de ce plan d'aide accepté par le demandeur que sera calculé le montant d'APA ainsi que la participation financière de l'intéressé. C'est également ce plan d'aide qui servira de référence pour le contrôle d'effectivité.

## B. - La participation financière des bénéficiaires à domicile

Textes de référence :

article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles ;  
articles 7 et 8 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

La participation financière du bénéficiaire de l'APA est calculée au prorata de la fraction du plan d'aide qu'il a acceptée et qu'il utilise dans la limite des tarifs nationaux évoqués ci-dessus, en fonction de ses ressources. Le [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#) propose deux formules de calcul répondant à une même logique selon que la personne réside à domicile ou qu'elle est hébergée en établissement. La formule consiste à calculer un indice représentatif de la position du revenu de la personne entre 934,65 et 3 115,50 euros - la plage de revenus intéressée par la variation du taux - et d'appliquer cet indice au taux de participation maximum de 80 % pour l'abattre à due concurrence.

Ainsi, si la personne dispose d'un revenu de 1 524,65 euros, son indice de revenu est de 590 (1 524,65 - 934,65) divisé par 2 180,85 (3 115,50 - 934,65), soit 27 %. Son taux de participation est alors de 80 % multiplié par 27 %, soit 21,6%. Ce qui est versé par le département au bénéficiaire est égal à la différence entre le montant d'APA auquel ce dernier a droit et le montant de sa participation financière.

La formule retenue évite l'effet de seuil qu'aurait provoqué la fixation d'un barème par tranche de ressources. A domicile, le taux de participation est nul jusqu'à un niveau de ressources mensuelles de 934,65 euros ; il croît régulièrement de 0 à 80 % pour des revenus situés entre 934,65 euros et 3 115,49 euros (3,4 fois le montant de la MTP) pour se stabiliser ensuite à 80 % assurant ainsi au bénéficiaire, quel que soit son revenu, une aide égale à 20 % du plan d'aide auquel il a souscrit.

## 2.2. Procédure d'instruction et modalités d'élaboration du plan d'aide

### A. - Modalités d'évaluation du degré de perte d'autonomie et d'élaboration du plan d'aide

Textes de référence :

article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 13 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

A domicile, l'instruction médico-sociale réalisée par l'équipe médico-sociale comprend l'évaluation du degré de perte d'autonomie, l'analyse des besoins et l'élaboration du plan d'aide. Ainsi, l'article 13 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#) prévoit qu'au moins un membre de l'équipe médico-sociale se rend auprès de l'intéressé. Bien que non obligatoire, la production d'un certificat médical précisant certaines pathologies pouvant être à l'origine de la perte d'autonomie permet d'orienter le choix du professionnel qui se rendra au domicile.

Assistent à la visite d'évaluation les proches de la personne âgée ainsi que le médecin traitant si la personne âgée le souhaite. La personne âgée et ses proches reçoivent à cette occasion toutes les informations utiles. Il apparaît tout à fait adapté, à chaque fois que cela lui semble nécessaire, que le médecin de l'équipe médico-sociale prenne contact avec le médecin traitant de la personne âgée, s'il n'est pas présent lors de l'évaluation. Ce dernier peut en effet compléter l'évaluation en apportant utilement des éléments d'information sur les éventuelles pathologies de son patient.

Dans les trente jours à compter de la date du dépôt de son dossier complet, la personne âgée reçoit communication d'une proposition de plan d'aide assortie du montant de sa participation financière : elle peut l'accepter ou formuler des observations et demander des modifications dans un délai de dix jours. Dans ce dernier cas, elle reçoit dans les huit jours qui suivent une proposition définitive de plan d'aide qu'elle peut accepter ou refuser. En cas de silence gardé pendant dix jours, elle est réputée avoir refusé la proposition et sa demande est rejetée par le président du conseil général.

Il convient de préconiser, dans la mesure du possible, s'agissant de publics fragiles ou lourdement dépendants, que l'équipe médico-sociale puisse prendre contact avec la personne âgée ou son représentant en cas de silence durant ce délai, afin de s'assurer que celle-ci est en capacité de répondre expressément et qu'elle a bien compris que son silence vaut refus de la proposition.

Dans l'hypothèse où l'évaluation du degré de perte d'autonomie de la personne âgée aboutit à son classement dans l'un des groupes iso-ressources 5 ou 6, il est prévu que lui soit adressé, concomitamment à la décision de rejet de sa demande d'APA, le compte-rendu de la visite à domicile. Ce document, qui fait apparaître le GIR d'appartenance, est également communiqué à la caisse de retraite en vue d'une instruction au titre de l'aide ménagère à domicile. (Sur le certificat médical, rubrique « pièces justificatives », voir « II.2.1. Le principe d'ouverture des droits à la date de réception du dossier de demande complet ».)

B. - Les dépenses autres que de personnel pouvant être prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie

Textes de référence :

article L. 232-3 alinéa 1er du code de l'action sociale et des familles ;  
article 14 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

La [loi du 20 juillet 2001](#) pose le principe d'un plan d'aide personnalisé, adapté sur-mesure aux besoins de son bénéficiaire. L'APA a vocation à couvrir « les dépenses de toute nature », dès lors que celles-ci figurent dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale.

L'article L. 232-1 alinéa 2nd du code de l'action sociale et des familles précise que l'APA est destinée aux personnes qui, « nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ». L'article 14 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#) qui reprend dans son premier alinéa les termes de la loi fixe au second alinéa un critère de rattachement des dépenses à l'APA en faisant mention : « et de toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire ». Il pose comme principe général que les dépenses figurant dans le plan d'aide susceptibles d'être prises en charge par l'APA doivent être des dépenses d'aides (excluant les soins) se rapportant à l'une des 17 variables de la grille AGGIR nécessaires au soutien à domicile dans de bonnes conditions.

Pour mémoire :

Les variables discriminantes de la grille AGGIR : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance.

Les variables illustratives de la grille AGGIR : gestion, cuisine, ménage, transport, achats, suivi du traitement, activités de temps libre.

Enfin, si le plan d'aide est établi au plus près des besoins de l'intéressé, le président du conseil général conserve la possibilité d'élargir ce critère, en fonction des préconisations de l'équipe médico-sociale. Il apparaît alors adapté, notamment s'il s'agit d'aides techniques liées à une maladie, que le médecin de l'équipe médico-sociale soit consulté et formule un avis motivé.

En tout état de cause, l'APA n'a pas vocation à prendre en charge des dépenses qui relèvent de l'assurance maladie et des mutuelles.

Applications pratiques :

Exemple 1 : L'APA ne financera pas les dépenses liées à la maladie (du type seringues, sonde ou autres produits techniques) inscrites au comité économique des produits de santé (CEPS, ex-TIPS tarification interministérielle des prestations sanitaires) même si elles ne sont pas totalement prises en charge par l'assurance maladie, car il s'agit de dépenses d'acquisition de matériels directement liées à la maladie qui ne se rapportent pas à l'une des variables de la grille AGGIR. En revanche, l'APA pourra prendre en charge une partie des frais non couverts par le TIPS ou la mutuelle d'un fauteuil roulant, d'un lève-personne, d'un lit médicalisé ou de cannes anglaises car ces dépenses se rapportent aux variables discriminantes « déplacement à l'intérieur », « déplacement à l'extérieur » ou « transferts ». L'APA pourra également couvrir les frais liés aux changes pour des personnes incontinentes, cette dépense se rapportant à la variable discriminante « élimination ».

Exemple 2 :

L'APA ne prendra pas en charge les frais d'essence d'une personne qui souhaite se rendre en voiture à son club du 3e âge car la personne peut se déplacer à l'extérieur : elle conduit elle-même son véhicule. En revanche, pourront figurer dans le plan d'aide les frais de transports, de taxis, ou d'accompagnement par une tierce personne d'une personne âgée connaissant des difficultés à se déplacer seule et sans aide, du fait notamment d'une déficience visuelle, car ces dépenses

concourent à l'autonomie du bénéficiaire et se rapportent aux variables « déplacement à l'extérieur » et « activités de temps libre » : elles permettent d'éviter un confinement au domicile, source d'aggravation de la perte d'autonomie et des repères sociaux.

Exemple 3 :

La prise en charge par l'APA des frais supplémentaires de chauffage liés à une maladie mais qui s'avèrent indispensables au soutien à domicile dans de bonnes conditions, constitue un cas dérogatoire. En effet, les frais de chauffage supplémentaires, en l'occurrence, sont liés à la maladie et ne se rapportent pas à l'une des 17 variables de la grille AGGIR. Cependant, il s'agit d'un cas donnant lieu à une marge d'appréciation du président du conseil général après avis motivé du médecin de l'équipe médico-sociale car ces dépenses de chauffage sont la condition indispensable à un maintien à domicile dans de bonnes conditions. L'APA doit pouvoir couvrir ce type de besoin si le médecin de l'équipe médico-sociale émet un avis favorable.

S'agissant de l'adaptation de l'habitat, il est vivement recommandé, chaque fois que cela est possible, de faire appel à un ergothérapeute. En effet, ce professionnel est le plus compétent pour pouvoir faire l'analyse des besoins de la personne et pour apprécier les réponses les mieux adaptées en ce qui concerne les adaptations du logement ou l'installation d'équipements nécessaires. Cette pratique a par ailleurs l'avantage, en aval, de permettre de vérifier si les travaux ou aménagements réalisés correspondent bien aux prescriptions proposées par l'ergothérapeute pour améliorer l'autonomie de la personne âgée.

L'APA peut être utilisée pour réaliser le diagnostic nécessaire.

C. - La valorisation des aides inscrites dans le plan d'aide

Textes de référence :

article 15 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Les tarifs de référence des services et aides pris en charge par l'APA et servant à valoriser le plan d'aide sont arrêtés par le président du conseil général.

La seule prescription imposée par l'article 15 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#) représente un plancher car elle emporte l'obligation pour le président du conseil général de fixer des tarifs de référence en respectant les garanties de rémunérations figurant dans les conventions collectives applicables. Il s'agit d'un minimum à partir duquel le président du conseil général arrête les tarifs de valorisation. Il convient au moins de fixer un tarif gré à gré (ne pouvant être inférieur au salaire brut, charges sociales incluses) garanti par la convention collective des employés de maison), et un ou plusieurs tarifs pour les prestataires, selon que l'on différencie ou non les prestataires de services, en fonction des règles statutaires ou conventionnelles applicables aux centres communaux d'action sociale et aux associations.

Les frais de gestion du mandat, pour les associations mandataires, ou de gestion de la prestation, pour les prestataires de services, peuvent, le cas échéant, être pris en compte. Pour couvrir ces frais sans obérer les plans d'aide, quelques départements ont choisi, plutôt que de les répercuter dans le tarif de référence, de les financer sous forme d'une dotation globale ou d'une subvention globale aux structures concernées, en sus du financement APA.

Dans tous les cas, il appartient au président du conseil général d'inclure dans le tarif de référence la part des frais de gestion du service intervenant qu'il accepte de prendre en charge au titre de l'APA.

D. - Les modes de recours à une tierce personne

Textes de référence :

article L. 232-6 et L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 14 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'APA peut être utilisée à la rémunération d'un service d'aide à domicile agréé au titre de l'article L. 129-1 du code du travail, ou bien de la tierce personne que la personne âgée salarie directement dans le cadre du recours à l'emploi direct.

Le principe qui prévaut est celui du libre choix de la personne mais il appartient à l'équipe médico-sociale de lui permettre d'exercer son choix de la façon la plus éclairée possible, notamment en lui apportant toutes les informations et conseils utiles (voir infra I.2.3. A).

Ainsi, la personne âgée bénéficiaire de l'APA pourra choisir de recourir à un service prestataire d'aide à domicile, géré par une association ou par une entreprise agréées au titre de l'article L. 129-1 du code du travail qui assumera à sa place les obligations attachées à la qualité d'employeur. Elle peut aussi choisir d'être l'employeur de la tierce personne, soit en passant par une association mandataire qui l'aidera à accomplir les formalités administratives, soit en recourant à l'emploi direct. Dans cette dernière hypothèse, la possibilité lui est offerte de salarier un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité. En effet, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-pers-onnalisee-dautonomie/>

l'existence du devoir d'assistance et de secours entre époux inscrite à l'article 212 du code civil s'oppose à ce que l'aide apportée dans ce cadre fasse l'objet d'une rémunération par la collectivité.

En revanche, à la différence de la [loi du 24 janvier 1997](#) instituant la prestation spécifique dépendance, il est désormais possible pour le bénéficiaire de l'APA de rémunérer à l'aide de sa prestation une personne retraitée, percevant un avantage de vieillesse personnel.

Enfin, le lien de parenté éventuel existant entre la personne âgée et sa tierce personne devra être mentionné dans la déclaration qu'il adresse au président du conseil général, prévue à l'article L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles.

(Sur les modalités de versement de l'APA, voir « III. - LE VERSEMENT DE L'APA ».)

### **2.3. Les dispositions particulières visant à la qualité du service rendu**

A. - L'orientation des personnes fragiles vers un service prestataire dans le respect du libre choix

Textes de référence :

article L. 232-6 alinéa 1 et 2 du code de l'action sociale et des familles ;  
articles 16 et 17 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Les règles énoncées à l'article L. 232-6 ont pour objectif de garantir que les personnes les plus fragiles seront orientées en priorité par l'équipe médico-sociale vers un service de qualité, le plus adapté à leurs besoins.

L'alinéa 1er, de portée générale, fait référence au rôle d'information et de conseil qui entre dans les missions de l'équipe médico-sociale lorsqu'elle se rend au domicile de la personne âgée afin d'évaluer son besoin d'aide et lui proposer les aides adéquates.

L'alinéa 2 de l'article L. 232-6 concerne les publics les plus fragiles et pose le principe de leur orientation par l'équipe médico-sociale, sauf refus exprès de la personne, vers un service prestataire d'aide à domicile qui vaut assurance de la continuité de l'aide. Les personnes concernées par cette disposition sont, en application de l'article 16 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#), les suivantes : les personnes classées dans les GIR. 1 et 2 de la grille AGGIR et celles qui, classées dans les autres groupes iso-ressources ouvrant droit à l'APA, nécessitent une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social.

Il appartient à l'équipe médico-sociale d'apprécier si le demandeur d'APA relève de l'une de ces catégories et, dans cette hypothèse, de l'inciter à recourir à la forme de service la plus adaptée, en l'occurrence pour les personnes « fragiles », le service prestataire. Il est nécessaire de faire une application circonstanciée de cette règle. Ainsi, l'équipe médico-sociale tiendra compte de l'organisation de l'aide déjà en place, notamment de l'existence éventuelle d'une tierce personne, qu'il s'agisse d'un professionnel de l'aide à domicile ou non. Dans tous les cas, cette règle doit être appliquée dans le respect du libre choix de la personne âgée et avec le souci de ne pas provoquer des bouleversements difficilement supportables pour la personne.

La proposition d'orientation vers un service prestataire ne peut, en application de l'article L. 232-6 du CASF, aller à l'encontre du refus exprès du bénéficiaire. Ce refus, formulé par écrit, peut figurer, par exemple, sur la proposition de plan d'aide faite dans les conditions fixées à l'article 13 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#). Enfin, la loi n'exige pas que ce refus soit motivé.

B. - L'incitation au recours à une aide qualifiée

Textes de référence :

article L. 232-6 alinéa 3 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 18 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'incitation au recours à une aide qualifiée mentionnée à l'article L. 232-6 dernier alinéa vise à renforcer la qualité du service rendu au bénéficiaire de l'APA, quelle que soit sa perte d'autonomie. La mise en oeuvre de cette mesure par les services instructeurs, à savoir la majoration de 10 % du montant de la participation du bénéficiaire, est subordonnée à la fixation, par arrêté, des conditions d'expérience et de niveau de qualification de la tierce personne intervenant. Dans l'attente de cet arrêté, seul le recours à un service prestataire non agréé au titre de l'article L. 129-1 du code du travail ou à un service non géré par un centre communal ou intercommunal d'action sociale peut donner lieu à majoration.

Il convient de souligner que cette majoration ne peut avoir pour effet de créer à la charge du bénéficiaire une participation financière lorsque ce dernier, compte tenu du niveau de ses ressources, en était exonéré.

#### **2.4. Le contrôle d'effectivité et la suspension de l'allocation personnalisée d'autonomie**

A. - Le principe général de la responsabilité du président du conseil général pour l'organisation du contrôle de l'effectivité de l'aide

Texte de référence :

article 21 du [décret n° 20001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Ce principe est posé à l'article 21 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#) sans plus de précision. Sa mise en oeuvre est en lien direct avec les obligations pesant sur le bénéficiaire en matière d'effectivité de l'aide posée par la loi et les décrets.

B. - Les modalités du contrôle d'effectivité et les obligations des bénéficiaires

Textes de référence :

article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-16 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 19 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Le contrôle d'effectivité s'avère pertinent essentiellement dans l'hypothèse d'une APA versée à domicile pour la réalisation d'un plan d'aide. En effet, lorsque le bénéficiaire de l'APA réside en établissement, l'effectivité de l'aide est présumée.

A domicile, le bénéficiaire doit déclarer dans le délai d'un mois le salarié ou le service auquel il fait appel dans le cadre de la réalisation de son plan d'aide. Si le service prestataire est désigné dans le plan d'aide accepté, cette formalité est supposée remplie. L'article L. 232-7 précise que tout changement doit également faire l'objet d'un tel signalement au département.

Contrairement au dispositif de la prestation spécifique dépendance pour lequel était privilégié un mode de contrôle direct se traduisant par au moins un contrôle annuel d'effectivité de l'aide à domicile, la [loi du 20 juillet 2001](#) pose le principe d'un contrôle indirect à l'initiative du département, dans l'optique d'un allègement des formalités à la charge des bénéficiaires de l'APA. Ainsi, l'article L. 232-16 du code de l'action sociale et des familles autorise le département à demander toutes les informations nécessaires à la vérification des déclarations des intéressés auprès des administrations publiques, dont les administrations fiscales, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale, lesquels sont tenus de les lui communiquer sans pouvoir opposer le secret professionnel. Cet article renvoie à la fois au contrôle des conditions d'accès à l'APA et à celui de son utilisation. Ainsi, peuvent être vérifiées par le département, auprès de ces organismes, les déclarations en matière de ressources comme en matière de recouvrement des charges sociales.

Le bénéficiaire de l'APA a uniquement pour obligation de conserver les justificatifs des dépenses autres que de personnel, notamment les aides techniques, figurant dans le plan d'aide et de les tenir à la disposition des services du département en cas de contrôle. S'agissant des interventions d'aide à domicile, l'article 19 se limite à évoquer les obligations légales fixées par le code du travail à tout employeur (conservation des bulletins de paie - art. L. 143-3 du code du travail : « les employeurs doivent conserver un double des bulletins de paie de leurs salariés pendant cinq ans »). Pour le contrôle de l'effectivité des heures d'aide à domicile, le conseil général dispose des informations que l'URSSAF lui communique régulièrement sur la base de l'annexe 2 de l'arrêté du 10 janvier 2002 fixant le cahier des charges prévu à l'article L. 232-13 du CASF et au nombre desquelles figurent, notamment, le nombre d'heures travaillées déclarées par l'employeur et toute anomalie de recouvrement comme le non-paiement des cotisations de sécurité sociale.

#### **2.5. Les situations assimilées au domicile (L. 232-5)**

A. - L'accueil familial

Textes de référence :

article L. 232-5 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 14 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'article L. 232-5 du code de l'action sociale et des familles énonce que la personne âgée hébergée par un accueillant familial dans les conditions mentionnées aux articles L. 441-1 et suivants du même code est considérée, pour la mise en oeuvre de l'APA, comme vivant à son domicile. Il en résulte que les dispositions des articles L. 232-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles relatives à la procédure d'instruction de la demande d'APA, à savoir l'élaboration d'un plan d'aide, les tarifs nationaux de plan d'aide variant en fonction du degré de perte d'autonomie, de même que les modalités de calcul de la participation financière à domicile sont applicables à cette situation.

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-personnalisee-dautonomie/>

L'article 14 du décret du 20 novembre 2001 relatif aux dépenses prises en charge par l'APA à domicile précise que celles-ci s'entendent, notamment, du règlement des services rendus par les accueillants familiaux.

En outre, en plus de l'APA, l'aide sociale à l'hébergement peut être versée par le président du conseil général en famille d'accueil. Mais les droits des personnes accueillies doivent d'abord être examinés au regard de l'APA avant de l'être au titre de l'aide sociale à l'hébergement qui revêt un caractère subsidiaire.

Les articles L. 441-1 et suivants relatifs à la rémunération versée à l'accueillant familial distinguent, s'agissant de la rémunération pour services rendus, la rémunération proprement dite basée sur un montant minimum, et l'indemnité en cas de sujétions particulières versées en sus pour tenir compte de la perte d'autonomie de la personne accueillie et des charges supplémentaires pesant de ce fait sur l'accueillant. Sachant que la grande majorité des personnes âgées accueillies en famille d'accueil sera éligible à l'APA, et compte tenu de la parution prochaine des décrets d'application de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale destinés à préciser les modalités de fixation de ces majorations, il est possible de poser les principes suivants pour la mise en oeuvre de l'APA en famille d'accueil :

1. La perte d'autonomie des personnes âgées remplissant les conditions pour bénéficier de l'APA sera évaluée sur leur lieu de vie. Elles se verront proposer par l'équipe médico-sociale un plan d'aide dans les conditions prévues aux articles L. 232-3 et suivants ;
2. Dans la limite du montant maximum du plan d'aide correspondant au degré de perte d'autonomie de la personne âgée défini réglementairement, l'APA couvre, à titre principal, l'indemnité en cas de sujétions particulières qui devrait varier en fonction du degré de perte d'autonomie et des besoins de la personne accueillie. En fonction des besoins constatés lors de l'évaluation, le plan d'aide peut également prévoir qu'une partie de l'APA est consacrée au financement d'aides techniques, comme par exemple les changes pour les personnes incontinentes.
3. Il peut être envisagé, dans des situations particulières, telles que l'accueil simultané de plusieurs personnes âgées relevant des groupes de perte d'autonomie les plus lourds, ou en raison des difficultés, le cas échéant ponctuelles, rencontrées par l'accueillant familial pour faire face à la prise en charge des personnes accueillies, qu'une partie de l'APA soit affectée, dans le cadre du plan d'aide, à la rémunération d'un intervenant extérieur.
4. S'agissant de l'adaptation du logement, le département dispose d'une liberté d'appréciation au cas par cas. Cependant, le diagnostic et les aménagements du logement susceptibles d'être pris en charge par l'APA se limitent aux seules pièces réservées à la personne accueillie (chambre, sanitaires privés, salle de bains).

#### B. - Les petites structures

Cette question est traitée au « I.3.2. Dispositions particulières relatives à certains établissements : les petites structures et les logements foyers ».

#### C. - Les foyers de migrants non reconnus établissements d'hébergement pour personnes âgées

Ce sont les règles relatives au versement de l'APA à domicile qui sont applicables aux personnes hébergées dans ces structures.

#### D. - Modalités de versement de l'APA en établissement pénitentiaire

Aucune disposition légale ou réglementaire ne s'oppose à ce que l'APA soit versée à une personne âgée de plus de soixante ans en établissement pénitentiaire. Le versement de l'APA aux personnes détenues qui connaissent des difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne en raison d'une perte d'autonomie justifie pleinement le versement de cette allocation. Cette question révèle toute son acuité à l'heure où les pouvoirs publics se penchent sur le phénomène du vieillissement de la population carcérale. Il apparaît normal, en revanche, que les modalités de mise en oeuvre de l'APA soient adaptées afin d'être en conformité avec les règles d'organisation et de fonctionnement de ce type d'établissement. C'est ainsi que toute la procédure - de la demande d'APA jusqu'à la réalisation et au suivi du plan d'aide - est effectuée avec l'accord du directeur de l'établissement qui doit être tenu informé de chaque phase de la procédure.

Il convient de préciser que les règles ci-après sont applicables dans tous les établissements pénitentiaires.

Conditions d'accès aux droits :

- la condition de résidence stable et régulière en France est présumée remplie ;
  - la demande d'APA est faite à l'initiative de la personne concernée et signée par cette dernière avec l'aide du service pénitentiaire d'insertion et de probation. Cette demande est visée par le directeur de l'établissement pénitentiaire ;
- département compétent pour instruire et verser l'APA : l'établissement pénitentiaire n'étant pas acquisitif du domicile de secours (art. L. 122-3 du code de l'action sociale et des familles), il convient de rechercher le département du dernier domicile privatif (département où la personne concernée a son domicile de secours). En cas de difficulté ou d'inexistence

d'un domicile de secours, il doit être fait application de la règle d'élection de domicile prévue pour les personnes « sans résidence stable », mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, auprès de l'établissement pénitentiaire ou de l'association d'aide à domicile intervenant sur le secteur géographique, en accord avec le directeur de l'établissement.

Application des règles valant pour le domicile :

- en établissement pénitentiaire, il doit être fait application des règles d'instruction et d'évaluation des besoins applicables pour l'APA versée à domicile : évaluation et élaboration du plan d'aide dans le respect des consignes de sécurité s'agissant par exemple de la visite de l'EMS ;
- principe d'affectation à titre principal du plan d'aide à la rémunération d'une tierce personne (aide pour se nourrir, aide à la toilette...) et, sur accord du directeur de l'établissement, financement possible de certaines aides techniques compatibles avec le règlement intérieur de l'établissement ;
- par dérogation aux principes selon lesquels d'une part, le bénéficiaire a le libre choix du prestataire et d'autre part, l'APA est versée directement à son bénéficiaire, la part d'APA correspondant à l'intervention d'une tierce personne est versée directement au service d'aide à domicile retenu par l'établissement pénitentiaire. Tout prestataire doit faire l'objet d'un titre d'accès en détention délivré par le chef d'établissement conformément aux dispositions réglementaires en vigueur et pour les personnes prévenues de l'autorisation du magistrat saisi du dossier de l'information.

### **3. L'allocation personnalisée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes**

#### **3.1. Dispositions générales**

A. - L'articulation de l'APA avec la réforme de la tarification

En établissement, la mise en oeuvre de l'APA est indissociable de la réforme de la tarification.

Elle doit déboucher, par la négociation locale, avant fin 2003, sur des conventions tripartites pluriannuelles précisant les objectifs d'amélioration de la qualité au sein de l'institution, définies par rapport au cahier des charges paru par arrêté du 26 avril 1999. Pour cela, l'établissement ayant préalablement défini son projet d'établissement a procédé à une autoévaluation, par exemple, à l'aide de l'outil ANGELIQUE. Ce bilan permet à l'institution de dégager ses points forts et ses points faibles puis de préciser les objectifs prioritaires.

La convention permettra également de déterminer un tarif afférent à la dépendance.

A.1. - La mise en oeuvre de l'APA en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pendant la période transitoire (dans l'attente de la signature de la convention tripartite)

Texte de référence :

article 5 de la [loi du 20 juillet 2001](#) ;  
article 24 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

La tarification pendant la période transitoire

Afin de ne pas priver les résidents des établissements n'ayant pas conclu la convention tripartite pluriannuelle du bénéfice de l'APA dès le 1er janvier 2002, l'article 5 de la [loi du 20 juillet 2001](#) instaure jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles un dispositif transitoire.

Les établissements sont ainsi tenus de déterminer - en accord avec le conseil général - un tarif afférent à la dépendance servant d'assiette à la nouvelle prestation.

S'il a été considéré comme important que les résidents bénéficient au plus tôt de l'APA, il est aussi primordial d'inciter fortement les établissements à négocier une convention tripartite rapidement. En effet, c'est dans le cadre de la négociation tripartite, qui s'effectue à partir d'une auto-évaluation des points forts et faibles de l'établissement en terme de prise en charge des résidents, qu'il convient de déterminer le niveau adéquat des ressources. Dès lors, il importe de ne pas allouer aux établissements non signataires d'une convention des moyens nouveaux.

Les principes de cette tarification « transitoire » sont les suivants :

- le montant du forfait global de soins alloué antérieurement à l'établissement (forfaits de section de cure médicale, forfaits de soins courants, forfaits de soins de longue durée) est reconduit à l'identique. Une actualisation est cependant prévue afin de financer le GVT, la RTT, et les mesures des différents protocoles filières. (3) ;
- le tarif dépendance est calculé conformément aux règles qui seraient applicables si l'établissement avait signé une

convention. Cette option a été prise afin de garantir aux résidents une stabilité du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie ;  
- à budget inchangé par rapport à 2001, la différence entre les charges et les produits calculés ci-dessus constitue le tarif afférent à l'hébergement.

Dans ce cadre, le montant de l'APA est égal à la différence entre le tarif dépendance fixé par le président du conseil général et la participation du bénéficiaire.

Principe de l'intangibilité des tarifs annuels afférents à la dépendance pendant la période transitoire et aggravation individuelle de la dépendance

Les tarifs dépendance de l'année n sont calculés en application de l'article 13 du [décret n° 99-316 du 26 avril 1999](#) en fonction du GMP de l'établissement établi chaque année entre le 1er janvier et le 30 septembre de l'année n - 1. La circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001 a précisé dans son paragraphe 5.2. que le calcul de ce GMP pouvait anticiper une aggravation prévisionnelle de la dépendance moyenne de l'établissement.

En conséquence, les tarifs dépendance de l'année ayant été calculés sur la base de ce GMP de l'établissement, ils sont alors intangibles et ne peuvent être révisés que si les conditions prévues à l'article 29 du [décret n° 99-317 du 26 avril 1999](#) sont réalisées.

Le tarif dépendance qui doit être facturé à chaque résident est celui du GIR dans lequel il a été classé lors du dernier calcul du GMP de l'établissement. Pour les nouveaux entrants, cette facturation se fait au regard du « GIR » d'entrée.

En conséquence, le résident ne peut connaître qu'une évolution annuelle de son tarif dépendance qui prend en compte, d'une part, son nouveau classement en GIR dans le cadre du calcul du GMP de l'établissement (effet révision du « girage ») et, d'autre part, l'évolution des charges nettes prévisionnelles approuvées de la section tarifaire dépendance (effet inflation).

Il convient de souligner que ces règles ne pénalisent ni l'établissement, s'il a calculé correctement son GMP en application de l'article 13 du [décret n° 99-316 du 26 avril 1999](#) et du paragraphe 5.2. de la [circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001](#), ni le résident, compte tenu des règles de l'APA en établissement qui ne lui font supporter financièrement que le tarif du GIR. 5-6 quel que soit son GIR d'appartenance.

Dans le cadre de la convention tripartite prévue à l'article L. 312 du code de l'action sociale et des familles, l'article 7 du [décret n° 2001-388 du 4 mai 2001](#) renvoie à la convention le soin de fixer la périodicité de la révision du classement des résidents qui doit être au moins annuelle.

En cas de révision infra annuelle du girage, la tarification de l'établissement pourra donc être révisée, en application de l'article 29 du [décret n° 99-317 du 26 avril 1999](#) relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, en fonction du rythme indiqué dans la convention tripartite en cas de tarification individuelle et, en cas de tarification globale, lorsque le GMP de l'établissement augmente d'au moins 10 %.

Il convient de souligner que si cette révision des tarifs dépendance ne se traduit pas par une augmentation pérennisable des dépenses autorisées, cette révision aura pour conséquence de majorer le tarif dépendance des GIR. 1-2 et de réduire ceux des GIR. 3-4 sans donc apporter de ressources nouvelles ou supplémentaires à l'établissement. Il s'agit d'un effet qui peut paraître paradoxal mais qui est la résultante d'un mode de calcul sur des charges inchangées, parce que très majoritairement fixes, divisées par un nombre de points GIR plus important surtout dans les GIR. 1-2.

A.2. - Le principe de l'évaluation du niveau de perte d'autonomie au sein de chaque établissement et la validation par les médecins

Texte de référence : article 22 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Globalement, les conditions générales d'accès à l'APA sont identiques à domicile et en établissement (conditions d'accès, prise en compte des ressources pour la détermination de la participation financière de l'intéressé).

L'instruction de la demande d'APA en établissement présente cependant quelques spécificités, outre le fait que le dossier de demande peut être remis aux résidents par le directeur d'établissement.

Ainsi, l'évaluation du degré de perte d'autonomie des résidents est effectuée non pas par l'équipe médico-sociale comme à domicile, mais sous l'autorité du (ou des) médecins de l'établissement. A terme, lorsque tous les établissements auront passé convention, elle sera réalisée sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement.

Ces évaluations sont transmises aux fins de contrôle et de validation aux médecins du conseil général et de l'assurance maladie.

Les textes prévoient des possibilités de recours et des modalités de règlement des litiges :

- en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur d'un établissement et les médecins chargés du contrôle et de la validation, la commission départementale de coordination médicale évalue les causes de divergence (défaut de formation du médecin coordonnateur, erreur manifeste sur un point de codage...) ; le médecin de l'établissement propose alors une nouvelle évaluation de la dépendance des résidents. Si le désaccord persiste, la commission départementale de coordination médicale réalise elle-même l'évaluation de tous les résidents : c'est le GMP calculé à partir de cette évaluation qui sera retenu pour la convention tripartite ;
- le directeur de l'établissement peut contester la décision arrêtée devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale ;
- en cas de désaccord sur son classement dans un GIR donné, un résident peut saisir la commission de conciliation de l'APA dans les deux mois de la notification de la décision litigieuse. Il peut également saisir la commission départementale d'aide sociale dans les mêmes délais (sur l'articulation de ces deux voies de recours, voir infra, page 53) ;
- en cas de désaccord d'un résident sur les tarifs de l'établissement qui l'accueille, celui-ci peut saisir, en premier ressort, la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale en application des articles L. 351-1 à L. 351-3 du code de l'action sociale et des familles.

A.3. - La dotation globale expérimentale dans le cadre de la convention tripartite et/ou des négociations pour sa signature

Texte de référence : article L. 232-8 II du code de l'action sociale et des familles.

L'article L. 232-8 II du code de l'action sociale et des familles offre la possibilité au président du conseil général, avec l'accord de l'établissement concerné, de verser les montants d'APA ouverts aux résidents, sous forme cumulée, dans le cadre d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance.

Il résulte toutefois de l'article L. 232-8 II précité que la mise en place d'une dotation globale s'inscrit dans le cadre de la convention tripartite. Pour des raisons pratiques, certains départements ont eu recours à cette formule hors convention tripartite. Une régularisation rapide s'impose afin que les départements s'inscrivent dans la légalité. Il importe donc que la signature de la convention intervienne dans les meilleurs délais pour les établissements sous dotation globale.

Cette expérimentation déroge au caractère individuel de l'allocation. Ainsi, les départements concernés peuvent adapter les procédures d'instruction, voire même, dispenser les résidents de déposer une demande individuelle d'APA. Cependant la dotation globale ne doit pas masquer la visibilité du mécanisme aux résidents qui disposent d'un droit d'information. Ainsi, les établissements feront figurer sur la facture mensuelle adressée à chaque résident, outre le tarif hébergement à sa charge et le montant du tarif dépendance applicable aux GIR. 5/6 de l'établissement concerné, le montant d'APA dont il a bénéficié et qui vient en déduction du tarif dépendance à sa charge mais que l'établissement a directement perçu pour son compte, en accord avec le conseil général.

De même, le versement sous la forme d'une dotation globale constitue une dérogation légale au principe inscrit à l'article L. 232-14 dernier alinéa du code de l'action sociale et des familles selon lequel l'APA doit être versée à son bénéficiaire et, sur son accord, à l'établissement qui l'héberge.

La mise en place d'une telle dotation suppose qu'en amont une information a été réalisée par le directeur de l'établissement auprès de l'ensemble des résidents et du conseil d'établissement.

Enfin, la dotation budgétaire globale n'incluant pas les participations des bénéficiaires calculées en fonction de leurs ressources (voir 2.2. ci-après), il appartient à l'établissement de récupérer auprès des résidents les montants correspondants (4).

A.4. - Les résidences services pour personnes âgées

Pour être qualifiées d'établissements sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les résidences services pour personnes âgées, qui se présentent sous forme d'appartements en copropriété ou en accession à la propriété, doivent non seulement assurer un accueil et ainsi prononcer une admission, mais également « délivrer des prestations » à titre obligatoire (6° du I de l'article L. 312-1 du CASF précité). Si ces critères ne sont pas vérifiés, les résidences services ne peuvent être qualifiées d'établissements sociaux ou médico-sociaux relevant des dispositions de la **loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il en résulte qu'il n'est pas procédé, notamment, au calcul d'un GMP pour l'ensemble des occupants de la copropriété et que ces résidences services relèvent de l'APA à domicile et n'ont donc pas à conclure de conventions tripartites.

#### A.5. - La facturation des différents tarifs dans les établissements publics ou privés habilités aide sociale

##### a) La facturation

La facturation des frais de séjour de chaque résident doit faire l'objet d'une facture unique qui doit préciser :

- le tarif hébergement de l'établissement ;
- le tarif dépendance du résident concerné avec la précision de son GIR d'appartenance et du montant de l'APA qu'il perçoit ou qui est versée directement à l'établissement.

La somme de ces tarifs correspond au montant brut à payer par le résident, duquel on doit déduire sur la même facture :

- le montant de l'APA perçu par l'établissement pour le compte du résident (y compris le cas échéant l'allocation différentielle qui le complète) ;
- pour faire apparaître, in fine, une fois cette déduction opérée, le net à payer par le résident.

##### b) Emission de titres de recettes

L'ordonnateur émet un titre de recettes :

Pour le comptable, un titre de recettes à l'encontre du résident portant sur le net à payer, distinguant :

- compte 731-7 : tarif hébergement EHPAD ou compte 731-2 : prix de journée (pour les établissements non signataires de la convention tripartite) ;
- compte 734-1 : tarif dépendance couvert par l'APA et/ou compte 734-2 : participation du résident au tarif dépendance.

Ces écritures comptables dans les comptes des établissements relèvent de l'instruction M 22 et M 21 bis. En ce qui concerne l'instruction M 21, la procédure est identique et fait intervenir les comptes 706-17 pour l'hébergement (que l'établissement soit signataire ou non de la convention tripartite), 706-41 et/ou 706-42 pour la dépendance.

#### B. - La participation financière du bénéficiaire en établissement

Textes de référence :

article 8 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#) ;

article 30 de la [loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001](#) de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Les principes de la détermination de la participation financière du bénéficiaire de l'APA en établissement sont très proches des règles arrêtées à domicile.

Ainsi, les ressources prises en compte pour ce calcul sont identiques à celles appliquées à domicile. Doivent cependant être soulignées deux spécificités en établissement :

- le talon de prévention correspondant au tarif dépendance des GIR. 5/6 : il est acquitté par l'ensemble des résidents quel que soit leur degré de perte d'autonomie et il n'est pas couvert par l'APA ; ceci explique que les formules de calcul de la participation en établissement intègrent cette donnée tout en obéissant à la même logique que celle valant pour le domicile ;

- le seuil de ressources à partir duquel se déclenche la participation financière supplémentaire en fonction des ressources : il est plus élevé que lorsque l'APA est versée à domicile. En effet, jusqu'à un revenu mensuel de 2 025,07 EUR, la participation du bénéficiaire de l'APA se limite au tarif dépendance du groupe iso ressources 5/6 ; le taux de participation croît ensuite régulièrement de 0 % à 80 % du tarif dépendance applicable lorsque le revenu mensuel croît de 2 025,07 EUR à 3 115,49 EUR pour se stabiliser ensuite à 80 % assurant ainsi au bénéficiaire, quel que soit son revenu, une aide égale à 20 % de l'APA à taux plein correspondant à son degré de perte d'autonomie.

### **3.2. Dispositions particulières relatives à certains établissements : les petites structures et les logements foyers**

Textes de référence :

article L. 232-5 du code de l'action sociale et des familles ;

article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ;

articles 3 à 7 du [décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001](#).

Principes généraux :

Le critère retenu par le [décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001](#) précité pour la mise en oeuvre de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est un critère attaché à la population des résidents et à son degré moyen d'autonomie et non au statut juridique de l'établissement.

Ainsi, c'est à partir d'un GIR moyen pondéré (GMP) égal à 300 que l'établissement doit signer une convention tripartite. En dessous de ce seuil, n'entrent dans le conventionnement et la tarification ternaire que les établissements volontaires.

Il est évidemment conseillé aux établissements dont le GMP se situe légèrement en dessous de ce seuil et dont la moyenne d'âge des résidents est relativement élevée d'anticiper l'évolution de la perte d'autonomie de leurs résidents et de prévoir un conventionnement.

Les établissements de petite capacité (moins de 25 places en application du II de l'article L. 312-8 précité ou avec un GMP inférieur à 300 en vertu du I du même article) ont un régime particulier : ils bénéficient du dispositif de l'APA à domicile et ne sont pas tenus d'organiser eux mêmes la prise en charge des soins dispensés aux résidents. Celle-ci peut être « externalisée » et confiée à des professionnels libéraux de santé ou à un service de soins infirmiers à domicile. Un plan d'aide individualisé est élaboré conformément aux articles 5, 6 et 7 du décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 par l'équipe médico-sociale du département. Il prend en compte les charges de l'établissement relatives à la dépendance, ainsi que les interventions supplémentaires, extérieures à l'établissement qui sont nécessaires au résident concerné et ne sont plus assurées par l'établissement.

La situation selon la taille et le GMP de l'établissement peut être résumée dans le tableau suivant :

	<b>GMP inférieur à 300</b>	<b>GMP supérieur à 300</b>
<b>Moins de 25 places</b>		- EHPAD : convention tripartite à signer avant le 31 décembre 2003
		- Régime de l'APA à domicile
	- EHPA	- Possibilité de déroger à la tarification ternaire (art. 4 du décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001), le calcul du tarif dépendance est défini à l'article 6 du même décret
	- Pas d'obligation de convention tripartite	
<b>Plus de 25 places</b>	- Respect du cahier des charges de la qualité	- EHPAD
	- Tarification binaire (hébergement + dépendance)	- Convention tripartite à signer avant le 31 décembre 2003
	- Régime de l'APA à domicile (calcul du tarif dépendance en application des articles 4, 5, 6 et 7 du décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001)	- Tarification ternaire : si la convention tripartite est signée au 1er janvier 2002, il s'agit d'une tarification ternaire négociée (décret du 4 mai 2001) ; si la convention n'est pas signée au 1er janvier 2002, un régime transitoire s'applique avec tarification ternaire « de base » (art. 24-I du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001)
	- Régime d'APA en établissement	

Précisions relatives aux tarifs dépendance et à l'élaboration du plan d'aide dans les établissements relevant des articles 4 à 7 du décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 :

Dans ces petites structures, les résidents dépendants bénéficient de l'APA à domicile dans les conditions de perte d'autonomie et de revenus propres à cette dernière.

Un plan d'aide individuel est élaboré par l'équipe médico-sociale du département qui prend en compte les prestations externes à l'établissement nécessaires à la personne qui vont s'ajouter aux prestations internes de l'établissement afférentes à la prise en charge de la dépendance.

Ces prestations internes de l'établissement afférentes à la prise en charge de la dépendance permettent le calcul d'un tarif

dépendance pour les GIR 1-2 et les GIR 3-4, en application de l'article 6 du [décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001](#).

Deux points méritent d'être précisés : d'une part, il n'y a pas lieu de fixer un tarif dépendance GIR 5-6 puisqu'un tel tarif ne peut être facturé en sus de l'hébergement aux personnes non dépendantes : c'est le plan d'aide pour les personnes dépendantes qui doit permettre de financer la totalité du tarif dépendance correspondant aux prestations internes à l'établissement afférentes à la perte d'autonomie ainsi que les prestations externes qui s'avèrent nécessaires. Les tarifs pour les GIR 1-2 et les GIR 3-4 n'ont pas à être fixés par le président du conseil général. Le montant de ces tarifs doit simplement être précisé dans le cadre de la valorisation du plan d'aide individuel.

Il convient d'insister sur le fait qu'il s'agit bien d'un seul plan d'aide intégrant un tarif dépendance et la valorisation des prestations externes.

Dans la majorité des cas, les établissements relevant des articles 4 à 7 du décret du 21 novembre 2001 précité n'ont plus besoin de continuer à percevoir les anciens forfaits de soins courants. En effet, ces forfaits de soins courants devaient permettre de couvrir les charges d'aides soignantes et les médicaments dits « courants ».

Or les aides soignantes sont prises en compte à 100 % en application du 1° de l'article 6 du décret du 21 novembre 2001 susvisé dans la valorisation du plan d'aide et les médicaments devraient désormais être pris en charge dans le cadre des soins de ville.

Enfin, les établissements qui utilisaient ces forfaits de soins courants pour financer des postes d'infirmières directrices devront, dans le cadre des nouvelles règles tarifaires, inscrire cette dépense d'administration générale dans les prix de journée hébergement.

## **II. - LA GESTION DE L'APA**

### **1. Principes généraux de l'organisation du dispositif**

#### **1.1. La responsabilité du président du conseil général pour l'organisation du dispositif**

A. - La coordination avec les organismes de sécurité sociale : le cahier des charges du 10 janvier 2002

Textes de référence :

article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles ;  
arrêté du 10 janvier 2002 fixant le cahier des charges des conventions prévues à l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles.

Sur cette question, il convient de se reporter à l'arrêté du 10 janvier 2002 qui rappelle les objectifs de ces conventions obligatoires et énonce des recommandations et préconisations quant à leur contenu.

B. - Les partenariats possibles avec les institutions ou organismes sociaux et médico-sociaux

Texte de référence :

article L. 232-13 2e alinéa du code de l'action sociale et des familles.

Le conseil général peut décider de déléguer tout ou partie de la mise en oeuvre du dispositif à des institutions ou organismes sociaux et médico-sociaux (la loi énumère notamment les CCAS et CIAS, les CLIC, les mutuelles ou les services d'aide à domicile agréés en vertu de l'article L. 129-1 du code du travail). Cette délégation s'inscrit alors dans une démarche contractuelle. Ainsi, il est tout à fait adapté que le conseil général puisse déléguer aux centres communaux d'action sociale de telles missions en raison de leur savoir-faire et de leur proximité avec les usagers.

Le champ de la délégation et les modalités de rémunération ou de remboursement du service rendu sont librement négociés par les parties. Cependant, il existe des limites au champ de la délégation : ainsi, les décisions d'attribution ou de refus demeurent du rôle propre du président du conseil général, il en est de même des décisions de suspension, ou de l'exercice du contrôle d'effectivité. En revanche peuvent être déléguées, par exemple, les missions d'instruction administrative, d'évaluation médico-sociale, d'élaboration du plan d'aide ou de suivi de la prestation.

Enfin, l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles pose le principe du non-cumul des fonctions de prescripteur et de prestataire, dans le respect des règles de base de déontologie. Cependant, ce principe n'exclut pas <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-pers-onnalisee-dautonomie/>

l'association du service d'aide à domicile à l'évaluation des besoins des personnes, sous une forme appropriée, pour l'enrichir et la compléter utilement.

## **1.2. L'articulation des centres locaux d'information et de coordination et le dispositif de l'APA**

Texte de référence :

article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles.

La **loi du 20 juillet 2001** instituant l'allocation personnalisée d'autonomie inscrit à l'article L. 232-13 2e alinéa, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) comme une institution susceptible de recevoir délégation du département pour mettre en oeuvre le dispositif de l'APA. Elle pose ainsi la question de l'organisation entre les différents professionnels du champ gérontologique et de la coopération entre les acteurs locaux et rend, de ce fait, indispensable la clarification de l'articulation entre les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) de niveau 2 (évaluation des besoins) et 3 (mise en oeuvre, suivi et adaptation du plan d'aide) et les équipes médico-sociales chargées d'élaborer le plan d'aide individualisé dont les dépenses sont couvertes par l'APA. Il convient d'adopter, dans ce domaine aussi, une démarche pragmatique pour autant qu'elle se fonde sur des principes clairs et bien partagés.

Ainsi, les circulaires DGAS du 6 juin 2000 et du 18 mai 2001 relatives aux centres locaux d'information et de coordination définissent les missions du CLIC de façon bien plus large que la seule instruction des demandes d'APA. De même, le public concerné par le dispositif des CLIC excède le public potentiel de l'APA : en effet, le CLIC a vocation à s'adresser aux 12 millions de personnes âgées et non seulement aux 800 000 personnes susceptibles de bénéficier de l'APA en raison de leur perte d'autonomie. Enfin, la mission d'évaluation du CLIC et la notion de plan d'aide en résultant ne se limite pas au plan d'aide de l'APA qui comprend uniquement les services et les prestations susceptibles d'être prises en charge par l'APA.

(Sur ces questions, vous reporter à la « fiche technique sur l'articulation des CLIC avec les équipes médico-sociales de l'APA » disponible sur le site internet du ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité à la rubrique APA.)

## **1.3. Le rôle de préparation et d'aide à la décision des équipes médico sociales et de la commission mentionnée à l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles**

A. - Les équipes médico-sociales : composition, missions, rôle du médecin

Textes de référence :

article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles ;

article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles ;

article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles ;

article 13 du **décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001** ;

article 2 du **décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001**.

Il résulte des termes de la loi et de ses décrets d'application que l'équipe médico-sociale a vocation à intervenir dans le cadre d'une demande d'APA à domicile. En effet, en établissement, l'évaluation de la perte d'autonomie à l'aide de la grille AGGIR est réalisée sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement.

Sa composition : l'équipe médico-sociale est composée, aux termes de l'article 13 du **décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001** d'au moins un médecin et un travailleur social. Il s'agit d'une composition a minima. Ainsi, compte tenu des missions de cette équipe, il peut être judicieux d'avoir recours à des infirmiers au sein de l'équipe médico-sociale.

Ses missions : l'équipe médico-sociale intervient dans le cadre de l'instruction sociale et médico-sociale comportant, au-delà du devoir général d'information et de conseils, l'évaluation de la perte d'autonomie de la personne âgée et l'élaboration de son plan d'aide. Elle a donc un rôle fondamental car elle est le lien pendant toute l'instruction de l'APA entre, d'une part, la personne âgée et sa famille et, d'autre part, les services du département. Elle remplit une mission délicate qui consiste à prendre en compte les désirs et les demandes de la personne âgée tout en éclairant sa décision et ses choix en lui apportant conseils et informations utiles. De plus, l'équipe médico-sociale a la mission, en application de l'article L. 232-6, d'orienter les personnes les plus fragiles vers le service d'aide le plus adéquat (voir supra page 19).

L'équipe médico-sociale contribue à préparer la décision du président du conseil général, car elle fournit les éléments nécessaires à la commission de l'APA, dernier maillon de la procédure préparatoire, à qui revient le rôle de formuler une proposition en vue de la décision qui relève du président du conseil général. Les missions de l'équipe médico-sociale évoquées précédemment supposent une compétence et une formation qui la réservent aux professionnels médicaux,

paramédicaux ou travailleurs sociaux. Ainsi, une secrétaire médico-sociale ou un contrôleur d'aide sociale ne sont pas les professionnels requis pour cette évaluation. Le personnel administratif, en revanche, se voit confier l'instruction administrative du dossier de demande.

Le rôle du médecin au sein de l'équipe médico-sociale : il est le coordonnateur de l'équipe médico-sociale et, à ce titre, le responsable de la qualité des données recueillies lors de l'évaluation de l'autonomie de la personne, de la bonne utilisation de la grille AGGIR, de l'adaptation du plan d'aide proposé ainsi que de la confidentialité des données.

Rappelons, par ailleurs, que lorsqu'un certificat médical est remis par le médecin traitant de la personne âgée sollicitant l'APA, les règles du secret médical en garantissent la confidentialité et en réservent la diffusion au seul médecin départemental. En outre, seul ce dernier peut apprécier l'opportunité de certaines propositions de réponses atypiques (pouvant même revêtir un caractère exceptionnel) en terme d'aides à financer, notamment lorsque ces réponses sont directement en rapport avec une pathologie sous-jacente et conditionnent une vie à domicile dans de bonnes conditions.

(Sur les aides techniques pouvant être prises en charge par l'APA, voir « B. - Les dépenses autres que de personnel pouvant être prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie ».)

## B. - La commission de l'APA dans son rôle d'aide à la décision

Textes de référence :

article L. 232-12 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 9 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Il n'est pas traité dans ce paragraphe de la mission de conciliation de la commission de l'APA (sur cette question, voir infra, chapitre IV).

La commission de l'APA est une instance d'aide à la décision créée par la loi du 22 juillet 2001. Elle intervient en amont de la décision du président du conseil général, mais après que l'équipe médico-sociale a formalisé une proposition de plan d'aide ayant recueilli l'accord de l'intéressé.

L'article L. 232-12 prévoit l'intervention de la commission de l'APA pour proposer un montant d'APA correspondant aux besoins des personnes en vue d'éclairer la décision du président du conseil général. Elle remplit un rôle d'expertise et de validation du travail effectué en amont par l'équipe médico-sociale.

Sa composition et son organisation :

C'est une commission des financeurs des dispositifs d'aide aux personnes âgées : elle rassemble de façon majoritaire les institutions (représentants du département et des organismes de sécurité sociale) qui fixeront les modalités de leur coopération dans le cadre des conventions visées à l'article L. 232-13.

C'est une instance d'aide à la décision du président du conseil général : elle est, à ce titre, présidée par ce dernier ou son représentant et est composée majoritairement de représentants du conseil général. L'article 9 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#) précise que les six autres membres, dont trois représentants du département, sont désignés par le président du conseil général. Ce dernier a donc toute latitude, dans le cadre de la représentation des organismes mentionnés audit article, pour nommer les membres de la commission.

La mission de conseil et d'expertise de cette commission implique que certains de ses membres aient une compétence technique leur permettant d'apprécier les éléments résultant de l'instruction tant administrative que médico-sociale de la situation du demandeur.

Aucune disposition de la [loi du 20 juillet 2001](#) ou de ses décrets d'application ne précise de règle de quorum pour que la commission puisse délibérer valablement. En revanche, le règlement intérieur de la commission qui fixe les modalités de son fonctionnement peut prévoir une telle règle.

L'article L. 232-12 fait référence à « une commission ». Pour des raisons pratiques et de bonne gestion, le président du conseil général peut décider de la mise en place de sous-commissions de travail à l'échelon infra-départemental.

Son rôle d'aide à la décision :

La commission de l'APA intervient qu'il s'agisse de demandes d'APA à domicile ou en établissement. Elle propose au président du conseil général les montants d'APA correspondant aux besoins des personnes et, par conséquent, les montants de leur participation financière. L'article 9 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#) précise que, dans l'hypothèse où le président du conseil général ne retient pas la proposition de la commission, celle-ci est tenue de reformuler une nouvelle proposition lors de sa réunion la plus proche. Si cette seconde proposition ne convient toujours pas au président du conseil général, celui-ci prend alors la décision relative à l'APA sans qu'il y ait de nouvelle proposition

de la commission.

Il résulte des termes de l'article L. 232-12 du code de l'action sociale et des familles que la commission est appelée à connaître toutes les propositions relatives à l'APA, qu'elles soient favorables ou défavorables. De ce fait, elle aura, notamment pendant la période transitoire concernant le passage de la prestation d'aide ménagère à domicile à l'APA, à connaître des dossiers défavorables pour cause d'appartenance aux GIR 5 ou 6. En revanche, elle ne se prononce pas sur les admissions d'urgence à l'APA, décidées par le seul président du conseil général.

La commission de l'APA, au-delà de sa mission d'aide à la décision du président du conseil général, constitue un lieu de rencontre et de discussion entre les principaux financeurs et gestionnaires de dispositifs d'aide en faveur des personnes âgées, et est aussi en mesure de remplir trois missions principales :

- la bonne orientation des personnes classées en GIR 5 ou 6 ;
- l'harmonisation des évaluations entre les différents financeurs, prélude à l'opposabilité des évaluations de nature à éviter des examens successifs ;
- le traitement des cas complexes.

(Sur la mission de conciliation de la commission de l'APA, voir « 1. La mise en place d'un recours amiable ».)

## **2. L'instruction de la demande**

### **2.1. Le principe d'ouverture des droits à la date de réception du dossier de demande complet**

Textes de référence :

article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 3 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles consacre le principe de la rétroactivité des droits à l'APA. En effet, il précise, conformément au droit commun en matière de prestations sociales, que l'ouverture des droits à l'APA débute à la date de dépôt du dossier de demande d'APA complet, c'est-à-dire à la date de réception par les services du département du dossier de demande complet. Celle-ci est attestée par un accusé de réception adressé au demandeur dans les dix jours qui suivent la réception dudit dossier ou des pièces justificatives manquantes.

### **2.2. Le contenu du dossier de demande complet**

Textes de référence :

article 4 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#) ;  
annexe I au [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

La question de la définition du dossier de demande d'APA complet est fondamentale au vu du paragraphe précédent. En effet, c'est l'enregistrement du dossier de demande complet par les services du département qui vaut ouverture des droits du demandeur à l'APA.

Le législateur a eu le souci en 2001, fort de l'expérience de la prestation spécifique dépendance, de simplifier les démarches administratives des usagers, notamment en ce qui concerne la constitution du dossier de demande, afin de faciliter l'accès à l'APA.

Le contenu du dossier de demande est fixé à l'annexe 1 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#). Ce contenu a valeur réglementaire et les départements ne peuvent faire figurer des rubriques autres que celles figurant dans cette annexe. En revanche, le département garde la possibilité de personnaliser la présentation du dossier de demande, dans le respect des indications susmentionnées.

La liste des pièces justificatives, au nombre de 4, figure de façon limitative à l'article 4 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#). Le certificat médical n'y figure plus. Le but est de ne pas retarder l'instruction du dossier complet, sans remettre en question la pertinence d'un tel certificat. En effet, dans le cadre de la [loi du 24 janvier 1997](#) instituant la prestation spécifique dépendance, de nombreux départements avaient travaillé avec les médecins libéraux à l'élaboration d'un certificat médical complétant de façon pertinente l'évaluation réalisée par l'équipe médico-sociale sur le lieu de vie de la personne. Il reste que la production d'un certificat médical n'a aucun caractère obligatoire et ne saurait retarder la déclaration du caractère complet du dossier d'APA. Toutefois, il apparaît utile que les départements poursuivent ce travail en partenariat avec les médecins traitants en vue d'améliorer la qualité de l'évaluation et de l'élaboration du plan d'aide.

Il convient de préciser que les dossiers de demande qui ne respecteraient pas ces prescriptions, outre le fait qu'ils

excèdent la loi, peuvent constituer une entrave à l'accès aux droits des personnes âgées qui, découragées par la complexité des démarches, pourraient renoncer alors à faire valoir leurs droits.

(Sur la question des ressources prises en compte pour l'APA, voir « I.1.4. Appréciation des ressources et prise en compte de la modification de la situation financière du bénéficiaire ».)

### 2.3. La procédure de déclaration du dossier complet

Texte de référence :

article 3 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Le dossier de demande est retiré par l'intéressé auprès des services du département ou de tout autre organisme retenu par lui dans le cadre des conventions mentionnées à l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles.

Compte tenu de l'enjeu attaché à la déclaration du caractère complet du dossier, la procédure de constitution du dossier de demande est encadrée par des délais. Le président du conseil général dispose de dix jours pour accuser réception d'un dossier de demande complet : dans ce cas, l'accusé de réception mentionne la date d'enregistrement du dossier complet par ses services qui, en principe, est antérieure à la date de l'accusé de réception qui commande la date d'ouverture des droits du demandeur. Dans ce même délai, le président du conseil général informe le maire de la commune de résidence de ce dépôt de demande d'APA.

En cas de réception d'un dossier de demande incomplet, au sens du paragraphe supra (contenu du dossier et pièces justificatives à joindre fixés par le [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#)), le président du conseil général dispose de dix jours à compter de cette date pour réclamer à l'intéressé les pièces manquantes. A compter de la date de réception du dossier complet, la procédure évoquée supra est applicable (10 jours pour accuser réception du dossier complet en précisant la date d'enregistrement valant ouverture des droits).

## 3. La décision d'attribution

### 3.1. Le contenu de la décision d'attribution

Textes de référence :

article L. 232-12 alinéa 1er du code de l'action sociale et des familles ;

article L. 232-14 alinéa 3 du code de l'action sociale et des familles ;

article 5 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Rappelons en premier lieu que la décision relative à l'APA doit être notifiée au demandeur dans un délai de deux mois à compter de la date de dépôt du dossier de demande complet (sur cette notion voir supra page 39). A défaut de décision notifiée dans ce délai, l'APA est présumée avoir été accordée.

La décision mentionne :

- le délai de la révision périodique (voir infra sur la révision « II.3.2. La révision de la décision ») ;
- le montant mensuel de l'APA ;
- la participation financière éventuelle du bénéficiaire ;
- le montant du premier versement comportant le rappel des droits à l'APA à compter de la date de dépôt du dossier complet.

### 3.2. La révision de la décision

Textes de référence :

article L. 232-14 alinéa 4 du code de l'action sociale et des familles ;

article 8 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles distingue deux cas de révisions :

1. La révision périodique dont le délai est fixé au cas par cas, selon l'état de la personne âgée bénéficiaire, dans la décision d'attribution de l'APA notifiée par le président du conseil général ; à l'issue de cette période a lieu une nouvelle instruction de la situation de la personne âgée, sans que celle-ci ait à effectuer une nouvelle demande ; ont lieu notamment une nouvelle évaluation des besoins de la personne ainsi que la révision du plan d'aide, s'il s'agit d'une demande à domicile ;
2. La révision à tout moment à la demande de l'intéressé, de son représentant légal ou à l'initiative du président du conseil général, lorsque des éléments nouveaux modifient la situation au vu de laquelle cette décision est intervenue. Par exemple, une modification substantielle des ressources du bénéficiaire, comme l'hypothèse du « retour à meilleure fortune <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-pers-onnalisee-dautonomie/>

», peut justifier la révision de la décision d'APA. En effet, la [loi du 20 juillet 2001](#) a supprimé toutes les formes de recours en récupération, y compris le retour à meilleure fortune visé au 1° de l'article L. 132-8 du code de l'action sociale et des familles au même titre que le recours sur la succession du bénéficiaire. L'hypothèse du retour à meilleure fortune doit ainsi être traitée sous l'angle de la participation financière du bénéficiaire et donne lieu à la révision de la décision.

Le président du conseil général a toute latitude, si cette solution lui semble adaptée et afin d'éviter la procédure plus lourde de la révision, pour accepter, dans certaines limites et selon certaines modalités qu'il lui appartient de fixer (par règlement départemental d'aide sociale), une simple adaptation du plan d'aide. Il s'agit, dans la limite du montant total du plan d'aide, d'accepter, sur avis ou proposition de l'équipe médico-sociale, une certaine modulation dans la réalisation du plan d'aide. On sait que ce qui est acté dans le plan d'aide initial qui a été accepté par l'intéressé peut, un mois donné, ne pas être réalisé conformément à l'épure du plan d'aide : c'est, par exemple, un nombre d'heures d'aide à domicile effectué moindre que celui initialement prévu, compensé par une augmentation de la part des aides techniques.

### **3.3. L'APA forfaitaire : cas de l'urgence et de la décision implicite**

Textes de référence :

article L. 232-12 3e alinéa du code de l'action sociale et des familles ;

article L. 232-14 3e alinéa du code de l'action sociale et des familles ;

article 5 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

La [loi du 20 juillet 2001](#) distingue deux hypothèses donnant lieu au versement d'une APA forfaitaire, égale à domicile à 50 % du montant du tarif national le plus élevé (correspondant au GIR. 1) et en établissement à 50 % du tarif afférent à la dépendance de l'établissement considéré applicable aux résidents classés en GIR. 1 et 2 :

1. Les situations d'urgence (art. L. 232-12 du code de l'action sociale et des familles) : la loi ouvre largement les hypothèses de l'urgence qui peut revêtir un caractère social ou médical mais qui doit être dans tous les cas attestée (certificat médical par exemple). Le président du conseil général verse, à titre provisoire - sans obligation de recueillir la proposition de la commission - une APA forfaitaire, dès le dépôt du dossier de demande complet tel que défini supra et jusqu'à l'expiration du délai de deux mois qui lui est imparti pour notifier sa décision définitive relative à l'APA. Il s'agit, par exemple, à domicile de faire face à la situation d'une personne qui, sortant d'hospitalisation, nécessite la mise en place d'une aide rapide dès son retour à domicile, sans pouvoir attendre l'expiration du délai de deux mois. L'APA ainsi versée l'est à titre d'avance. Cette avance s'impute sur les montants versés ultérieurement ;

2. La décision implicite d'attribution (L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles) : la loi accorde un délai de deux mois maximum au président du conseil général, à compter du dépôt du dossier de demande complet (sur ces notions voir supra page 39), pour notifier à l'intéressé sa décision relative à l'APA. Ce délai de deux mois est prévu afin de garantir à l'intéressé un délai raisonnable d'instruction de sa demande. Par ailleurs, cette règle protectrice des usagers est complétée par le principe de la rétroactivité du versement de l'APA à la date de la réception par les services du département du dossier de demande complet.

Afin de garantir le respect de ce délai maximum d'instruction imparti tant pour l'instruction administrative que médico-sociale de la demande d'APA, l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles édicte une sanction en cas de dépassement. L'APA est considérée accordée implicitement à l'expiration de ce délai de deux mois pour un montant forfaitaire égal à 50 % du tarif national fixé pour le GIR. 1 et jusqu'à la notification de la décision expresse.

Il résulte du caractère même de cette disposition, à la différence de l'APA accordée en urgence qui ne revêt pas le caractère d'une sanction, que les sommes versées à ce titre ne sont pas récupérables ni dans l'hypothèse où la décision du président du conseil général conclurait à un rejet de la demande d'APA pour cause de degré de perte d'autonomie insuffisant, ni en cas de droit inférieur de l'intéressé à ce montant forfaitaire d'APA établi par la décision expresse d'attribution. Ces sommes sont ainsi acquises définitivement à l'intéressé jusqu'à l'intervention de la décision explicite, sous réserve du contrôle d'effectivité de l'aide apportée à l'intéressé.

Les sommes d'APA forfaitaires ainsi versées sont des dépenses d'APA et prise en compte à ce titre pour le concours versé par le fonds de financement de l'APA.

## **III. - LE VERSEMENT DE L'APA**

### **1. Les dispositions communes à domicile et en établissement**

#### **1.1. Qui verse l'APA ?**

Deux principes énoncés supra doivent être rappelés :

1. Le principe, inchangé, du versement de l'APA par le département du domicile de secours en établissement : en effet, l'entrée en établissement n'est pas acquiescive du domicile de secours. Dans les autres hypothèses, le département qui servira l'APA sera celui-ci où la personne âgée a sa résidence stable et régulière.
2. Le versement de l'APA aux personnes « sans résidence stable » (dans l'acception SDF) par le département du lieu d'élection de domicile.

Il est possible de résumer l'articulation des prises en charge APA et aide sociale en établissement de la façon suivante :

- pour les personnes en établissement disposant d'un domicile de secours :
- prise en charge de l'APA par le département du domicile de secours ;
- s'il est nécessaire de recourir à l'aide sociale départementale, celle-ci prendra en charge, dans le cadre des règles de l'aide sociale, la participation de l'intéressé correspondant au talon de la prévention GIR. 5/6 de l'établissement ainsi que le tarif hébergement ;
- pour les personnes sans résidence stable :
- prise en charge de l'APA par le département où a eu lieu l'élection de domicile en application de l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- prise en charge par l'aide sociale Etat du talon de prévention GIR. 5/6 ainsi que du tarif hébergement.

(Voir également sur cette question « B. - Situation des personnes "sans résidence stable ».)

## **1.2. A qui est versée l'APA ?**

Textes de référence :

- article L. 232-14 dernier alinéa du code de l'action sociale et des familles ;
- article L. 232-15 du code de l'action sociale et des familles.

La règle de principe fixée par la [loi du 20 juillet 2001](#) est celle d'un versement de l'allocation à son bénéficiaire.

Ce n'est que sur l'accord exprès de ce dernier, accord qui peut être repris à tout moment par l'intéressé, que l'APA peut être versée directement au service d'aide à domicile auquel il fait appel ou à l'établissement dans lequel il réside. L'accord et sa reprise doivent être donnés par écrit.

Cas particulier du décès du bénéficiaire : il convient de préciser qu'en cas de décès du demandeur d'APA intervenu avant l'évaluation de son degré de perte d'autonomie, il ne peut être par définition, déterminé de droit à l'APA et par conséquent aucune allocation n'est due. En établissement, ce principe a directement pour conséquence que l'établissement facture aux héritiers pour la période due jusqu'au décès, au titre du tarif dépendance, le seul talon de prévention correspondant au tarif dépendance des GIR. 5/6.

En revanche, si la personne décède avant le premier versement d'APA mais que son droit a été reconnu par la décision d'attribution, les montants d'APA correspondant aux dépenses engagées par l'intéressé, soit à domicile en raison, par exemple, de la rémunération d'une tierce personne, ou bien en établissement afin de couvrir le tarif dépendance correspondant à son degré de perte d'autonomie dû pour la période concernée, doivent être versés.

## **1.3. Le mandatement au plus tard le 10 du mois**

Texte de référence : article 6 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).  
L'APA est versée au plus tard le 10 du mois pour lequel elle est servie.

Les droits à l'APA sont calculés à compter du jour où le dossier complet de demande a été réceptionné par les services du département. Ainsi, le premier versement doit intervenir dans le premier mois qui suit la décision d'attribution. Il comprend, à titre rétroactif, les sommes d'APA dues pendant l'instruction de la demande, compte tenu de la règle évoquée précédemment ainsi que le montant d'APA pour le mois en cours.

Exemple : le dossier complet de demande de Mme D. est réceptionné par le département le 12 avril.  
La décision d'attribution d'APA lui est notifiée le 10 juin.

Le premier versement d'APA doit lui être adressé au plus tard le 10 juillet : ce premier versement comprendra les droits à l'APA de Mme D calculés à hauteur de 18/30e pour le mois d'avril auxquels s'ajoutent les mois de mai, juin et juillet.

## **1.4. Les cas où l'APA n'est pas versée ou récupérée**

Textes de référence :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-personnalisée-dautonomie/>

article L. 232-25 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 7 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'APA n'est ni versée, ni recouvrée en cas d'indu, lorsque son montant mensuel après déduction de la participation financière du bénéficiaire est inférieur ou égal à 3 fois la valeur brute du salaire horaire minimum de croissance (soit 20,49 EUR pour un SMIC horaire de 6,83 EUR au 1er juillet 2002).

### 1.5. La suspension en cas d'absence du bénéficiaire (hospitalisation - autres motifs)

Textes de référence :

article L. 232-22 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 12 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'APA est une prestation personnalisée qui suit son bénéficiaire. Il résulte de l'article L. 232-22 du code de l'action sociale et des familles que lorsque le bénéficiaire de l'APA, qu'il réside à domicile ou en établissement, est hospitalisé dans un établissement de santé, l'APA lui est versée pendant les trente premiers jours. Au-delà, le versement de l'allocation est suspendu.

A domicile, le maintien de l'APA sert notamment à rémunérer la tierce personne dont le contrat de travail n'est pas suspendu.

En établissement, cette règle du maintien de la prestation pendant les trente premiers jours a un impact direct sur les règles de facturation au résident. Ainsi, il convient de distinguer les cas d'absence du résident pour cause d'hospitalisation des autres motifs :

1. Absence pour hospitalisation : Il résulte de l'article 7 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 et son annexe II « Eléments et modes de calcul des tarifs journaliers d'un EHPAD » qu'un établissement ne peut pas facturer à un résident son tarif dépendance, y compris la partie du tarif correspondant au GIR. 5-6, et ce, dès le premier jour d'absence justifiée.

Par contre, le résident continue à percevoir l'APA en établissement dans la limite de trente jours en application de l'article 12 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001.

2. Absence pour convenances personnelles : il est possible d'étendre les règles susmentionnées aux autres hypothèses d'absence du résident (vacances, ...), à condition néanmoins que l'établissement ait été préalablement informé de l'absence à venir.

Les règles de facturation des tarifs peuvent être résumées par le tableau ci-après :

	TARIF hébergement	TARIF dépendance	VERSEMENT de l'APA au résident
Absence pour hospitalisation	Tarif hébergement diminué du forfait journalier hospitalier à compter du 4e jour d'absence (72 h)	Pas de facturation dès le premier jour d'absence	Maintien de l'APA pendant les 30 premiers jours
Absence pour convenances personnelles	Tarif hébergement diminué du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale, à partir de 72 h d'absence	Pas de facturation dès le premier jour d'absence à condition d'en avoir informé l'établissement	Maintien de l'APA pendant les 30 premiers jours

Ces modalités de facturation sont sans conséquences sur l'équilibre général du budget et de chacune de ses sections tarifaires dès lors que le nombre de journées prévisionnelles qui distingue le nombre de journées « hébergement » du nombre de journées « soins » et « dépendance » a pris en compte l'absentéisme, comme il est indiqué à l'annexe II du [décret n° 99-316 du 26 avril 1999](#) et au paragraphe 5.1 de la [circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001](#). Il convient que ce taux d'absentéisme soit correctement évalué dans le cadre des négociations entre l'établissement et les autorités de tarification, et pris en compte dans la construction des budgets des établissements.

Précisions relatives au sort de l'APA en cas de non-facturation du tarif dépendance pour hospitalisation :

- si l'APA est versée à son bénéficiaire : dans ce cas, le tarif dépendance n'est pas facturé au résident absent, qui conserve son APA ;
- si l'APA est versée directement à l'établissement sur l'accord du bénéficiaire : soit l'établissement défalque des tarifs dépendance à venir les montants d'APA perçus pour le compte du résident en son absence, soit l'établissement rembourse au résident les montants d'APA perçus en son absence (sinon situation de trop-versé par le résident) ;
- si l'APA est versée sous forme de dotation globale à l'établissement : il n'y a pas lieu alors de rembourser au résident les montants d'APA perçus par l'établissement en son absence.

## **1.6. Le principe de la non-imposition de l'APA**

Texte de référence :

article 4 de la loi de finances n° 2001-1275 du 28 décembre 2001.

Les sommes versées au titre de l'APA ne sont pas imposables. C'est l'article 4 de la loi de finances pour 2002 qui, en modifiant le 2° de l'article 81 du code général des impôts, exonère d'impôt sur le revenu l'APA qui sera versée à compter du 1er janvier 2002. Cette disposition exonère également cette allocation de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), par ricochet sur l'article L. 136-2, III-3°, du code de la sécurité sociale.

## **1.7. L'absence de tout recours en récupération de l'APA**

Textes de référence :

article L. 232-19 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-24 du code de l'action sociale et des familles.

En application de l'article L. 232-19 du code de l'action sociale et des familles, les sommes servies au titre de l'APA ne donnent lieu à aucune récupération, qu'il s'agisse du recours sur la succession, contre le donataire ou le légataire. Comme il est énoncé supra, le retour à meilleure fortune, est à traiter sous l'angle de la révision de la décision de l'APA et de la participation financière du bénéficiaire.

En outre, l'attribution de l'APA n'est pas subordonnée à la mise en oeuvre de l'obligation alimentaire définie aux articles 205 à 211 du code civil.

## **2. Les dispositions particulières à domicile**

### **2.1. Le cumul possible de quatre mensualités pour certaines dépenses**

Texte de référence :

article 2 du [décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001](#).

Afin d'éviter au bénéficiaire de l'APA de faire l'avance de sommes qui peuvent se révéler importantes, notamment en cas d'adaptation du logement ou de frais d'accueil de jour, le décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 prévoit la possibilité, pour le président du conseil général, de verser jusqu'à l'équivalent de quatre mensualités du montant d'APA auquel a droit l'intéressé, pour la part correspondant à ce type de dépenses. Il s'agit d'une règle édictée de façon souple, que le président du conseil général peut décider de renouveler dans la même année. Il en résulte que, pour les mois concernés par le cumul, sera versée à chaque échéance à l'intéressé la part du montant mensuel résiduel du plan d'aide correspondant aux autres dépenses, comme, par exemple, la rémunération d'une aide à domicile.

### **2.2. Les différents cas de suspensions de l'APA à domicile**

Textes de référence :

article L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 20 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'article L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles énumère les différentes hypothèses pouvant donner lieu à la suspension du versement de l'APA par le président du conseil général.

Il s'agit :

1. Du défaut de déclaration dans le délai d'un mois du salarié ou du service à la rémunération desquels est utilisée l'APA ;
2. Du non-acquittement de la participation du bénéficiaire ;
3. Du risque présenté par le service rendu pour la santé, la sécurité ou le bien être de l'intéressé, sur rapport de l'équipe médico-sociale.

Ces différents cas ne se révèlent pertinents qu'à domicile. En établissement, en effet, hormis l'acquittement de la participation du bénéficiaire, les autres hypothèses ne sont pas appelées à se réaliser.

Il convient de souligner l'hypothèse du non-acquittement par le bénéficiaire de sa participation. Ce cas de suspension est logique dès lors que l'APA, telle que définie par l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles, se compose de la part versée par le département et de la participation financière du bénéficiaire lorsqu'elle a lieu de s'appliquer. Le plan d'aide accepté par l'intéressé fait état de l'ensemble des aides et services nécessaires à son soutien à domicile et correspond au total de ces deux sommes. Ainsi, le président du conseil général, dans le cadre du contrôle d'effectivité (sur cette notion, voir supra p. 20), sera amené à suspendre, le cas échéant, le versement de l'APA s'il s'avère que l'intéressé n'acquiesce pas la part du plan d'aide qui lui incombe.

Il revient au président du conseil général de prendre une telle décision revêtant un caractère de sanction à l'égard de l'intéressé, qui sera, dans ce cas (ou son représentant), préalablement informé par tout moyen.

### **2.3. L'articulation des principes de rétroactivité de l'APA et de l'effectivité de l'aide**

Le principe de la rétroactivité de l'APA à la date d'enregistrement par les services du département du dossier de demande complet doit être concilié avec la nature de la nouvelle allocation, qui est une prestation affectée et individualisée. Il résulte de l'articulation de ces deux principes que le montant d'APA correspondant aux deux mois d'instruction de la demande obéit également aux règles de l'effectivité de l'aide. Ainsi, le président du conseil général pourra exiger du bénéficiaire qu'il soit en mesure de justifier que des aides humaines ou techniques correspondant aux sommes versées au titre de l'APA lui ont été apportées.

Bien entendu, la problématique évoquée supra ne se pose pas lorsque le bénéficiaire de l'APA relevait auparavant d'une prise en charge au titre de la prestation spécifique dépendance ou de l'aide ménagère à domicile accordée par le département ou par sa caisse de retraite. Dans ce cas, le caractère effectif de l'aide est présumé. Il l'est également lorsque le bénéficiaire réside en établissement.

## **3. Les dispositions particulières en établissement**

Textes de référence :

- article L. 232-9 du code de l'action sociale et des familles ;
- article L. 232-10 du code de l'action sociale et des familles ;
- article L. 232-11 du code de l'action sociale et des familles ;
- articles 9 et 10 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

### **3.1. L'argent de poche en établissement**

Au 1er janvier 2002, le montant minimum garanti aux résidents est fixé à 68 EUR ( [569,38 X 12] / 100 arrondi à l'euro le plus proche). Il s'agit de la somme minimale laissée à la libre disposition du bénéficiaire accueilli en établissement, après paiement des prestations à sa charge au titre du tarif dépendance et de l'hébergement.

Pour les bénéficiaires de l'aide sociale, le montant minimum garanti au résident obéit aux règles des articles L. 132-3 et suivant du code de l'action sociale et des familles.

### **3.2. Le reste à vivre du conjoint resté à domicile**

La somme minimum laissée à la disposition du conjoint, concubin ou personne avec laquelle un pacte civil de solidarité a été conclu, restant à domicile, encore appelée « reste à vivre », est égale au montant du minimum vieillesse, soit 569,38 EUR au 1er janvier 2002.

Cette somme est déduite des ressources du couple pour calculer les droits à l'APA et à l'aide sociale à l'hébergement.

Ce mécanisme peut se cumuler avec le précédent (argent de poche).

### **3.3. L'articulation de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement**

En vertu de l'article L. 232-11 du code de l'action sociale et des familles, les droits du résident en établissement sont <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-pers-onnalisee-dautonomie/>

d'abord examinés au titre de l'APA, puis seulement ensuite au titre de l'aide sociale à l'hébergement, qui revêt un caractère subsidiaire.

Il convient de rappeler que le bénéfice de l'aide sociale à l'hébergement met en jeu les règles de l'obligation alimentaire ainsi que le recours sur la succession de son bénéficiaire.

## **IV. - LES RECOURS EN MATIÈRE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE**

### **1. La mise en place d'un recours amiable**

Textes de référence :  
article L. 232-18 du code de l'action sociale et de familles ;  
article 10 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

L'originalité de la [loi du 20 juillet 2001](#) consiste notamment en la mise en place d'une commission de conciliation compétente pour connaître des litiges en matière d'APA.

Les modalités de la saisine de la commission dans son rôle amiable, sa composition (elle s'adjoit des représentants des usagers) ainsi que les conséquences de cette saisine sont précisées à l'article 10 du [décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001](#).

Deux éléments peuvent être soulignés :

- tout litige relatif à l'APA peut faire l'objet d'une saisine de cette commission ;
- lorsque le litige est relatif à l'appréciation du degré de perte d'autonomie, l'article 10 précité précise que l'avis d'un médecin autre que celui qui a précédé à l'évaluation initiale est recueilli.

La commission peut être saisie par le demandeur, le bénéficiaire de l'APA ou son représentant, le maire de la commune de résidence ou le représentant de l'Etat dans le département pour tout litige relatif à l'APA.

Sa composition : en plus des membres prévus lorsqu'elle siège dans le cadre de l'instruction des demandes d'APA (voir supra, page 37), la commission s'adjoit cinq représentants des usagers nommés par le président du conseil général, dont deux personnalités qualifiées désignées sur proposition du CODERPA. Les autres personnalités qualifiées peuvent être, par exemple, les représentants d'une organisation syndicale de retraités, d'une association de retraités particulièrement active ou bien encore d'une association de consommateurs.

### **2. L'articulation des différentes voies de recours**

Textes de référence :  
article L. 232-18 du code de l'action sociale et des familles ;  
article L. 232-20 du code de l'action sociale et des familles.

La [loi du 20 juillet 2001](#) distingue deux types de recours indépendants l'un de l'autre : le recours amiable devant la commission de l'APA évoquée supra et le recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale, dans les conditions habituelles prévues aux articles L. 134-1 à L. 134-10 du code de l'action sociale et des familles.

#### **2.1. Le recours amiable**

L'article L. 232-18 du code de l'action sociale et des familles prévoit que la commission de l'APA peut être saisie par les personnes mentionnées par ce même article pour qu'elle « formule des propositions en vue du règlement des litiges relatifs à l'APA ».

Ce recours doit être analysé comme un recours amiable. Il présente certaines similitudes avec un recours administratif (gracieux). En effet, les délais de saisine sont les mêmes, soit deux mois à compter de la notification de la décision en cause. En outre, la saisine de la commission préserve les délais de recours contentieux (deux mois) qui courent à compter de la notification de la nouvelle décision du président du conseil général prise dans les quinze jours de la proposition de la commission de l'APA. Dans tous les cas, cette saisine est une possibilité ouverte à l'intéressé. Elle n'est pas un préalable obligatoire à la saisine de la CDAS.

#### **2.2. Le recours contentieux**

Le fait que le particulier ait ou pas saisi la commission précédemment citée, à savoir la commission de l'APA dans son rôle <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-personnalisee-dautonomie/>

de commission amiable, n'a pas de conséquence sur l'ouverture de son droit à diligenter un recours contentieux.

Ainsi, le particulier peut saisir la commission départementale d'aide sociale, compétente en matière de contentieux relatif à l'APA en vertu de l'article L. 232-20 du code de l'action sociale et des familles, dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision du président du conseil général, qu'il s'agisse de sa décision initiale si la commission de l'APA n'a pas été saisie, ou dans le cas contraire, de la nouvelle décision intervenue dans les quinze jours au vu de la proposition de la commission.

La composition de la commission départementale et les modalités de sa saisine, de même que les voies de d'appel restent inchangées et conformes aux articles L. 134-1 à L. 134-10 du code de l'action sociale et des familles. Lorsque le litige est relatif à l'appréciation du degré de perte d'autonomie, il est procédé au recueil de l'avis d'un médecin qui, à la différence de la procédure prévue devant la commission de l'APA dans son rôle amiable, doit remplir des conditions particulières de compétence.

## **V. - DISPOSITIONS DIVERSES**

### **1. Le Comité national de la coordination gérontologique**

Textes de référence :

article L. 113-2 3e alinéa du code de l'action sociale et des familles ;  
articles 8 à 12 du [décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001](#).

Instance de réflexion et de concertation mise en place par la [loi du 24 janvier 1997](#) instituant la prestation spécifique dépendance, ce comité national voit ses missions confirmées par la [loi du 20 juillet 2001](#).

Le Comité national de la coordination gérontologique (CNCG), outre sa mission de médiation dans le cadre de la conclusion des conventions de coopération prévues à l'alinéa premier de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles, a pour mission d'évaluer le développement qualitatif et quantitatif du dispositif de l'APA au terme des deux ans d'application. Ainsi, il reçoit du fonds de financement de l'APA les données statistiques prévues à l'article L. 232-17 du même code.

Pour accomplir ses mission, il comprend trente-six membres représentant les principaux acteurs du champ gérontologique. C'est ainsi que sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable par arrêté du ministre chargé des personnes âgées des représentants des collectivités locales, des organismes de sécurité sociale, des principales fédérations d'aide à domicile et d'établissements d'hébergement, des usagers ainsi que trois personnes qualifiées.

### **2. Le comité scientifique : composition et missions**

Textes de référence :

article 17 de la [loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001](#) ;  
articles 1 et 2 du [décret n° 2001-1087 du 20 novembre 2001](#) ;  
arrêté du 9 avril 2002 portant nomination au comité scientifique.

Le comité scientifique institué par la loi du 20 juillet 2001 a pour mission « d'adapter les outils d'évaluation de l'autonomie » :

- en dressant un bilan de l'utilisation de la grille AGGIR ;
- en proposant des adaptations à la grille AGGIR pour la compléter par des données sur l'environnement physique et social des personnes en perte d'autonomie, afin de définir les mesures d'accompagnement et les aides techniques nécessaires aux personnes présentant une détérioration intellectuelle ou des troubles psychiques ou des déficiences sensorielles ;
- en conduisant une réflexion pour harmoniser les modalités d'évaluation de la perte d'autonomie et les modalités de sa compensation pour les personnes âgées de plus de 60 ans et pour les personnes handicapées.

Ce comité comprend 15 membres qui ont été nommés pour deux ans par arrêté du ministre chargé des personnes âgées en date du 9 avril 2002, au titre de leur connaissance des outils et procédures d'évaluation de la perte d'autonomie et du handicap. Trois de ses membres ont été nommés sur proposition de l'Assemblée des départements de France,

Ce comité doit présenter ses conclusions au Parlement avant le 31 janvier 2003.

### **3. Le système d'information**

Textes de référence :

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-pers onnalisee-dautonomie/>

article L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 13 du [décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001](#) ;  
arrêté du 26 novembre 2001 relatif à la transmission d'informations concernant le dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie par les conseils généraux au ministère de l'emploi et de la solidarité.

L'article L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles distingue deux types de données : les données comptables relatives aux dépenses nettes d'APA qui sont communiquées par les départements directement au fonds de financement de l'APA (cf. circulaire DSS du 2 avril 2002 relative au FFAPA), d'une part, et, d'autre part, les données statistiques portant sur un certain nombre d'items que le décret cite expressément.

L'arrêté du 26 novembre 2001, pris en application de l'article 20 du [décret n° 2001-1086](#) susvisé, fixe la liste et la périodicité de transmission des données concernées qui sont communiquées au ministère de l'emploi et de la solidarité (direction de la recherche, des statistiques et de l'information) pour le compte du FFAPA et renvoie à une convention entre l'Etat et le FFAPA les modalités de leur diffusion, notamment auprès des départements.

Les présidents de conseils généraux transmettent au ministère de l'emploi et de la solidarité dans le mois qui suit chaque trimestre les informations agrégées figurant dans le questionnaire trimestriel sur l'APA à compter du 1er trimestre 2002. Pour ce faire, un logiciel a été fourni par la DREES pour la saisie des questionnaires trimestriels. Le circuit de transmission des données prévoit l'information des statisticiens régionaux des DRASS.

## **VI. - LE FINANCEMENT DE L'APA**

### **1. L'organisation et la gestion du fonds de financement de l'APA**

Textes de référence :

article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles ;  
articles 11 à 19 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

L'APA est financée par les départements chargés de mettre en oeuvre le dispositif. Le législateur a prévu que, s'agissant d'une prestation universelle, un concours financier au titre de la solidarité nationale serait apporté aux départements par un « Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie » (FAPA).

Les dispositions relatives à ce Fonds figurent à l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles et aux articles 11 à 19 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

Pour les deux premières années, cette participation est estimée au tiers du coût total (environ 840 millions d'euros sur 2,5 milliards d'euros par an). Pour les années suivantes, il est prévu que les dispositions financières de la [loi du 20 juillet 2001](#) seront réexaminées avant la fin de l'exercice 2003, en fonction d'un bilan qui sera remis par le Gouvernement au Parlement avant le 30 juin 2003.

#### 1. Statut et missions du FAPA

Le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (FAPA), créé par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles, est un établissement public national à caractère administratif dont la mission principale est de contribuer au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ce Fonds a également pour mission de financer des opérations de modernisation des services d'aide à domicile, dans le cadre du Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) créé en son sein.

L'article 11 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#) définit les conditions d'organisation, de fonctionnement et de gestion du Fonds. Ses organes délibérants sont constitués par un Conseil d'administration et un Conseil de surveillance. Il est dirigé par un directeur et doté d'un agent comptable.

Le FAPA est géré par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), auquel il rembourse les frais résultant de cette gestion.

#### 2. Le budget du FAPA

Les recettes du FAPA sont constituées par :

- une fraction de 0,1 point de la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse correspondant à 50 % des sommes consacrées par ces régimes en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes classées en GIR. 1 à 4 (degrés de dépendance pris en charge par le dispositif APA) ;
- le produit des placements (article 18 du décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001) ;
- le résultat excédentaire de l'exercice précédent s'il existe (l de l'article 13 du décret précité).

Ses dépenses sont constituées par :

- le concours aux départements, afin de participer au financement de l'APA ;
- le financement de projets de modernisation de l'aide à domicile par le fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD), qui constitue une section comptable distincte au sein de la comptabilité du Fonds ; le montant annuel du FMAD est fixé à hauteur d'une fraction comprise entre 3 % et 10 % de la recette annuelle de CSG. Cette fraction a été fixée à 6,123 % par arrêté interministériel du 18 février 2002 ;
- le remboursement au FSV des frais de gestion du FAPA.

Le montant annuel du concours aux départements est établi par différence entre, d'une part, la somme des recettes encaissées par le FAPA au cours de l'année et, d'autre part, la fraction de la CSG affectée au FMAD et des frais de gestion du FAPA.

## **2. Les dispositions financières relatives au FAPA**

Le concours est réparti entre les départements en application d'un mécanisme défini au 9<sup>e</sup> alinéa du II de l'article L. 232-21 et précisé par l'article 13 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#), notamment en ce qui concerne les éléments de calculs utilisés.

### **1. La répartition annuelle du concours**

Le concours versé aux départements est réparti annuellement aux départements en fonction de six critères.

Trois critères dits de base, qui prennent en compte :

- le besoin de financement des départements, défini : en régime permanent, en fonction de l'importance relative des dépenses réalisées par chacun d'entre eux au titre de l'APA ; en période transitoire, en 2002 et 2003, par le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ;
- la capacité contributive des départements, appréciée au regard de leur potentiel fiscal ;
- les charges qui pèsent sur ceux-ci en matière sociale, évaluées par le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion.

Trois critères dits correctifs, destinés à :

- limiter la contribution du fonds à hauteur de 50 % des dépenses d'APA de chaque département ;
- introduire, au bénéfice des départements, une clause de sauvegarde qui prévoit que les montants répartis sont majorés pour les départements dont les dépenses d'APA, rapportées au nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, excèdent d'au moins 30 % la moyenne nationale ;
- introduire une règle de plafonnement de la charge des départements, en prévoyant que les montants répartis ne peuvent être inférieurs à un montant par bénéficiaire égal à 80 % du montant, revalorisé chaque année, de la majoration pour tierce personne (MTP), cette majoration étant fixée à 916,32 EUR au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Le calcul de la répartition ne peut être effectué qu'une fois connus les recettes définitives du FAPA et les éléments permettant le calcul des critères « correctifs ». C'est pourquoi la loi a prévu que le versement de leur droit aux départements est effectué en deux étapes : des acomptes mensuels au cours de l'année au titre de laquelle est due le concours (année N) puis une régularisation au début de l'année suivante (année N+1), après calcul de la répartition.

### **2. Le versement d'acomptes mensuels au cours de l'année N**

Les acomptes sont versés mensuellement aux départements. Ces acomptes sont égaux à 80 % des sommes centralisées par le FAPA le mois précédent, après déduction d'un douzième des montants de crédits affectés au FMAD et aux frais de gestion. Ils sont versés à chaque département, au plus tard le 10 du mois, selon la fraction qui lui revient, calculée en fonction des trois premiers critères mentionnés au point 1, c'est-à-dire sans prise en compte des trois critères « correctifs ».

Le solde de 20 % constitué au fil des mois est mis en réserve par le fonds (et placé en application de l'article 18 du décret du 20 novembre 2001). Il sera utilisé pour procéder à la régularisation.

## **3. La régularisation au début de l'année N+1**

Au terme de l'année « N » au titre de laquelle la répartition est due aux départements, ceux-ci transmettent au fonds, avant le 27 février de l'année « N+1 », les informations permettant le calcul de la régularisation (montant des dépenses au titre de l'APA et nombre de bénéficiaires). Après avoir établi les calculs, par application de l'ensemble des six critères au montant des encaissements et produits de placements du fonds, diminués des sommes consacrées au FMAD et aux frais de gestion, le fonds verse la régularisation des acomptes aux départements.

Le reliquat de 20 % mis en réserve l'année précédente est versé aux départements dans le cadre de cette régularisation.

En résumé, les procédures de répartition du concours aux départements au titre d'une année donnée sont effectuées en six temps répartis sur deux années :

1. Au cours d'une année donnée, le FAPA :

- calcule la fraction de chaque département en fonction des trois premiers critères (à l'exclusion des éléments « correctifs ») ;
- verse mensuellement à chaque département selon la fraction qui lui revient, un acompte correspondant à 80 % des recettes qu'il a reçues le mois précédent après déduction au titre du FMAD et des frais de gestion ;
- garde en réserve le solde de 20 % des recettes encaissées ;

2. L'année suivante, le FAPA :

- reçoit des départements, au plus tard le 27 février, les éléments permettant le calcul des montants de la répartition du concours ;
- calcule les montants correspondant à la répartition du concours et les montants des régularisations qui en découlent ;
- procède à la régularisation en versant à chaque département la partie du solde de 20 % qui lui est due, compte tenu des acomptes déjà versés.

Pour plus de précisions, se reporter à la circulaire DSS n° 2002/190 du 2 avril 2002 relative aux modalités de répartition et de versement du concours aux départements par le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (acomptes).

3. Le fonds de modernisation de l'aide à domicile

Textes de référence :

- article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles ;
- article 12 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

En vue de favoriser la modernisation et la professionnalisation des services de l'aide à domicile, l'article L. 232-21-II 2° du code de l'action sociale et des familles institue un fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) ayant pour mission de financer des projets poursuivant ces objectifs. Le FMAD constitue une section comptable distincte au sein de la comptabilité du fonds ; le montant annuel du FMAD est fixé à hauteur d'une fraction comprise entre 3 % et 10 % de la recette annuelle de CSG. Cette fraction a été fixée à 6,123 % par arrêté interministériel du 18 février 2002, soit une enveloppe totale de 53,36 millions d'euros.

Avec le fonds de modernisation de l'aide à domicile, pour la première fois, l'Etat se dote d'un dispositif novateur et d'un outil budgétaire adapté aux enjeux lui permettant, en partenariat avec les employeurs et les organismes compétents, de promouvoir, d'encourager et de soutenir des actions de professionnalisation ainsi que des expérimentations visant à structurer le secteur de l'aide à domicile et à développer la formation des salariés tout en améliorant les services rendus à l'utilisateur.

Les actions de modernisation pouvant élargir au FMAD sont :

1. Les actions de qualification des personnels du secteur ;
2. Les conventions départementales de modernisation de l'aide à domicile impliquant notamment les conseils généraux et les employeurs ;
3. Les actions locales d'amélioration de la qualité des services, de création de nouveaux services, de rationalisation de l'offre et d'appui aux opérations de recrutement de nouveaux salariés.

Pour être financés, les projets doivent être agréés. La procédure peut être déconcentrée au niveau du préfet de département, c'est le cas notamment des projets locaux, ou bien relever d'un agrément ministériel. Dans tous les cas, les projets sont financés par le fonds de financement de l'aide à domicile, quel que soit le niveau de l'agrément.

L'article 12 du décret du 20 novembre 2001 susvisé prévoit la mise en place d'un comité d'orientation de 12 membres placé auprès du ministre chargé de l'action sociale chargé de proposer les actions prioritaires à agréer par le ministre et ses représentants dans les départements.

Les membres de ce comité ont été nommés pour trois ans par arrêté en date du 15 avril 2002.

Pour plus de précisions sur le fonctionnement et la procédure d'instruction, se reporter à la circulaire DGAS/FAPA relative au fonds de modernisation de l'aide à domicile, en cours de validation.

## VII. - LES DISPOSITIONS TRANSITOIRES

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-personnalisee-dautonomie/>

## 1. De la PSD vers l'APA

Textes de référence :

article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 19 de la [loi du 20 juillet 2001](#).

1. Une démarche volontaire jusqu'au 1er janvier 2004.

L'article 19 de la loi précise que les personnes bénéficiant avant l'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2001 de la prestation spécifique dépendance, peuvent « solliciter l'attribution de l'APA ». En outre, l'article L. 232-2 indique que « l'APA... est accordée, sur sa demande, à toute personne... ». Il en résulte qu'une démarche individuelle et volontaire de la part du demandeur est nécessaire et que le département ne peut, d'office, examiner les droits du bénéficiaire de la PSD au regard de l'APA.

En revanche, à partir du 1er janvier 2004, c'est l'article 19 de la loi qui le prévoit, il ne peut plus être versé de PSD pour des droits ouverts avant le 1er janvier 2002, date d'entrée en vigueur de l'APA. Sans attendre de demande des intéressés, les départements pourront instruire les droits des bénéficiaires de la PSD au regard du dispositif de l'APA.

2. Jusqu'au 31 décembre 2003, date de fin de versement des PSD antérieurement acquise, c'est le régime de la PSD qui continue de s'appliquer. Il ne peut y avoir de première attribution de PSD après le 1er janvier 2002, date d'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2001. Les demandes de PSD déposées avant le 31 décembre 2001 qui n'ont pu être instruites, ni faire l'objet d'une décision avant le 1er janvier 2002 peuvent, sur accord du demandeur, être instruites au titre de la nouvelle allocation. S'agissant des personnes qui n'ont pas déposé de demande d'APA et qui continuent à bénéficier de la PSD après le 1er janvier 2002, le régime de cette prestation continue à leur être applicable. Il en résulte que la PSD peut faire l'objet d'une révision en cas, par exemple, d'aggravation de l'état du bénéficiaire.

3. Passage de la PSD vers l'APA : l'article 19.I de la [loi du 20 juillet 2001](#) précise que la prestation spécifique dépendance continue à être versée à son bénéficiaire jusqu'à la notification par le président du conseil général de la décision relative à l'APA. Le premier versement d'APA intervient le 10 du mois qui suit celui de la décision d'attribution. Les droits à l'APA étant ouverts à la date du dépôt du dossier de demande d'APA complet, le premier versement tient compte de cet effet rétroactif et comprend le versement de l'allocation pour le mois en cours auquel s'ajoutent les montants dus à compter de la date d'enregistrement du dossier complet lorsque l'APA est d'un montant supérieur à la PSD.

4. Maintien des récupérations sur les sommes versées au titre de la PSD : les sommes versées au titre de la PSD, que celle-ci soit versée avant le 1er janvier 2002 ou continue à l'être après cette date si son bénéficiaire n'a pas demandé l'APA, donnent lieu à récupération sur les successions, donations et contre les légataires.

Il convient toutefois de préciser qu'un certain nombre de départements ont aménagé les recours en récupération en matière de PSD, en relevant substantiellement le seuil, voire même en les abrogeant purement et simplement.

## 2. De la prestation d'aide ménagère vers l'APA

Textes de référence :

articles L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles ;  
article 19 de la [loi du 20 juillet 2001](#) ;

arrêté du 10 janvier 2002 fixant le cahier des charges des conventions prévues à l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles.

### 2.1. Le principe de la non-rupture des droits

L'article 19 de la loi du 20 juillet 2001 pose le principe du maintien des droits précédemment acquis, notamment par les bénéficiaires de l'aide ménagère à domicile (AMD), versée par les caisses de retraite. La loi exclut toute rupture, perte ou réduction des droits antérieurs lors du passage dans le nouveau dispositif de l'APA. Il s'agit bien de dispositions visant à protéger l'usager.

Sur la base de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles qui pose le principe d'une convention entre les départements et les organismes de sécurité sociale en vue de se coordonner dans le cadre du nouveau dispositif, le cahier des charges fixé par l'arrêté en date du 10 janvier 2002 pose un certain nombre de principes et formule des recommandations s'inscrivant dans le cadre de l'article 19 précité. C'est dans le cadre des conventions signées sur la base de ce cahier des charges que s'inscrivent les solutions retenues par les institutions locales face aux situations qui suivent.

### 2.2. Les solutions retenues

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/note-dinformation-dgas2-c-n-2002-536-du-23-octobre-2002-relative-a-lallocation-pers onnalisee-dautonomie/>

Les solutions évoquées ci-dessous s'appuient sur les orientations retenues par le régime général (Caisse nationale d'assurance vieillesse) quant à sa politique d'aide ménagère à domicile suite à la mise en oeuvre de l'APA, à savoir :

- pas de cumul possible entre l'APA et l'AMD ;
- respect du principe de la continuité des prises en charge pendant toute la durée d'instruction de l'APA inscrite dans le cahier des charges du 10 janvier 2002, afin d'opérer un passage harmonieux de l'AMD vers l'APA et éviter ainsi toute rupture de prise en charge.

Il en résulte que les personnes relevant de l'un des groupes iso ressources 1, 2, 3 ou 4 de la grille AGGIR et :

- actuellement bénéficiaires de la prestation d'aide ménagère à domicile servie par leur caisse de retraite continuent à bénéficier de cette prestation jusqu'à la date d'échéance de leur prise en charge ;
- actuellement bénéficiaires de l'AMD et ayant déposé une demande d'APA auprès du conseil général continuent à bénéficier de la prestation d'aide ménagère jusqu'au premier versement d'APA ;
- actuellement bénéficiaires de l'AMD et dont la prise en charge s'arrête au cours des deux premiers mois 2002 peuvent bénéficier d'un renouvellement provisoire de leur prise en charge pour une période courte qui ne devrait pas aller au-delà du 30 juin 2002 pour le régime général, afin de leur laisser le temps de constituer une demande d'APA. A l'échéance de la prise en charge, si l'APA n'a pas été demandée auprès du conseil général, cette personne ne bénéficiera plus de l'AMD et ne bénéficiera pas non plus de l'APA ;
- non bénéficiaires de l'AMD au 1er janvier 2002 et souhaitant faire une première demande d'AMD auprès de la caisse de retraite verront leur demande refusée par la caisse de retraite qui les orientera vers le conseil général pour une demande d'APA.

Il convient de préciser que ces règles ne concernent pas les personnes relevant des groupes iso ressources (GIR) 5 ou 6 de la grille AGGIR.

3. Le principe de la continuité des droits des personnes pendant la période d'instruction de l'APA moyennant un remboursement des sommes versées par le département.

Lorsqu'une demande d'APA est déposée par une personne bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'AMD, le principe est celui de la poursuite du versement de l'AMD par la caisse jusqu'au premier versement d'APA afin d'éviter toute rupture de prise en charge. Les droits à l'APA étant rétroactifs à la date du dépôt du dossier de demande complet, le principe posé par le cahier des charges en date du 10 janvier 2002 est celui du remboursement par le département à la caisse des sommes versées pendant la période d'instruction de l'APA, sur la base du schéma de compensation financière annexé au cahier des charges, sans préjudice des sommes dues au bénéficiaire réglées directement par le conseil général. L'intervention d'un service prestataire emporte l'effectivité de l'aide et, par conséquent, exonère le bénéficiaire de tout contrôle du conseil général à ce titre.

4. Le passage de l'AMD à l'APA n'implique pas, sauf volonté manifeste du bénéficiaire de l'APA, de changer de professionnel intervenant à domicile. La personne âgée continuera donc, en règle générale, à recourir aux services, étendus le cas échéant, de l'aide ménagère à domicile qui intervenait auprès d'elle jusque-là.

### **3. L'allocation différentielle**

Textes de référence :

article 19.III de la [loi du 20 juillet 2001](#) ;  
article 20 du [décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001](#).

1) Les principes :

La loi du 20 juillet 2001 (article 19) pose le principe du maintien des droits acquis à domicile ou en établissement. Il vaut pour les bénéficiaires de la PSD, de la PED, de l'ACTP, de l'aide ménagère à domicile (prestation extralégale des caisses de retraite).

En application de l'article 20 du décret n° 2001-1084 du 20 novembre 2001, l'allocation différentielle est égale à la différence entre le montant de celle des prestations perçues à la date d'ouverture des droits à l'APA et le montant d'APA effectivement versé par le département (soit après déduction de la participation financière du bénéficiaire).

S'agissant de la prestation antérieurement perçue, le montant retenu pour le calcul de la différentielle est le montant effectivement servi à la date d'ouverture des droits à l'APA, figé à sa valeur faciale, c'est-à-dire non revalorisé : c'est l'allocation différentielle qui constitue la variable d'ajustement en fonction de l'évolution du montant d'APA attribué.

Si la prestation antérieurement versée était la prestation d'aide ménagère à domicile financée par les caisses de retraite au titre de leur action sociale extralégale, c'est le montant de la participation versée par la caisse qui est pris en compte après application du barème pour le calcul de la participation financière du bénéficiaire.

Automaticité de l'attribution : l'allocation différentielle n'existe pas sans attribution d'une APA. Elle en constitue un accessoire visant à garantir le maintien des droits antérieurs de la personne.

Son attribution résulte d'un simple calcul mathématique et n'est pas liée à une quelconque évolution du degré de perte d'autonomie. Ainsi à domicile, par exemple, elle est due alors même que l'évaluation des besoins réalisée par l'équipe médico-sociale conclut à un besoin inférieur au montant de la PSD antérieure.

Durée d'attribution de l'allocation différentielle : celle-ci est acquise une fois pour toute au bénéficiaire de l'APA, sans limitation de durée. Elle a vocation à se réduire, puis à s'éteindre, au fur et à mesure des revalorisations annuelles du montant de l'APA, puisqu'elle est calculée à partir de la valeur faciale de la prestation antérieure.

Attribution à situation comparable : l'allocation différentielle vise à garantir le maintien des avantages antérieurs à situation égale. Il résulte de ce principe que dans l'hypothèse d'une personne bénéficiant de la PSD à domicile puis bénéficiant d'une APA en établissement, l'allocation différentielle sera calculée non pas à partir du montant de PSD versé à domicile mais du montant de PSD en établissement auquel aurait eu droit l'intéressé à la date de son admission à l'APA.

Allocation différentielle et dotation globale expérimentale : le droit à l'allocation différentielle s'applique à domicile comme en établissement. Dans le cadre de la dotation globale expérimentale afférente à la dépendance prévue à l'article L. 232-8 II du CASF, les droits individuels des résidents ne sont pas remis en cause et, notamment, leur reste garanti le maintien de leurs droits et avantages antérieurs. La dotation globale étant la somme des APA individuelles versées à l'établissement, les bénéficiaires de l'APA perçoivent une allocation différentielle qui vient en atténuation de leur reste à charge (tarif hébergement + tarif GIR. 5/6), s'il s'avère que le montant d'APA auquel ils ont droit (tarif dépendance de l'établissement pour leur GIR d'appartenance - tarif GIR. 5/6) est inférieur à la prestation - PSD ou ACTP - antérieurement perçue.

## 2) Le régime de l'allocation différentielle :

L'allocation différentielle ne peut être versée que s'il y a attribution d'une APA.

Ainsi, à domicile, l'allocation différentielle de même nature que l'APA, est soumise au contrôle d'effectivité exercé par le département. Le plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale doit donc inclure son montant, qui n'est dû que s'il est effectivement utilisé. En établissement, la fraction qui, le cas échéant, excède le tarif dépendance applicable au résident considéré, vient en atténuation de son reste à charge (tarif hébergement + tarif GIR. 5/6).

En établissement ou à domicile, l'allocation différentielle garantit un droit antérieurement acquis ; elle compense tout écart éventuel au détriment du bénéficiaire de l'APA, y compris celui lié à sa participation éventuelle : elle n'est donc évidemment pas prise en compte pour le calcul de celle-ci qui porte exclusivement sur le montant attribué au titre de l'APA.

Les allocations différentielles versées par les départements sont assimilées à l'APA. Les dépenses correspondantes sont donc inscrites au même chapitre budgétaire et sont prises en compte pour le calcul des droits des départements au titre du fonds de financement de l'APA.

## 4. Les droits d'option

Textes de référence :

articles 3 et 16 de la [loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001](#) ;  
article 1er du [décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001](#).

Prestations concernées : seules les personnes ayant bénéficié de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou de la prestation expérimentale dépendance sont concernées par ces dispositions.

Modalités d'exercice du droit d'option : le droit ouvert à ces personnes est de choisir de conserver leur prestation antérieure ou de solliciter l'APA. Les termes de la loi impliquent qu'il n'y ait pas eu de rupture dans le droit antérieur et que les personnes concernées bénéficiaient encore de leur prestation avant l'entrée en vigueur de la [loi du 20 juillet 2001](#).

L'APA peut être demandée :

- pour les personnes ayant bénéficié de l'ACTP pour la première fois avant l'âge de 60 ans, deux mois avant leur 60e anniversaire ou deux mois avant la date d'échéance prévue dans la décision d'attribution ou de révision de l'allocation ;
- pour les personnes ayant bénéficié de la PED dans les douze départements expérimentaux, deux mois avant chaque date d'échéance de versement de la prestation.

Dans le mois qui suit le dépôt du dossier complet, le président du conseil général informe l'intéressé du montant d'APA dont il pourra bénéficier et du montant de sa participation financière. L'intéressé dispose de 15 jours pour faire connaître son choix. Passé ce délai, il est réputé avoir maintenu sa prestation antérieure.

Il convient de signaler que ce droit d'option est ouvert sans limitation de durée aux bénéficiaires des prestations précitées dès lors que les conditions prévues sont remplies. Ainsi, avant chaque date d'échéance du versement de leur prestation, le droit d'option est-il réouvert aux bénéficiaires qui sont libres de l'exercer.

Il apparaît de nouveau que le conseil général a une mission d'information régulière à effectuer auprès de ces bénéficiaires afin de leur permettre d'exercer, s'ils le souhaitent, leur droit d'option.

## **CONCLUSION**

L'article 15 de la loi du 20 juillet 2001 prévoit que le Gouvernement présentera au Parlement, au plus tard le 30 juin 2003, un bilan qualitatif et quantitatif de l'application de la loi, en s'appuyant notamment sur les rapports du Conseil d'administration et du Conseil de surveillance du fonds de financement de l'APA, transmis chaque année au Parlement et au Gouvernement avant le 15 octobre.

Ce nouvel examen des questions relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées devant le parlement permettra si nécessaire, au vu notamment des modalités d'application de la présente note d'information et de la montée en charge de l'APA, d'ajuster le dispositif et les modalités de son financement.

Il vous appartient de saisir la direction générale de l'action sociale (DGAS - bureau 2C) de toute difficulté éventuelle rencontrée dans l'application de la présente note d'information.

La directrice générale de l'action sociale, S. Léger

## **ANNEXE**

### **LISTE DES SIGLES**

AGGIR : autonomie gérontologique - groupe Iso Ressources  
AMD : aide ménagère à domicile  
APA : allocation personnalisée d'autonomie  
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne  
ASH : aide sociale à l'hébergement  
CASF : code de l'action sociale et des familles  
CEPS : comité économique des produits de santé (ex-TIPS)  
CLIC : centre local d'information et de coordination  
CNCG : comité national de la coordination gérontologique  
CODERPA : comité départemental des retraités et personnes âgées  
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EMS : équipe médico-sociale  
FFAPA : fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie  
FMAD : fonds de modernisation de l'aide à domicile  
GIR : groupe Iso Ressources  
GMP : GIR moyen pondéré  
GVT : glissement vieillesse technicité  
MTP : majoration pour aide constante d'une tierce personne  
PCG : président du conseil général  
PED : prestation expérimentale dépendance  
PSD : prestation spécifique dépendance  
TIPS : tarification interministérielle des prestations sanitaires, remplacé par le CEPS

(1) Certains de ces revenus sont, selon les situations, soit imposés à l'impôt sur le revenu - ils figurent alors sur l'avis d'imposition - soit exonérés (PEP, PEA) ; d'autres sont selon les situations, soit imposés à l'impôt sur le revenu, soit obligatoirement soumis à prélèvement libératoire (compte sur livret, bon du Trésor) ; d'autres sont obligatoirement soumis au prélèvement libératoire (livret bleu du Crédit mutuel) - donc ils figurent à la ligne spécifique relative à ce type de revenus dans l'avis d'imposition - ; d'autres, enfin, sont exonérés (livret A, Codevi, LEP, CEL, PEL, livret d'épargne entreprise).

(2) Montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne au 1er janvier 2002 : 916,32 euros.

(3) Le principe de cette actualisation, limitée au financement des mesures salariales générales et catégorielles et de la réduction du temps de travail, a été introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. Pour cette année, le taux d'actualisation plafond devrait être fixé à 2,21 % pour les EHPAD et 2,29 % pour les USLD hors RTT.

(4) Il convient de souligner que certains départements ont renoncé à faire jouer cette participation et ont donc versé l'APA à taux plein.