

l'allocation personnalisée d'autonomie

Guide pratique

apa



*l'Allocation
personnalisée
d'Autonomie*

Les informations et les chiffres contenus dans la présente édition
sont à jour au 1^{er} décembre 2001

1

L'instruction et le fonctionnement de l'APA

Sommaire

9

L'APA, pourquoi ?

- Qu'est-ce que l'allocation personnalisée d'autonomie ?
- Cinq objectifs prioritaires
- Les "plus" de l'APA

13

L'APA, pour qui ?

- La résidence
- L'âge
- La perte d'autonomie

17

L'APA, comment ?

- Le dossier de demande
- L'instruction du dossier

21

La procédure d'attribution

- La commission de l'APA
- Le rôle de la commission
- La notification de la décision
- La procédure d'urgence
- Le recours amiable
- Le recours auprès de la commission départementale d'aide sociale
- Le recours auprès de la commission centrale d'aide sociale

25

L'APA à domicile

I - LA DÉTERMINATION 27 DU PLAN D'AIDE ET DE L'APA

- Le contenu du plan d'aide
- L'élaboration du plan
- Le barème national
- Le montant de l'APA
- La participation du bénéficiaire
- Le calcul de l'allocation
- Les ressources prises en compte
- Les ressources non prises en compte
- Les règles de non-cumul
- Le versement de l'APA

II - LES MODALITÉS 33 D'UTILISATION DE L'APA

Le recours à un organisme spécialisé

- Les associations prestataires
- L'agrément

L'emploi d'un salarié par une personne âgée en perte d'autonomie

- Le recrutement

Les associations mandataires

Les étapes de l'attribution de l'APA

37

L'APA en établissement

I - LES RÈGLES DE BASE 41 DE L'APA EN ÉTABLISSEMENT

II - LES ÉLÉMENTS TECHNIQUES 42 POUR LES SERVICES INSTRUCTEURS

- Les établissements concernés
- L'instruction de l'APA en établissement
- La participation du bénéficiaire
- Le calcul de l'APA en établissement
- Les minima laissés au bénéficiaire et à son conjoint
- L'attribution de l'APA en établissement
- Dispositions transitoires

51

La transition avec les autres prestations

- De la PSD à l'APA
- De la PED à l'APA
- De l'ACTP à l'APA
- L'allocation différentielle

55

Les autres avantages de l'APA

- Exonération sociale
- Déduction fiscale

59

L'APA au jour le jour

- Le contrôle de l'effectivité de l'aide
- La suspension de l'aide
- Les possibilités de recours amiable

2

l'organisation et le financement de l'APA

67

La coordination du dispositif

- Des dispositifs conventionnels
- La coordination de l'action gérontologique

69

Le fonds de financement

- Le conseil d'administration
- Le conseil de surveillance
- Les recettes du fonds
- Les dépenses du fonds
- La répartition entre les départements
- Le montant par département

79

La loi APA et la réforme de la tarification

I - RAPPEL DES GRANDES LIGNES DE LA RÉFORME ⁸¹

- Les origines de la réforme
- Les principes de la réforme de la tarification
- Le tarif hébergement

- Le budget soins
- Le tarif dépendance
- La fixation et le paiement des tarifs
- Les principes comptables et gestionnaires
- La qualité des prestations
- La convention tripartite

II - LA LOI DU 20 JUILLET 2001 ⁸⁷ ET LA RÉFORME DE LA TARIFICATION

- Expérimentation d'une dotation « dépendance » globale
- La tarification provisoire
- La procédure normale de fixation des différents tarifs

- La révision des tarifs dépendance
- Instauration d'une caisse pivot
- Détermination des tarifs dépendance dans les établissements de moins de 25 places

91

L'évaluation du dispositif

- Un suivi statistique et financier
- Une évaluation du développement du dispositif
- Un bilan au Parlement

3

La loi ⁹⁵ Les décrets

1

L'instruction et le fonctionnement de l'APA

Introduction



Le vieillissement de la population – et ses conséquences sur la perte d'autonomie des personnes très âgées – s'annoncent comme l'un des défis majeurs de ce siècle.

Défi humain, car il faut imaginer des moyens originaux pour améliorer la vie des personnes âgées confrontées, à leur domicile ou en établissement, à une perte progressive de leur autonomie.

Défi économique, car le développement du maintien à domicile, le plus longtemps possible, est la seule façon de concilier les souhaits des personnes âgées et de leurs familles avec la nécessaire maîtrise des dépenses sociales. Dans le même temps, pour toutes les personnes âgées qui en ont besoin, il faut aussi renforcer la capacité des établissements d'accueil et promouvoir la qualité dans ces structures.

Défi social enfin, car la prise en charge de la perte d'autonomie repose sur une solidarité sans faille entre les générations.

La prestation spécifique dépendance, premier essai de réponse à ces défis, a vite rencontré ses limites, au point de concentrer sur elle des critiques venues de tous les horizons et de se développer dans des proportions que chacun sait très inférieures à la réalité des besoins.

L'allocation personnalisée d'autonomie entend apporter des réponses plus en phase avec les attentes individuelles et la nécessité d'une solidarité collective.

Son originalité ne se situe pas seulement en termes quantitatifs, avec les conditions d'accès plus larges d'une prestation universelle et la suppression du frein psychologique du recours sur succession. Elle est aussi plus souple – notamment dans la conception du plan d'aide et ses modalités d'utilisation – et plus ambitieuse pour l'avenir, avec la création du Fonds de modernisation de l'aide à domicile.

En établissement, l'APA s'inscrit pleinement dans le cadre de la réforme, décisive, du financement des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Ce guide pratique, qui pourra être mis à jour en fonction de l'évolution du dispositif, a précisément pour objet de vous faciliter la tâche, en rassemblant des dispositions contenues dans plusieurs textes législatifs ou réglementaires et en les illustrant par des exemples. Il rend compte de cette volonté d'adaptation à la diversité des situations. Un moyen, parmi d'autres, pour vous permettre de vous concentrer sur ce qui demeure le cœur de l'APA : imaginer les moyens de rendre la vie plus facile à ceux qui nous l'ont donnée...

L'APA POURQUOI ?

Près de 800 000 personnes de plus de 60 ans sont confrontées à des situations de perte d'autonomie. Améliorer leur prise en charge : tel est l'objectif de la loi du 20 juillet 2001, qui crée l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

l'essentiel

- L'APA s'adresse aux personnes âgées résidant à domicile ou en établissement.
- Elle est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire.
- Elle n'est pas soumise à condition de ressources, mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire.
- L'APA permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés.
- C'est une allocation personnalisée, répondant aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire.
- Elle est gérée par les départements.
- Sa gestion associe tous les partenaires concernés.

Qu'est-ce que l'allocation personnalisée d'autonomie ?

L'ambition de l'APA est de renforcer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, en leur permettant de bénéficier des aides nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Elle remplace l'actuelle prestation spécifique dépendance (PSD), qui répondait de manière trop partielle et inégale aux besoins identifiés.

La nouvelle allocation concerne à la fois les personnes âgées résidant à domicile et celles demeurant en établissement. Elle est fondée sur le libre choix du lieu de vie de la personne âgée et sur la possibilité, pour sa famille, de bénéficier d'un soutien dans l'aide qu'elle lui apporte.

Cinq objectifs prioritaires

La loi du 20 juillet 2001 définit cinq grandes orientations :

Instaurer un droit objectif et universel

L'allocation personnalisée s'adresse à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un soutien de la collectivité.

Elle est attribuée dans les mêmes conditions sur tout le territoire.

L'uniformisation des tarifs et des barèmes nationaux garantit l'égalité et la transparence du dispositif vis-à-vis des usagers. En effet, un tarif national fixe le montant maximum du plan d'aide à domicile en fonction du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire. Un barème national permet également de déterminer, en fonction des ressources de l'usager, la participation restant à sa charge.

Élargir le champ des bénéficiaires

L'une des caractéristiques de l'APA est de supprimer la condition de ressources et ses effets de seuil. La nouvelle allocation peut donc être attribuée à toute personne en perte d'autonomie, dès lors qu'elle répond aux conditions de base fixées par la loi (voir chapitre « L'APA, pour qui? »).

En outre, alors que la PSD était uniquement réservée aux personnes présentant un fort degré de dépendance (GIR 1 à 3), l'APA s'adresse aussi aux personnes moyennement dépendantes (GIR 4).

Près de 800 000 personnes pourraient, à terme, répondre aux conditions d'attribution de l'APA.

Favoriser des prises en charge diversifiées

L'APA est une prestation en nature personnalisée : elle est donc affectée à des dépenses précisément adaptées aux besoins particuliers de chaque allocataire.

Ainsi, l'APA peut être mobilisée pour financer toute une palette de services tels que l'aide ménagère, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, les aides techniques (pour la part non couverte par la Sécurité sociale) ou l'adaptation du logement et de l'environnement matériel. C'est à l'usager de choisir d'utiliser la totalité ou une partie seulement du « plan d'aide » proposé, ce dernier regroupant l'ensemble des aides et des services proposés (voir chapitre « L'APA à domicile »). Le bénéficiaire acquittera alors une participation sur la partie du plan d'aide choisie.

La création d'un « Fonds de modernisation de l'aide à domicile », intégré au « Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie », permet de soutenir les actions de formation, la professionnalisation des intervenants à domicile, ainsi que l'innovation et l'amélioration de la qualité des services.

Garantir une gestion de proximité, rigoureuse et transparente

L'APA est gérée par les départements. La mise en œuvre de cette prestation se fait en associant tous les partenaires concernés, sous la responsabilité du président du conseil général.

Ce partenariat s'illustre par la création d'une commission composée notamment de représentants du département et des organismes de Sécurité sociale, afin d'éclairer les décisions du président du conseil général en matière d'attribution de l'APA.

Par ailleurs, afin de garantir l'effectivité des droits des usagers, la procédure administrative d'instruction et la liquidation de la prestation sont définies plus précisément (par exemple, sur la date d'ouverture des droits).

Mobiliser la solidarité nationale

L'APA devant bénéficier à une population plus large et plus nombreuse, l'objectif est de conforter les financements existants.

Un « Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie » a donc été créé. Une fraction de la contribution sociale généralisée (0,10 point de CSG jusqu'à présent affecté au Fonds de solidarité vieillesse) lui est consacrée, ainsi qu'une participation des régimes obligatoires d'assurance vieillesse.

Les ressources de ce Fonds compléteront l'apport des départements, selon des modalités particulières (voir « Le Fonds de financement »).

Les « plus » de l'APA

Les dispositions de la nouvelle loi présentent un certain nombre d'évolutions par rapport au dispositif de la PSD :

- l'APA repose sur le principe d'un barème et de tarifs nationaux ;
- l'APA n'est pas soumise à condition de ressources ;
- l'APA s'adresse également aux personnes âgées appartenant aux GIR 4. Elle inclut donc les personnes moyennement dépendantes ;
- les sommes versées au titre de l'APA ne font pas l'objet d'une récupération sur la succession du bénéficiaire, ni sur les donations ;
- l'APA permet de prendre en charge des dépenses diversifiées, au-delà de la seule rémunération des intervenants à domicile ;
- les droits à l'APA sont ouverts à compter de la date d'enregistrement du dossier complet.

L'APA POUR QUI ?

La loi du 20 juillet 2001 fixe un certain nombre de règles générales d'accès à l'APA. Pour les demandeurs résidant à domicile comme pour ceux vivant en établissement, les conditions de résidence, d'âge et de perte d'autonomie sont identiques.

l'essentiel

- L'APA est accordée aux personnes âgées d'au moins 60 ans.
- Pour en bénéficier, il faut attester d'une résidence stable et régulière en France ou, à défaut, se faire domicilier auprès d'un organisme agréé.
- Les personnes classées dans les GIR 1 à 4 ont droit à l'APA, si elles remplissent les conditions d'âge et de résidence requises.
- La perte d'autonomie est appréciée sur la base de la grille nationale AGGIR, que le demandeur réside à domicile ou en établissement.

La résidence

Pour prétendre au bénéfice de l'APA, le demandeur doit attester d'une résidence stable et régulière en France. Au regard de la loi et du code de l'action sociale et des familles, cette disposition recouvre deux catégories de personnes :

- celles de nationalité française ayant leur résidence en France ;
- les personnes étrangères titulaires d'un titre de séjour en cours de validité.

Si la condition de résidence stable et régulière n'est pas remplie, le demandeur peut toutefois bénéficier de la prestation. Mais il doit alors se faire domicilier auprès d'un organisme public social ou médico-social, agréé conjointement par le représentant de l'État dans le département et par le président du conseil général. Cet organisme peut être :

- un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS) ;
- un centre local d'information et de coordination (CLIC) ;
- un organisme régi par le code de la mutualité ;
- un service d'aide à domicile agréé.

Attention

La loi définit une condition de résidence et non de nationalité. Les personnes étrangères peuvent donc prétendre à l'APA, dès lors qu'elles remplissent les conditions d'âge, de résidence et de perte d'autonomie prévues par la loi, et qu'elles attestent d'une carte de résidence ou d'un titre de séjour régulier.

Dans les textes

« Toute personne résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, 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. » (article I^{er} de la loi du 20 juillet 2001)

L'âge

L'allocation personnalisée d'autonomie ne peut être accordée qu'aux personnes âgées de 60 ans et plus. Les demandeurs peuvent donc déposer leur dossier de demande dès leur soixantième anniversaire.

Toutefois, les bénéficiaires ayant obtenu l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) avant 60 ans peuvent déposer une demande d'APA deux mois avant leur soixantième anniversaire. Ils peuvent également le faire deux mois avant chaque date d'échéance du versement, cette dernière étant fixée dans la décision d'attribution ou lors de la dernière révision périodique.

La perte d'autonomie

L'APA s'adresse aux personnes qui, au-delà des soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite d'être surveillé régulièrement.

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs.

À domicile, cette perte d'autonomie est appréciée par l'un des membres de l'équipe médico-sociale en charge de l'évaluation. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné.

L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites « discriminantes », sont utilisées pour le calcul du GIR :

- **Cohérence** : converser et/ou se comporter de façon sensée ;
- **Orientation** : se repérer dans le temps, dans les moments de la journée et dans les lieux ;
- **Toilette** : se laver seul ;
- **Habillage** : s'habiller, se déshabiller, se présenter ;
- **Alimentation** : manger les aliments préparés ;
- **Élimination** : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- **Transferts** : se lever, se coucher, s'asseoir ;
- **Déplacements à l'intérieur** du domicile ou de l'établissement : mobilité spontanée, y compris avec un appareillage ;
- **Déplacements à l'extérieur** : se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport ;
- **Communication à distance** : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme...

Sept autres variables, dites « illustratives », n'entrent pas dans le calcul du GIR, mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide :

- **Gestion** : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens ;
- **Cuisine** : préparer ses repas et les conditionner pour être servis ;
- **Ménage** : effectuer l'ensemble des travaux ménagers ;
- **Transport** : prendre et/ou commander un moyen de transport ;
- **Achats** : acquisition directe ou par correspondance ;
- **Suivi du traitement** : se conformer à l'ordonnance du médecin ;
- **Activités de temps libre** : pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps.

Chacune de ces dix sept rubriques est notée A, B ou C :

- **A** correspond à des actes accomplis seul spontanément, totalement et correctement ;
- **B** correspond à des actes partiellement effectués ;
- **C** correspond à des actes non réalisés.

Les six groupes iso-ressources prévus par la grille AGGIR peuvent être schématiquement caractérisés de la manière suivante :

- **Le GIR 1** correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie ;
- **Le GIR 2** regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
 - celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ;
- **Le GIR 3** correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- **Le GIR 4** comprend deux catégories de personnes âgées :
 - celles n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
 - celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- **Le GIR 5** comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- **Le GIR 6** se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA, dès lors que les conditions d'âge et de résidence sont remplies. Pour leur part, les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Une nécessité : faire évoluer les outils d'évaluation

Afin de mieux prendre en compte les besoins liés à la compensation de la perte d'autonomie, l'article 17 de la loi du 20 juillet 2001 crée un comité scientifique. Sa mission est d'adapter les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.

Composé de 15 membres nommés pour trois ans par arrêté du ministre en charge des personnes âgées, son rôle est triple :

- dresser un bilan de l'utilisation de la grille AGGIR ;
- proposer des adaptations de cette grille, notamment pour l'accompagnement et les aides techniques nécessaires aux personnes présentant une détérioration intellectuelle, des troubles psychiques ou des déficiences sensorielles ;
- harmoniser les modalités d'évaluation de la perte d'autonomie pour les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes handicapées.

Ses conclusions devront être présentées au Parlement avant le 31 janvier 2003.

L'APA COMMENT ?

Pour prétendre à l'allocation personnalisée d'autonomie, le demandeur doit constituer un dossier complet. Une procédure d'instruction est alors déclenchée, associant plusieurs acteurs sociaux et médico-sociaux.

l'essentiel

- **Le dossier de demande d'APA doit être adressé au président du conseil général.**
- **Les droits à l'APA sont ouverts à compter de la date d'enregistrement du dossier complet.**
- **Toutes les déclarations du demandeur peuvent être contrôlées par les services instructeurs auprès des institutions et organismes concernés.**
- **Ces derniers sont alors déliés de leur obligation au secret professionnel, sauf pour les informations médicales.**
- **À domicile, l'évaluation est effectuée par un médecin ou un travailleur social de l'équipe médico-sociale du département.**
- **En établissement, l'évaluation est faite sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, par un médecin conventionné.**
- **Si les demandeurs relèvent des GIR 1 à 4, ils reçoivent une proposition de plan d'aide.**

Le dossier de demande

Les démarches du demandeur

Pour bénéficier de l'APA, il faut en faire la demande. Pour cela, il suffit que l'intéressé ou un membre de son entourage retire un dossier de demande.

Il peut le faire dans différents lieux :

- les services du département (siège du conseil général et circonscriptions d'action sociale) ;
- les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale et les mairies ;
- les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- les services d'aide à domicile agréés ;
- les organismes régis par le code de la mutualité ;
- le cas échéant, l'établissement dans lequel il est accueilli.

Le dossier de demande complet doit contenir un certain nombre de pièces :

- une photocopie, au choix, du livret de famille, de la carte nationale d'identité, d'un passeport de la Communauté Européenne, d'un extrait ou d'un acte de naissance ;
- si le demandeur n'est pas ressortant d'un pays membre de l'Union Européenne, il doit remettre une photocopie de sa carte de résidence ou de son titre de séjour ;
- une photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition au titre de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) ;
- le cas échéant, une photocopie du justificatif des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP). Ce relevé doit être celui du futur bénéficiaire de la prestation et non celui d'un parent.

Par ailleurs, les rubriques du formulaire de demande doivent être clairement renseignées, notamment les éléments déclaratifs relatifs au patrimoine.

La demande d'APA doit être adressée directement par le demandeur au président du conseil général.

Les démarches des services

Les services du département disposent de dix jours pour accuser réception du dossier complet du demandeur ou l'informer des éventuelles pièces manquantes. Dans ce second cas de figure, et dès réception de ces justificatifs, les services ont à nouveau dix jours pour en accuser réception et informer le demandeur que son dossier est désormais complet.

Dans les deux cas, le courrier accusant réception du dossier complet doit mentionner la date d'arrivée de ce dossier complet au conseil général. Cette date servira en effet de point de départ, à la fois pour le début du délai maximum de deux mois pour l'instruction et pour l'ouverture des droits éventuels du bénéficiaire.

Le dossier complet s'entend comme celui comprenant un formulaire de demande intégralement rempli et les trois pièces justificatives prévues (fiche d'état civil, justificatifs des ressources et RIB ou RIP).

Attention

La date à prendre en compte est celle de la date d'enregistrement du dossier complet au conseil général, et non pas celle de l'envoi du courrier du président du conseil général accusant réception du dossier. En pratique, il s'agira de la date de l'enregistrement du courrier correspondant. Comme indiqué, cette date marquera le départ du délai de deux mois pour l'instruction et l'ouverture éventuelle des droits du demandeur.

À compter de l'enregistrement du dossier complet, les services doivent notifier leur décision d'attribution de l'APA au bénéficiaire dans un délai de deux mois. À défaut, l'allocation est accordée sur la base d'un montant forfaitaire et ce, jusqu'à la notification d'une décision expresse. Il en est de même en cas d'urgence d'ordre médical ou social (voir chapitre 4 « La procédure d'attribution »).

À domicile, ce montant forfaitaire est égal à 50 % du montant du tarif national correspondant au GIR 1, soit 533,47 € (3 499,34 francs). En établissement, il s'élève à 50 % du tarif afférent à la dépendance appliqué, dans la structure, aux résidents classés dans les GIR 1 et 2. Ces sommes s'imputent sur les montants d'APA versés ultérieurement.

À savoir

Le président du conseil général, auquel est adressé le dossier de demande d'APA, dispose de dix jours pour informer de son dépôt le maire de la commune de résidence de l'intéressé.

L'instruction du dossier

Elle comprend deux phases, menées en parallèle :

- la phase d'évaluation de la perte d'autonomie, qui s'effectue essentiellement sur la base de la grille AGGIR (voir chapitre « L'APA, pour qui ? ») ;
- la phase d'instruction administrative, à proprement parler.

L'évaluation de la perte d'autonomie

Les modalités concrètes de cette procédure diffèrent selon que le demandeur réside à domicile ou en établissement.

• À domicile

L'évaluation du degré de dépendance du demandeur intervient dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement du dossier de demande complet. Elle donne lieu à une visite à domicile d'au moins un des membres de l'équipe médico-sociale.

L'intéressé est préalablement informé, par les services du département, de la date de cette visite. Le conjoint ou l'entourage peuvent y assister, avec l'accord exprès du demandeur. S'il le souhaite, le demandeur peut également solliciter la présence de son médecin traitant.

Le degré de perte d'autonomie est évalué par le médecin ou le travailleur social de l'équipe médico-sociale sur la base de la grille nationale AGGIR. Les conditions de vie de la personne âgée sont également étudiées en vue d'élaborer un plan d'aide. Divers éléments de l'environnement matériel, social et familial du demandeur sont pris en compte :

- l'entourage : personne seule ou non, présence d'un conjoint ou d'un enfant, réseaux personnels ou professionnels... ;
- l'habitat : nature du logement, accessibilité, équipements, chauffage, état des sanitaires... ;
- les aides techniques : déambulateur, fauteuil roulant, canne, lève-malade... ;
- la situation géographique : proximité de commerces, existence de transports... ;
- l'existence de réseaux médicaux : médecins, pharmaciens... ;
- la présence de services d'aides à domicile ou de portage des repas... ;
- etc.

L'évaluation se déroule dans un climat d'écoute et de dialogue entre le demandeur, ses proches et l'équipe médico-sociale. Elle est l'occasion d'évoquer les grandes lignes d'un plan d'aide éventuel et de donner des conseils à l'intéressé et à sa famille.

• En établissement

L'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins de la personne est effectuée, sur la base de la grille AGGIR, sous la responsabilité du médecin coordonnateur de la structure ou à défaut, d'un médecin conventionné.

L'intéressé est alors classé dans l'un des six groupes iso-ressources. Ce classement détermine le tarif qui lui est appliqué et donc, le montant de l'allocation qui lui sera versée en fonction de ses ressources, après déduction de sa participation.

L'évaluation est transmise pour validation à un médecin du département et à un praticien conseil de la caisse d'assurance maladie. Cette transmission est couverte par le secret médical. En cas de désaccord, une commission départementale de coordination médicale décide du classement définitif de l'intéressé (voir chapitre « L'APA en établissement »).

À savoir

Lors de la révision périodique de l'APA, la procédure d'évaluation de la perte d'autonomie est identique à celle appliquée pour l'instruction de la demande.

L'instruction administrative du dossier

La procédure d'instruction administrative se poursuit avec la procédure de détermination du plan d'aide (pour l'APA à domicile). À domicile, deux cas de figure sont possibles :

- si le demandeur appartient à un GIR 1 à 4, l'équipe médico-sociale lui adresse une proposition de plan d'aide, qui doit être approuvée par lui ou son représentant (voir chapitre « L'APA à domicile ») ;
- si le demandeur relève des GIR 5 et 6, son degré de perte d'autonomie ne justifie pas l'élaboration d'un plan d'aide. Un compte-rendu de visite lui est alors adressé, avec des conseils adaptés à sa situation. Il est par ailleurs orienté vers sa caisse de retraite, afin d'étudier la possibilité d'autres aides.

Dans le cadre de l'instruction, les services concernés peuvent vérifier les déclarations des intéressés en demandant toutes les informations utiles aux administrations publiques, collectivités territoriales, organismes de Sécurité sociale et organismes de retraite complémentaire. Ces derniers sont tenus de les leur transmettre. Les informations communiquées ne peuvent contenir que les renseignements strictement nécessaires à la bonne instruction ou à la révision du dossier et doivent être diffusées sous le sceau de la confidentialité.

Contrôle et secret professionnel

Tous les agents du département intervenant dans le cadre de l'instruction, de l'attribution ou de la révision de l'APA, sont autorisés à contrôler les renseignements fournis par les demandeurs auprès des institutions et organismes concernés. Ces derniers sont alors déliés de leur obligation de secret professionnel, sauf pour les informations d'ordre médical. Les renseignements doivent être transmis dans des conditions garantissant leur confidentialité.

Dans ce cadre, les agents du département doivent respecter :

- le secret professionnel, s'il s'agit de travailleurs sociaux ;
- la discrétion professionnelle, pour les agents administratifs.

La violation du secret professionnel, prévue dans le code pénal, est passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende.

LA PROCÉDURE D'ATTRIBUTION

À l'issue de la phase d'instruction de la demande d'APA réalisée par l'équipe médico-sociale, la décision finale d'accorder l'allocation revient au président du conseil général, sur la base d'une proposition présentée par la commission de l'APA.

l'essentiel

- La décision d'attribution de l'APA est prise par le président du conseil général, sur proposition d'une commission regroupant principalement des représentants du conseil général et des organismes de Sécurité sociale.
- L'intéressé doit exprimer clairement son accord sur le plan d'aide proposé.
- La décision d'attribution doit être notifiée au demandeur dans un délai de deux mois à compter de la date d'enregistrement du dossier complet.
- Le recours à une procédure d'urgence est toutefois possible lorsque la situation du demandeur l'exige.
- Le droit à l'allocation est ouvert à compter de la date où le dossier a été enregistré comme étant complet.
- En cas de contestation, le bénéficiaire peut effectuer un recours auprès de la commission de l'APA (recours amiable) ou auprès de la commission départementale d'aide sociale (recours contentieux).

La commission de l'APA

La décision d'attribution de l'APA est prise par le président du conseil général sur proposition d'une commission. Cette instance – spécialement créée dans chaque département à l'occasion de la mise en place de cette prestation – comprend 7 membres :

- le Président du conseil général (ou son représentant), qui préside la commission ;
- 3 représentants du département, désignés par le président du conseil général ;
- 2 représentants des organismes de Sécurité sociale conventionnés avec le département, désignés par le président du conseil général ;
- un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant passé une convention avec le département dans le cadre de la mise en œuvre de l'APA. À défaut, il peut s'agir d'un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires.

Le rôle de la commission

Sur la base de l'instruction de la demande effectuée par l'équipe médico-sociale, la commission de l'APA propose au président du conseil général le montant de l'allocation correspondant aux besoins du demandeur, en tenant compte de ses ressources.

Au sein de la commission, les décisions sont prises à la majorité. En cas de partage des voix, son président dispose d'une voix prépondérante. En cas de désaccord du président du conseil général sur une proposition de la commission, cette dernière a l'obligation de formuler une nouvelle proposition et de la présenter lors de la réunion suivante.

À savoir

La fréquence des réunions de la commission de l'APA est laissée à l'appréciation du conseil général, en fonction des besoins recensés dans le département. Le cas échéant, le président du conseil général peut mettre en place des sous-commissions chargées de préparer le travail de la commission.

La notification de la décision

La décision sur l'attribution de l'APA est notifiée au demandeur, par courrier, par le président du conseil général. Elle précise le montant mensuel de l'allocation versée par le département, la participation financière laissée à la charge du bénéficiaire, le montant du premier versement et les délais de révision périodique. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai de deux mois à compter de la date d'enregistrement du dossier complet. Pour le calcul de ce délai, il est rappelé que le dossier complet s'entend comme celui comprenant un formulaire de demande intégralement rempli et les trois pièces justificatives prévues (fiche d'état civil, justificatifs des ressources et RIB ou RIP).

Attention

Si la décision sur la demande de l'APA n'est pas prise dans le délai de deux mois ainsi défini, le département a l'obligation de verser une somme forfaitaire égale à la moitié du plan d'aide prévu par le GIR 1, soit 533,47 €/mois (3 499,33 F). Cette somme s'imputera sur les montants de l'APA qui seront versés après la décision sur le fond.

En cas de refus d'attribution, la décision doit être motivée et doit mentionner les possibilités de recours ouvertes à l'intéressé. Dans ce cas, le demandeur peut, s'il souhaite contester cette décision, saisir directement la commission de l'APA (voir encadré page 24).

L'ouverture des droits

Lorsque l'APA est attribuée, les droits à cette allocation sont ouverts non pas à la date à laquelle la décision est notifiée au bénéficiaire, mais à la date d'enregistrement du dossier complet par les services chargés d'instruire la demande. Le bénéficiaire est informé de cette date par un courrier avec avis de réception envoyé par le président du conseil général. Par exemple, si la décision est notifiée le 15 avril, mais que le dossier complet a été enregistré le 10 mars, l'allocation est versée à compter de cette dernière date, sous réserve que le bénéficiaire fournisse ultérieurement les justificatifs sur l'utilisation de l'aide.

La procédure d'urgence

Si la situation du demandeur présente un caractère d'urgence d'ordre médical ou social, le président du conseil général attribue l'APA à titre provisoire. En l'occurrence, l'urgence médicale correspond notamment à une situation où l'absence d'une aide immédiate est de nature à compromettre le maintien à domicile du demandeur. Dans ce cas, le montant de l'APA est forfaitaire et atteint, au 1^{er} octobre 2001, 533,47 €/mois, soit 3 499,34 F (voir page 29). Cette décision prend effet à la date d'enregistrement de la demande et court jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu pour l'instruction de la demande.

À l'issue de ce délai de deux mois, deux cas de figure sont envisageables :

- le dossier a été réglé selon la procédure d'instruction ordinaire,
- il ne l'est pas encore et, dans ce cas, la prestation forfaitaire est maintenue jusqu'à la prise de décision.

Le recours amiable

La commission de l'APA peut être saisie directement par le demandeur de tout litige relatif à l'APA ou de toute décision arrêtée par le président du conseil général et portant notamment sur :

- le refus d'attribution de l'allocation lors d'une première demande ;
- sa suspension ;
- la révision de son montant ;
- l'appréciation du degré de perte d'autonomie ;
- un écart manifeste entre le montant de l'allocation et le barème national.

Pour étudier les litiges relatifs à l'APA, la commission est élargie à de nouveaux membres. Cinq représentants des usagers nommés par le président du conseil général – dont deux personnalités qualifiées désignées sur proposition du comité départemental des retraités et des personnes âgées (CODERPA) – participent aux réunions de la commission. Par ailleurs, pour un litige relatif à

l'appréciation de la perte d'autonomie, la commission doit recueillir l'avis d'un médecin différent de celui ayant procédé à l'évaluation initiale.

Au vu de la nouvelle proposition de la commission, son président est tenu de prendre une décision infirmant ou confirmant la décision initiale. Celle-ci est alors notifiée à l'intéressé dans les mêmes conditions que la demande initiale (voir paragraphe précédent).

Comment saisir la commission ?

La saisine de la commission de l'APA peut être effectuée par le demandeur, le bénéficiaire (ou son représentant), le maire de la commune de résidence ou le représentant de l'État dans le département. Le demandeur dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la décision contestée. Il doit adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à l'attention du président du conseil général. La commission dispose alors d'un délai d'un mois pour formuler une proposition en vue de régler le litige dont elle est saisie. Une fois la nouvelle proposition élaborée, la commission en informe le demandeur.

Attention ! Si l'intéressé souhaite exercer un recours contentieux, la saisine de la commission de l'APA suspend les délais relatifs à ce recours contentieux.

Le recours auprès de la commission départementale d'aide sociale

La décision prise par le président du conseil général peut être contestée. Indépendamment d'une éventuelle procédure amiable (voir paragraphe précédent), le bénéficiaire peut entamer une procédure de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. La demande doit être faite par le bénéficiaire lui-même (ou son représentant), le maire de la commune de résidence ou le représentant de l'État dans le département. Pour effectuer cette démarche, le demandeur dispose d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision du président du conseil général ou à compter de la proposition de la commission.

Lorsque la contestation porte sur l'appréciation du degré d'autonomie, la commission départementale sollicite l'avis d'un médecin diplômé en gériatrie ou titulaire d'une capacité en gérontologie et gériatrie, choisi sur une liste établie par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Le recours auprès de la commission centrale d'aide sociale

Le titulaire de l'APA, son représentant ou toute personne qualifiée, peut déposer un recours devant la commission centrale d'aide sociale dans un délai de deux mois à dater de la notification de la décision de la commission départementale d'aide sociale, pour faire appel de cette décision.

Si, à l'issue de ces démarches, la décision ne convient toujours pas à l'une ou l'autre des parties, la loi prévoit la possibilité – en dernier recours – de saisir le Conseil d'État.

L'APA À DOMICILE

L'APA attribuée dans le cadre du maintien à domicile repose sur l'élaboration d'un plan d'aide prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée (degré d'autonomie, environnement familial et social...). Une fois le plan accepté par le bénéficiaire, le montant des aides figurant dans le plan va servir de base au calcul de l'allocation qui sera versée.

l'essentiel

- Le plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale établit la liste des dépenses nécessaires au maintien à domicile de la personne âgée. Il s'agit d'aides à domicile (heures d'aide ménagère, service de portage de repas, heures de garde à domicile...) et/ou d'aides techniques (fauteuil, lit médicalisé...), pour la part non couverte par la Sécurité sociale.
- Dans le cadre du plan, l'équipe médico-sociale oriente les bénéficiaires les plus fragiles vers des services prestataires d'aide à domicile (sauf refus exprès des intéressés).
- Pour chaque GIR, le montant maximal du plan d'aide fait l'objet d'un barème arrêté au niveau national et revalorisé chaque année.
- Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge.

- Cette participation est modulée en fonction des ressources du bénéficiaire.
- La participation est nulle si le revenu mensuel du demandeur est inférieur à 1,02 fois le montant de la majoration pour tierce personne (soit 914,52 €/mois au 1^{er} octobre 2001). Dans ce cas, le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide.
- La participation varie ensuite progressivement de 0 à 80 % du montant du plan d'aide, si le revenu mensuel du demandeur est compris entre 1,02 fois et 3,40 fois le montant de la majoration pour tierce personne (soit un revenu compris entre 914,52 €/mois et 3 048,41 €/mois au 1^{er} octobre 2001). L'APA est alors égale au montant du plan d'aide diminué de cette participation.
- La participation du bénéficiaire est égale à 80 % du montant du plan d'aide si ses revenus sont supérieurs à 3,40 fois le montant de la majoration pour tierce personne (soit 3 048,41 €/mois au 1^{er} octobre 2001). L'APA est alors égale à 20 % du montant du plan d'aide.
- Elle est majorée de 10 % lorsque le bénéficiaire fait appel à un service prestataire non agréé.
- L'APA n'est pas cumulable avec certaines prestations ayant un objet similaire.
- L'allocation est versée mensuellement au bénéficiaire ou, sur sa demande, directement aux services d'aides à domicile figurant dans le plan d'aide. Par ailleurs, plusieurs mensualités peuvent être versées en une seule fois, afin de faire face à une dépense importante.
- Le bénéficiaire a la possibilité de faire appel à des services spécialisés d'aide à domicile ou d'employer directement un ou plusieurs salarié(s).

I – LA DÉTERMINATION DU PLAN D'AIDE ET DE L'APA

Le plan d'aide constitue une composante essentielle de l'APA à domicile. Établi par une équipe médico-sociale, dont l'un des membres au moins se déplace chez le bénéficiaire, le plan recense précisément les besoins du demandeur et les aides de toute nature nécessaires à son maintien à domicile. Son contenu est adapté à sa situation et tient compte de son environnement social et familial. Ainsi, le plan dresse la liste de l'ensemble des aides nécessaires au maintien à domicile du bénéficiaire. Dans ces conditions, l'APA sert à couvrir les dépenses figurant dans le plan d'aide.

Le contenu du plan d'aide

L'APA sert à financer toutes les dépenses figurant dans le plan (rémunération de services à domicile et aides techniques) qui, une fois mises en œuvre, permettront au bénéficiaire de l'APA de continuer à vivre chez lui.

pour les interventions à domicile :

il peut s'agir d'heures d'aide ménagère ou de garde à domicile (de jour comme de nuit) effectuées par une tierce personne, des frais d'accueil temporaire en établissement, d'un service de portage de repas, d'une télalarme, de travaux d'adaptation du logement, d'un service de blanchisserie à domicile, d'un service de transport, de dépannage et de petits travaux divers.

pour les aides techniques :

il peut s'agir d'un fauteuil roulant, de cannes, d'un déambulateur, d'un lit médicalisé, d'un lève malade, de matériel à usage unique pour incontinence (pour la part de ces dépenses non couvertes par l'assurance maladie)...

En fonction des besoins du demandeur, le plan d'aide peut ne contenir que des aides techniques. Par ailleurs, dans le cas d'une personne hébergée au sein d'une famille d'accueil, le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale peut prévoir des dépenses d'aides apportées directement à la famille d'accueil.

Ces listes ne sont pas exhaustives : d'autres aides ou services adaptés à la situation et à l'environnement du bénéficiaire peuvent être proposés.

À savoir

Le médecin chargé de l'évaluation de l'autonomie peut prendre contact avec le médecin traitant de la personne âgée, afin d'obtenir des informations complémentaires sur son état de santé.

Le médecin traitant a également la possibilité d'assister à l'évaluation à domicile, à la demande de la personne âgée ou de sa famille (et, dans ce dernier cas, avec l'accord exprès de l'intéressé(e)).

La notion de domicile

L'allocation personnalisée d'autonomie attribuée dans le cadre du maintien à domicile correspond à la situation du bénéficiaire qui habite effectivement chez lui ou au sein de sa famille. Mais la loi assimile également aux personnes résidant à leur domicile, celles qui :

- résident, à titre onéreux, au domicile d'une famille d'accueil préalablement agréée par le président du conseil général, dans le cadre de l'accueil familial ;
- sont hébergées en établissement pour personnes âgées dépendantes, d'une capacité inférieure à 25 places. Dans ce dernier cas, le contenu du plan d'aide obéit toutefois à des règles spécifiques (voir p. 41).

L'élaboration du plan

Une fois la visite à domicile effectuée et à partir des échanges avec le demandeur, l'équipe médico-sociale élabore puis transmet une proposition de plan d'aide au demandeur. Cette procédure obéit aux règles suivantes :

- Si le demandeur appartient à un GIR 1 à 4, l'équipe médico-sociale lui adresse une proposition de plan d'aide indiquant le montant de sa participation dans les 30 jours qui suivent l'enregistrement du dossier complet. L'intéressé dispose de 10 jours, à compter de la date de réception de la proposition, pour faire connaître par écrit ses observations ou son éventuel refus de tout ou partie du plan d'aide. Il reçoit alors une nouvelle proposition définitive dans les 8 jours par lettre recommandée avec avis de réception. Le refus exprès ou l'absence de réponse de l'intéressé dans les 10 jours sont alors considérés comme un abandon de sa demande ;
- Si le demandeur relève des GIR 5 et 6, son degré de perte d'autonomie ne le rend pas éligible à l'APA. Sa situation ne justifie donc pas l'élaboration d'un plan d'aide. Un compte-rendu de visite lui est néanmoins adressé, avec des conseils adaptés à sa situation et à ses besoins. En fonction de ses revenus, il est orienté vers sa caisse de retraite ou vers le conseil général, afin de bénéficier d'une prestation d'aide ménagère.

Pour les demandeurs relevant des GIR 1 ou 2, les personnes les plus isolées et celles souffrant de détérioration intellectuelle, l'équipe médico-sociale les oriente vers des services prestataires d'aide à domicile (sauf refus exprès de l'intéressé).

Attention

Pour éviter incompréhension et difficultés, il peut s'avérer utile que le courrier du département transmettant le plan d'aide à l'intéressé mentionne très clairement la nécessité d'une réponse de sa part, l'absence de réaction étant assimilée à un abandon de la demande de l'APA.

Le barème national

Le montant maximum du plan d'aide (A) attribuable est fixé par un barème arrêté au niveau national. Pour chaque groupe iso-ressource (GIR), il est calculé à partir du montant de la majoration pour tierce personne (S) de la Sécurité sociale, en appliquant les formules ci-dessous :

- GIR 1 : $A = S \times 1,19$;
- GIR 2 : $A = S \times 1,02$;
- GIR 3 : $A = S \times 0,765$;
- GIR 4 : $A = S \times 0,51$.

Sachant qu'au 1^{er} octobre 2001, le montant de la majoration pour tierce personne est de 896,59 €/mois (5 881,24 F), les plans d'aide sont ainsi plafonnés, à cette date, à :

- GIR 1 : A = 1 066,94 € (6 998,68 F) ;
- GIR 2 : A = 914,52 € (5 998,86 F) ;
- GIR 3 : A = 685,89 € (4 499,15 F) ;
- GIR 4 : A = 457,26 € (2 999,43 F).

Le montant de la majoration pour tierce personne, qui sert de base au calcul des plafonds du plan d'aide, est revalorisé chaque année dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Toutefois, une clause de sauvegarde prévoit que la revalorisation du barème de l'APA ne peut être inférieure à l'évolution de l'indice des prix à la consommation (hors tabac).

Le montant de l'APA

Il est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle laissée à sa charge et calculée en fonction de ses ressources (cf. *infra*).

La procédure d'urgence

Lorsque l'APA est attribuée à l'issue d'une procédure d'urgence, le montant perçu par le bénéficiaire correspond à une somme forfaitaire équivalente à la moitié du montant du plan d'aide prévu pour le GIR1, soit 533,47 €/mois (3 499,33 F) au 1^{er} octobre 2001. Cette avance est versée jusqu'à la décision sur le fond. Elle s'impute sur les montants de l'APA qui seront versées ultérieurement, une fois la situation régularisée.

La participation du bénéficiaire

Le ticket modérateur – c'est-à-dire la participation laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA – dépend de ses revenus. Il varie de la manière suivante :

- **pour un revenu mensuel inférieur à 1,02 fois le montant de la majoration pour tierce personne** (soit 914,52 € au 1^{er} octobre 2001), aucune participation n'est demandée ;
- **pour un revenu mensuel compris entre 1,02 et 3,40 fois le montant de la majoration pour tierce personne** (c'est-à-dire compris entre 914,52 € et 3 048,40 € au 1^{er} octobre 2001), la participation varie progressivement de 0 % à 80 % du montant du plan d'aide. La participation notée P est précisément déterminée en appliquant la formule suivante :

$$P = A \times \frac{[R - (S \times 1,02)]}{S \times 2,38} \times 80 \%$$

Où :

A représente le montant du plan d'aide proposé ;

R représente le revenu mensuel du bénéficiaire ;

S représente le montant de la majoration pour tierce personne.

Pour information, le coefficient de 2,38, utilisé dans cette formule, est le résultat de la différence entre 3,40 et 1,02 ;

- **Pour un revenu supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration pour tierce personne** (soit 3 048,40 €, au 1^{er} octobre 2001), la participation du bénéficiaire est égale à 80 % du montant du plan d'aide proposé :

$$P = A \times 80 \%$$

Attention

Quel que soit son montant, la participation peut être majorée de 10 % si le bénéficiaire a recours à un service non agréé ou à une aide à domicile non qualifiée. Le niveau de qualification demandé sera précisé par un arrêté.

À savoir

Si l'APA est versée à l'un ou aux deux membres d'un couple résidant conjointement à domicile, les ressources de l'une ou des deux personnes sont calculées en divisant le total des revenus du couple par 1,7.

Le calcul de l'allocation

Dans ces conditions, l'allocation versée au bénéficiaire (notée ici APA) est égale au montant du plan d'aide (A) diminué de la participation du bénéficiaire (P) :

$$APA = A - P.$$

Trois cas de figure peuvent se présenter :

- $APA = A$
si le revenu est inférieur ou égal à 1,02 fois le montant de la majoration pour tierce personne ;
- $APA = A - A \times \frac{[R - (S \times 1,02)]}{S \times 2,38} \times 80 \%$
si le revenu est compris entre 1,02 fois et 3,40 fois le montant de la majoration pour tierce personne ;
- $APA = A \times 20 \%$
si le revenu est supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration pour tierce personne.

L'APA par l'exemple

Marie à 83 ans. Elle vit seule à son domicile et dispose d'un revenu de 1 900 €/mois (soit près de 12 500 F). Compte tenu de sa perte importante d'autonomie, elle relève du GIR 1. Le montant du plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale est de 900 €/mois (soit 5 900 F/mois).

Sa participation s'élèvera à :

$$900 \times \frac{[1\,900 - (896,59 \times 1,02)]}{896,59 \times 2,38} \times 80 \% \quad \text{soit } 332,51 \text{ €}.$$

Dans ces conditions, son allocation mensuelle sera donc de :

$$900 - 332,51 = 567,49 \text{ €}.$$

L'APA par l'exemple

Louise est une veuve âgée de 74 ans. Elle vit seule à son domicile et dispose de 900 €/mois (soit environ 5 900 F) de revenus par mois. Lors de sa demande d'allocation, l'équipe médico-sociale a apprécié son degré de perte d'autonomie : Louise relève du GIR 4 et le plan d'aide qui lui a été proposé s'élève à 350 € (soit près de 2 300 F). Compte-tenu de ses revenus, aucune participation ne lui sera demandée. Dans ces conditions, le montant de son allocation mensuelle sera égal au montant du plan d'aide, soit 350 €.

L'APA par l'exemple

Alphonse et Madeleine sont mariés et âgés respectivement de 78 et 72 ans. Ils ont un revenu de 2 400 €/mois (soit environ 15 743 F). Ils souffrent tous les deux d'une perte d'autonomie. Alphonse relève du GIR 2 et le montant de son plan d'aide est évalué à 760 € (4 985,27 F). Madeleine est classée en GIR 4 et son plan d'aide est de 320 € (2 099,06 F). Pour déterminer le montant de leur participation, il faut d'abord calculer les ressources de chacun d'eux. Celles-ci sont égales au revenu du couple divisées par 1,7 soit : $2\,400 / 1,7 = 1\,411,76$ €.

Dans ces conditions, la participation laissée à la charge d'Alphonse s'élèvera à :

$$760 \times \frac{[1\,411,76 - (896,59 \times 1,02)]}{896,59 \times 2,38} \times 80 \% \quad \text{soit } 141,68 \text{ €}.$$

Son allocation mensuelle sera donc de : $760 - 141,68 = 618,32$ €.

De son côté, Madeleine devra s'acquitter d'une participation de :

$$320 \times \frac{[1\,411,76 - (896,59 \times 1,02)]}{2,38 \times 896,59} \times 80 \% \quad \text{soit } 59,65 \text{ €}.$$

Son allocation mensuelle sera donc de : $320 - 59,65 = 260,35$ €.

Les ressources prises en compte

Comme indiqué dans les paragraphes précédents, lorsqu'une participation est demandée au bénéficiaire de l'APA, celle-ci est calculée en fonction de ses ressources. Ces dernières correspondent :

- au revenu déclaré sur le dernier avis d'imposition ou de non imposition remis lors de la demande d'APA ;
- aux revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125A du code général des impôts.

Dans le cas d'un couple, les ressources du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité (PACS) sont également prises en compte.

À ces revenus s'ajoutent les biens en capital qui ne sont ni exploités ni placés, censés procurer au demandeur un revenu annuel évalué à 50 % de leur valeur locative – pour des immeubles bâtis – et à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis (ces valeurs figurent sur les documents relatifs à la taxe foncière), et à 3 % des biens en capital. Toutefois, cette disposition ne s'applique pas à la résidence principale si elle est effectivement occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin, la personne avec qui il a conclu un PACS, ou ses enfants ou petits-enfants.

Les ressources non prises en compte

Ne sont donc pas prises en compte dans le calcul du revenu servant à déterminer la participation du bénéficiaire de l'APA diverses ressources non déclarables ou non soumises à prélèvement libératoire. Il s'agit :

- de la retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques ;
- des pensions alimentaires, des concours financiers versés par les descendants ;
- des rentes viagères, à condition qu'elles aient été constituées en faveur du demandeur par un ou plusieurs de ses enfants, ou lorsqu'elles ont été constituées par le demandeur lui-même ou son conjoint, pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie ;
- des prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité, de l'assurance accident du travail ou des prestations en nature dues au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- des allocations de logement, de l'aide personnalisée au logement et des primes de déménagement ;
- de l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail ;
- de la prime de rééducation et du prêt d'honneur ;
- de la prise en charge des frais funéraires ;
- du capital décès versé par un régime de sécurité sociale.

Les règles de non-cumul

L'APA n'est pas cumulable avec plusieurs prestations ayant un objet similaire. Il s'agit :

- de la majoration pour l'aide constante d'une tierce personne, versée aux titulaires d'une pension d'invalidité du régime général de la Sécurité sociale, substituée à une pension d'invalidité ou attribuée ou révisée pour inaptitude au travail, dès lors que l'intéressé a été dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans ;
- de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) attribuée aux personnes handicapées ;
- de l'allocation représentative de services ménagers ;
- d'une aide en nature versée par le conseil général au titre de l'aide sociale et accordée sous forme d'heures d'aide ménagère.

L'APA est en revanche cumulable avec les aides facultatives des organismes de Sécurité sociale, des conseils généraux et des communes, sous réserve de l'absence d'une délibération contraire prise par leurs instances de décision.

Le versement de l'APA

L'APA est versée mensuellement à son bénéficiaire. Elle doit être mandatée au plus tard le 10 du mois pour lequel elle est servie. Cependant, une partie de son montant peut être versée selon une périodicité différente. Ainsi, sur proposition de l'équipe médico-sociale effectuée à l'issue de l'évaluation de la situation du demandeur, le conseil général peut verser, en une seule fois, plusieurs mensualités de l'APA (dans la limite de 4 mensualités au cours d'une année). Cette possibilité est notamment ouverte dans le cas où l'achat d'une aide technique ou le financement de travaux d'adaptation du logement – qui constituent des dépenses non renouvelables – sont nécessaires.

Autre caractéristique: après accord du bénéficiaire, l'APA peut être versée directement aux services prestataires d'aide à domicile mentionnés dans le plan d'aide. Cette décision peut être revue à tout moment par le bénéficiaire.

Enfin, si le montant de l'allocation – déduction faite de la participation du bénéficiaire – est inférieur ou égal à trois fois la valeur brute du SMIC horaire (6,67 €/heure, soit 43,72 F au 1^{er} octobre 2001), l'APA n'est pas versée. Par ailleurs, pour le conseil général, les indus ne sont pas recouverts lorsque leurs valeurs sont inférieures ou égales à ce même montant.

À savoir

Le premier versement de l'APA doit intervenir dans le premier mois qui suit la décision d'attribution. Celui-ci comprend le versement de l'allocation pour le mois en cours, auquel s'ajoutent – à titre rétroactif – les montants dus à compter de la date d'enregistrement du dossier complet.

II – LES MODALITÉS D'UTILISATION DE L'APA

Le recours à un organisme spécialisé

Le bénéficiaire de l'APA peut faire appel à des services à domicile proposés par des organismes spécialisés. Dans ce cas, plusieurs possibilités s'offrent à lui: en fonction de sa situation et de l'offre de services effectivement disponible, il peut recourir à un service proposé par sa commune (centre communal d'action sociale), une association agréée par l'État au titre des emplois familiaux ou une entreprise. Celles-ci proposent alors l'intervention d'un salarié à domicile. Le bénéficiaire de l'APA a la possibilité de rémunérer ces organismes au moyen du titre emploi service.

Les associations prestataires

Elles mettent à la disposition du bénéficiaire de l'APA une ou plusieurs personnes qui vont intervenir à son domicile. Elles fournissent une prestation de service qui donne lieu à une facturation que l'APA permet d'acquitter. Les personnes qui interviennent à domicile sont salariées par l'association, qui assure toutes les obligations et les responsabilités d'un employeur. Celle-ci garantit aussi la continuité du service et le remplacement de l'aide à domicile en cas de congés, maladie, etc. Les salariés de l'association bénéficient de l'encadrement d'une personne référente, ce qui constitue une sécurité pour l'usager comme pour le salarié. Ces associations sont réservées:

- 1) aux personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou intellectuel ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial;
- 2) aux personnes classées dans les GIR 1 et 2.

L'agrément

Dans le cadre des emplois à caractère familial, les associations mandataires et prestataires qui proposent des services au domicile des particuliers doivent être préalablement agréées par l'État. Deux formes d'agrément existent :

- l'agrément simple ;
- l'agrément qualité.

Pour les associations intervenant auprès des publics fragiles – notamment auprès des personnes âgées de plus de 70 ans – l'agrément qualité est obligatoire. Il est délivré par le préfet du département pour un an renouvelable. Il peut être retiré ou suspendu sur décision du préfet si l'association ne remplit plus les conditions requises.

La continuité du service

Le recours à une association garantit la continuité du service rendu au bénéficiaire de l'APA. En cas d'absence de l'employé qui se rend habituellement au domicile, l'association s'engage à le remplacer dans les plus brefs délais. C'est notamment le cas, durant les congés annuels ou lors des absences en raison de maladie ou de maternité.

L'emploi d'un salarié par la personne âgée en perte d'autonomie

Lorsque l'APA est attribuée, son bénéficiaire peut choisir d'employer et de rémunérer une ou plusieurs personnes intervenant à son domicile (à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité). Dans ce cas, il devient lui-même employeur, soit directement (gré à gré) soit par le biais d'une association (association mandataire).

Il doit se conformer aux dispositions prévues par le droit du travail et suivre les règles qui s'appliquent aux salariés relevant de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur.

La participation du bénéficiaire est majorée de 10 % lorsque celui-ci fait appel à un emploi direct ne présentant pas le niveau de qualification requis.

Le recrutement

La personne qui travaille à domicile doit obligatoirement posséder un numéro de Sécurité sociale personnel. Les étrangers non ressortissants de l'Union Européenne doivent être titulaires d'un titre de séjour ou d'une carte de résident en cours de validité. Par ailleurs, à l'issue de la période d'essai, l'employeur a l'obligation d'inscrire un salarié travaillant à temps complet dans un centre de médecine du travail, pour s'assurer de son aptitude médicale à exercer son activité. Cette démarche est facultative dans le cas d'un salarié employé à temps partiel.

Les associations mandataires

En choisissant une association mandataire, le bénéficiaire de l'APA reste l'employeur de la personne qui travaille à son domicile. Cependant, l'association décharge le bénéficiaire de toutes les formalités administratives (recrutement, contrat de travail, établissement du bulletin de salaire, déclaration à l'URSSAF...). Elle effectue un prêt de main d'œuvre. L'association intermédiaire assure également la continuité du service auprès du bénéficiaire.

Les étapes de l'attribution de l'APA à domicile

Le tableau ci-dessous résume les différents étapes de la procédure d'attribution de l'APA. Chacune d'elles précise, le cas échéant, les délais qui s'y rapportent, ainsi que la nature de celui qui en est à l'origine. Les explications détaillées de ces différentes étapes figurent dans les chapitres correspondants du présent document :

LES ÉTAPES	DEMANDEUR	ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE	PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL
Demande d'APA	•		
Remplissage du dossier de demande et envoi du dossier au conseil général	•		
Accusé de réception du dossier dans les 10 jours après l'envoi. Si le dossier est incomplet, l'accusé de réception mentionne les pièces manquantes à retourner			•
Envoi des pièces manquantes	•		
Accusé de réception du dossier complet adressé dans les 10 jours après l'envoi			•
Visite d'évaluation à domicile	•	•	
Envoi d'une proposition de plan d'aide (dans le mois qui suit la réception du dossier complet)		•	
Possibilité pour le demandeur de faire connaître ses observations ou son éventuel refus (réponse dans un délai de 10 jours)	•		
En cas de refus du plan d'aide, une proposition définitive est adressée à l'intéressé dans les 10 jours par lettre avec avis de réception		•	
En l'absence de réponse de l'intéressé dans les 10 jours, la demande est réputée abandonnée			•
Décision d'attribution et notification à l'intéressé			•
Possibilité de recours amiable devant la commission de l'APA dans un délai de 2 mois	•		
Possibilité de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale, dans un délai de 2 mois	•		

L'APA EN ÉTABLISSEMENT

En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance. À ce titre, elle contribue à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie et améliore la vie des personnes âgées concernées. Elle est également indissociable de la réforme de la tarification des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

l'essentiel

- L'évaluation de la perte d'autonomie des demandeurs d'APA en établissement est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur de ce dernier, puis validée par un médecin du conseil général et de la caisse d'assurance maladie.
- Le montant de l'APA en établissement est égal à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement applicable au GIR de rattachement du demandeur et la participation laissée à la charge de ce dernier.
- Le montant de la participation demandée est fixe et égal au tarif dépendance applicable aux GIR 5 et 6, jusqu'à un niveau de revenu égal à 2,21 fois le montant de la

majoration pour aide constante d'une tierce personne (896,59 € – ou 5 881,24F – au 1^{er} octobre 2001).

Il progresse ensuite avec le niveau de revenu du bénéficiaire, avant de se stabiliser à un peu plus de 80 % du montant du tarif dépendance applicable, à partir d'un niveau de revenu supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

- Des montants mensuels minimum de ressources doivent être laissés au bénéficiaire de l'APA en établissement et, le cas échéant, à son conjoint, son concubin ou la personne unie par un PACS, et qui demeure au domicile.**
- L'APA en établissement peut être versée à son bénéficiaire, à l'établissement ou être intégrée, à titre expérimental, dans une dotation globale afférente à la dépendance versée à ce dernier.**
- Des dispositions transitoires, dans l'attente de la signature des conventions pluriannuelles, permettent au président du conseil général de fixer, jusqu'au 31 décembre 2003, le montant des tarifs dépendance de chaque établissement et de verser une allocation personnalisée d'autonomie provisoire.**

Les modalités de calcul de l'APA en établissement – prestation dont la logique est étroitement liée à la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) – obéit à des règles et à des formules précises, parfois trop complexes pour être détaillées en l'état aux demandeurs.

Aussi le présent chapitre se compose-t-il de deux parties d'inégale importance :

- Les éléments de base permettant d'expliquer les modalités de calcul de la prestation aux demandeurs et à leur famille, et de répondre à leurs questions ;
- Les éléments techniques, à destination des responsables des institutions concernées et des services instructeurs, détaillant et explicitant le calcul de l'APA en établissement.

I – LES RÈGLES DE BASE DE L'APA EN ÉTABLISSEMENT

L'APA en établissement est destinée à aider son bénéficiaire à acquitter le « tarif dépendance » de sa structure d'accueil.

Ce tarif est l'une des trois composantes de la nouvelle tarification des établissements (voir page 76). En effet, dans un souci de transparence et d'équité, le coût du séjour dans un établissement accueillant des personnes âgées ayant perdu leur autonomie comprendra désormais trois parties :

- Un **tarif** d'hébergement, réglé par la personne accueillie ou, en cas d'insuffisance de revenus, par l'aide sociale départementale.
- Un **tarif soins**, financé par l'assurance maladie.
- Un **tarif dépendance** réglé, grâce à l'APA, par les personnes ayant perdu leur autonomie et bénéficiant donc d'un soutien accru de la part de leur établissement d'accueil.

Dans le cadre général ainsi défini, l'APA est une allocation mensuelle, qui correspond à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire et la participation laissée à sa charge. L'APA peut être versée entre les mains de son bénéficiaire ou – à la demande ou avec l'accord de ce dernier – directement à l'établissement concerné.

Le calcul de l'APA repose sur la combinaison de trois éléments :

- le GIR (groupe iso-ressources) du bénéficiaire, c'est-à-dire son degré d'autonomie ;
- les tarifs dépendance de l'établissement pour les différents GIR ;
- les ressources du bénéficiaire, qui vont déterminer le niveau de sa participation (c'est-à-dire la part du tarif dépendance laissée à sa charge).

Dans chaque établissement, il existe trois tarifs dépendance, correspondant respectivement aux GIR 1 et 2, aux GIR 3 et 4 et aux GIR 5 et 6 (le classement dans ces deux derniers GIR n'ouvrant pas droit à l'APA).

La participation du bénéficiaire est calculée de façon différente selon ses revenus.

Globalement, on peut retenir les règles résumées dans le tableau de la page suivante.

REVENU DU BÉNÉFICIAIRE	CALCUL DE SA PARTICIPATION MENSUELLE
1° Revenu inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne <i>(inférieur à environ 1 981 €, ou 13 000 F, au 1/10/01)</i>	Participation fixe, égale au montant mensuel du tarif dépendance de l'établissement pour les GIR 5 et 6.
2° Revenu compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de la majoration <i>(compris entre environ 1 981 et 3 049 €, ou entre 13 000 et 20 000 F, au 1/10/01)</i>	Participation égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, auquel s'ajoute, selon le niveau de revenu, de 20 % à 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire.
3° Revenu supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration <i>(supérieur à environ 3 049 €, ou 20 000 F, au 1/10/01)</i>	Participation fixe, égale au montant du tarif dépendance pour les GIR 5 et 6, plus 80 % du tarif dépendance de l'établissement pour le GIR du bénéficiaire.

II – LES ÉLÉMENTS TECHNIQUES POUR LES SERVICES INSTRUCTEURS

Les conditions générales d'accès à l'APA en établissement sont identiques à celles retenues pour l'APA à domicile. Il existe toutefois quelques spécificités, qui tiennent au contexte particulier de cette forme de l'allocation.

Les établissements concernés

Aux conditions relatives à l'âge, à la résidence en France et à la perte d'autonomie s'ajoute en effet une condition spécifique concernant la nature de l'institution accueillant le demandeur. Pour prétendre au bénéfice de l'APA, ce dernier doit en effet être résident d'un établissement social ou médico-social accueillant de façon permanente des personnes âgées.

Par ailleurs, les établissements dont le GIR moyen pondéré (GMP) est supérieur à 300 doivent, pour pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes, signer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département (voir page 87). Cette convention devra elle-même être conforme aux dispositions du cahier des charges national, établi par l'arrêté ministériel du 26 avril 1999, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.

Ces conventions devront avoir été signées avant le 31 décembre 2003 au plus tard.

Les établissements d'une capacité autorisée inférieure à 25 places, peuvent toutefois déroger à la tarification des soins, telle qu'elle résulte du décret N°99-316 du 26 avril 1999 instaurant une tarification ternaire (tarifs hébergement, soins et dépendance).

Les établissements de moins de 25 places

Dans les établissements de moins de 25 places, l'allocation attribuée aux résidents est considérée comme une APA à domicile – ce qui inclut la nécessité d'élaborer un plan d'aide – l'APA étant alors égale à la différence entre la valorisation de ce plan d'aide et le montant de la participation éventuelle laissée à la charge du bénéficiaire.

Toutefois, le plan d'aide prend en compte deux éléments :

- les charges supplémentaires de fonctionnement de l'établissement (salaires, charges sociales, frais spécifiques...) correspondant à la prise en charge de la personne âgée dépendante;
- les éventuelles interventions et aides extérieures auprès du bénéficiaire. Il s'agira en pratique d'interventions qui ne peuvent être assurées avec les moyens propres de l'établissement (ex. : heures d'aide ménagère).

Le décret n°2001 – 1085 du 20 novembre 2001, précise les modalités de calcul de l'intégration des charges de fonctionnement de l'établissement dans la valorisation du plan d'aide.

L'instruction de l'APA en établissement

Outre les lieux de retrait du dossier utilisés pour l'APA à domicile (conseil général, mairie, CCAS...), le dossier de demande de l'APA en établissement peut aussi être remis par le directeur de la structure d'accueil. L'instruction de cette demande obéit aux règles générales applicables à cette prestation (cf. chapitre correspondant). Elle repose en particulier sur une utilisation de la grille AGGIR et sur un classement entre les différents GIR, similaire au cas de l'APA à domicile.

L'instruction d'une demande d'APA en établissement présente néanmoins certaines caractéristiques spécifiques :

- L'évaluation du degré de perte d'autonomie des résidents et leur classement dans le GIR correspondant sont effectués, non par l'équipe médico-sociale du conseil général, mais sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement ou, à défaut, d'un médecin conventionné;

Attention

En établissement, le degré de dépendance de l'ensemble des résidents et des nouveaux arrivants est évalué sous la responsabilité du médecin coordonnateur. Ceci est indispensable pour calculer le GIR moyen pondéré de l'établissement et la valeur du point dépendance, qui servent de base au calcul des tarifs dépendance.

Cette évaluation « collective » ne présage pas nécessairement du dépôt d'une demande d'APA, qui reste une démarche individuelle.

- Ces évaluations sont transmises, aux fins de contrôle et de validation, à un médecin du conseil général, ainsi qu'à un praticien conseil de la caisse primaire d'assurance maladie. Dans ce cadre, les textes prévoient différents cas de désaccord et possibilités de recours :
 - En cas de désaccord entre ces deux médecins sur la validation de l'évaluation des GIR de l'établissement, le dossier est transmis à la commission départementale de coordination médicale, qui détermine le total des GIR de l'établissement.
 - En cas de désaccord entre le médecin coordonnateur et les deux médecins chargés du contrôle et de la validation, ces derniers déterminent les GIR de l'établissement. Le directeur de l'établissement peut contester la décision prise devant la commission départementale de coordination médicale.
 - En cas de désaccord sur son classement dans un GIR, tout résident peut saisir la commission de règlement amiable des litiges, qui siège auprès du président du conseil général. Il peut également saisir la commission départementale d'aide sociale.

À savoir

La commission départementale de coordination médicale, dont le fonctionnement a été défini par l'arrêté du 26 avril 1999, regroupe un médecin inspecteur de santé publique (DDASS ou DRASS), un médecin du conseil général, un médecin conseil de l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie représentés dans le département.

Outre son rôle de recours en cas de désaccord, elle participe à la bonne organisation des opérations de classement par GIR, à la formation des équipes médico-sociales sur l'utilisation de la grille AGGIR, à la définition des modalités de contrôle et de validation des évaluations effectuées par les établissements, ainsi qu'à la transmission d'informations statistiques sur les GIR.

- Le niveau de la perte d'autonomie de chaque bénéficiaire de l'APA fait l'objet d'une révision périodique. La fréquence de cette dernière est définie par la convention pluriannuelle qui doit être signée entre l'établissement, le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département ;
- L'instruction de l'APA en établissement ne donne pas lieu à l'élaboration d'un plan d'aide. L'APA en établissement a en effet pour objet d'aider son bénéficiaire à acquitter le tarif dépendance, ce dernier ayant lui-même pour finalité de renforcer et d'améliorer la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

À savoir

Comme pour l'APA à domicile, le président du conseil général peut prononcer une attribution de l'APA en établissement à titre provisoire, en cas d'urgence attestée d'ordre médical ou social. Dans ce cas, le montant de cette APA provisoire est égal à 50 % du tarif dépendance de l'établissement concerné pour les GIR 1 et 2. La prestation est attribuée à compter du jour du dépôt de la demande jusqu'à la décision sur l'attribution de l'APA, y compris si celle-ci intervient dans un délai supérieur à deux mois. Les droits de la personne sont maintenus en cas de défaut d'instruction dans les deux mois.

La participation du bénéficiaire

Comme dans le cas de l'APA à domicile, une participation est laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA en établissement. Son montant est calculé en fonction de ses revenus et de son GIR de rattachement.

Les revenus sont répartis en trois classes :

- Les revenus mensuels inférieurs à **2,21** fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne servie par la Sécurité sociale (article L. 355-1 du code de la Sécurité sociale) ;

Ceci correspond, au 1^{er} octobre 2001, aux revenus inférieurs à 896,59 € (5 881,24 F) x 2,21 = **1 981,46 €** (12 997,54 F).

- Les revenus mensuels compris entre **2,21** et **3,40** fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Ceci correspond, au 1^{er} octobre 2001, aux revenus compris entre **1 981,46 €** (12 997,54 F) et **3 048,40 €** (19 996,21 F).

- Les revenus mensuels supérieurs à **3,40** fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Ceci correspond, au 1^{er} octobre 2001, aux revenus supérieurs à **3 048,40 €** (19 996,21 F).

Chacun de ces trois groupes de revenus obéit à un mode particulier de calcul de la participation du bénéficiaire de l'APA :

Pour les revenus mensuels inférieurs à 2,21 fois le montant de la majoration

pour aide constante d'une tierce personne, la participation laissée à la charge du bénéficiaire est égale au tarif dépendance de l'établissement concerné pour les GIR 5 et 6 :

$$P = TD\ 5/6$$

Où :

- P = montant de la participation ;
- TD 5/6 = tarif dépendance mensuel de l'établissement applicable aux résidents classés en GIR 5 et 6.

La référence au tarif dépendance des GIR 5 et 6 est constante. Elle s'applique donc au calcul de la participation des bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 à 4.

À savoir

Si le bénéficiaire de l'APA en établissement ne dispose pas des ressources nécessaires pour acquitter sa participation, celle-ci peut être prise en charge au titre de l'aide sociale départementale aux personnes âgées. L'instruction de cette demande se fait alors selon le droit commun de l'admission à l'aide sociale, tel que défini par le livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles.

Pour les revenus mensuels compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de la majoration

pour aide constante d'une tierce personne, la formule de calcul de la participation est la suivante :

$$P = TD\ 5/6 + \frac{[(A - TD\ 5/6) \times (R - (S \times 2,21))] \times 80\ \%}{S \times 1,19}$$

Où :

- P = montant de la participation ;
- TD 5/6 = tarif dépendance mensuel de l'établissement applicable aux résidents classés en GIR 5 et 6 ;
- A = tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire ;
- R = revenu mensuel de l'intéressé ;
- S = montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

La participation du bénéficiaire combine donc le montant du tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6, plus une fraction – s'élevant progressivement avec le revenu – du tarif dépendance applicable au GIR de l'intéressé.

Pour les revenus mensuels supérieurs à 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, le montant de la participation laissée à la charge du bénéficiaire est déterminé selon la formule suivante :

$$P = TD\ 5/6 + [(A - TD\ 5/6) \times 80\ %]$$

Où :

- P = montant de la participation ;
- TD 5/6 = tarif dépendance mensuel de l'établissement applicable aux résidents classés en GIR 5 et 6 ;
- A = tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire.

La participation du bénéficiaire combine donc le montant du tarif dépendance de l'établissement applicable aux GIR 5 et 6, plus 80 % du tarif dépendance applicable au GIR de l'intéressé.

Dans le cas où le demandeur vit en couple, ses ressources prises en compte pour le calcul de sa participation correspondent au total de ses ressources – calculées dans les conditions de droit commun de l'APA – divisées par 2 :

$$RC = R / 2$$

Où :

- RC = revenu à prendre en compte dans le calcul de la participation, dans le cas d'un demandeur vivant en couple ;
- R = revenu total du couple.

Si l'un des deux membres du couple continue de vivre à son domicile, il convient de déduire au préalable le montant du minimum de ressources qui lui est garanti par la loi (sur ce point, voir *infra* le paragraphe « Les minima laissés au bénéficiaire et à son conjoint »). Dans ce cas, le calcul devient :

$$RC = (R - MG) / 2$$

Où :

- MG : minimum garanti laissé au conjoint, concubin ou personne unie par un PACS et qui reste au domicile.

Ces calculs s'appliquent dans tous les cas de figure, dès lors qu'il y a couple :

- un seul membre du couple est demandeur de l'APA ;
- les deux membres du couple sont demandeurs de l'APA ;
- un membre du couple est déjà bénéficiaire de l'APA et le second la demande également.

À savoir

Les revenus à prendre en compte pour calculer le montant de la participation d'une personne demandant à bénéficier de l'APA en établissement sont identiques à ceux pris en compte par l'APA à domicile (voir chapitre correspondant). En sont donc exclues l'allocation logement, ainsi que les rentes viagères, lorsqu'elles ont été constituées en faveur de l'intéressé par un ou plusieurs de ses enfants, ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.

Le calcul de l'APA en établissement

Le montant de l'APA en établissement est égal « au montant des dépenses correspondant à son degré de perte d'autonomie dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance, diminué d'une participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie » (article L. 232-8-I du code de l'action sociale et des familles).

Pour les bénéficiaires classés en GIR 1 et 2, le montant de l'APA est donc de :

$$\text{APA} = \text{TD } 1/2 - P$$

Et, pour les bénéficiaires classés en GIR 3 et 4, de :

$$\text{APA} = \text{TD } 3/4 - P$$

Où :

- APA = montant mensuel de l'allocation personnalisée d'autonomie ;
- TD 1/2 = tarif dépendance mensuel de l'établissement applicable aux résidents classés en GIR 1 et 2 ;
- TD 3/4 = tarif dépendance mensuel de l'établissement applicable aux résidents classés en GIR 3 et 4 ;
- P = participation mensuelle calculée, selon son niveau de revenu, en fonction des règles définies *supra*.

Il est rappelé que les personnes classés en GIR 5 et 6 – c'est-à-dire les plus autonomes – acquittent le tarif dépendance correspondant, mais ne peuvent prétendre au bénéfice de l'APA.

L'APA par l'exemple

Les tarifs dépendance de la maison de retraite *Les Mésanges* sont de :

- 14,5 €/jour (435 €/mois) pour les GIR 1 et 2 (2 853,41 F) ;
- 8,5 €/jour (255 €/mois) pour les GIR 3 et 4 (1 672,69 F) ;
- 2,3 €/jour (69 €/mois) pour les GIR 5 et 6 (452,61 F).

Lucie, accueillie dans cet établissement, est classée en GIR 2. Ses ressources mensuelles sont de 2 250 € F (14 759,03 F).

Les revenus de Lucie se trouvent compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Compte tenu de ses revenus – et en utilisant la formule expliquée *supra* – Lucie va donc prendre à sa charge une participation de :

$$69 + \frac{[(435 - 69) \times [2\,250 - (896,59 \times 2,21)]] \times 80 \%}{896,59 \times 1,19}$$

Soit :

$$69 + \frac{[366 \times (2\,250 - 1\,981,46)] \times 80 \%}{1\,066,94}$$

Soit :

$$69 + 73,20 = \mathbf{142,20 \text{ €}} \text{ (932,77 F)}$$

Le montant de l'APA versée chaque mois à Lucie sera donc de :

$$435 - 142,20 = \mathbf{292,80 \text{ €}} \text{ (1 920,64 F)}$$

(NB : pour ces exemples, le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne est celui en vigueur au 1^{er} octobre 2001)

L'APA par l'exemple

Robert vit également aux *Mésanges*. Sa perte d'autonomie l'a fait classer en GIR 1. Avec sa femme Hélène, qui continue d'habiter à leur domicile, ils disposent d'un revenu mensuel de 2 000 euros (13 119,14 F).

Dans ces conditions, seule la moitié de ce revenu est prise en compte pour le calcul de l'APA, soit $2\,000 - 557,12 / 2 = 721,44 \text{ €}$ par mois (4 732,34 F).

La déduction de 557,12 € sur le revenu total du couple correspond au minimum garanti au membre du couple restant au domicile (cf. *infra* le paragraphe « Les minima laissés au bénéficiaire et à son conjoint »).

Ce revenu ainsi corrigé est donc inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, soit, au 1^{er} octobre 2001, $896,59 \times 2,21 = 1\,981,46 \text{ €}$ (12 997,53 F).

La participation de Robert se limitera par conséquent au montant du tarif dépendance des *Mésanges* applicable aux GIR 5 et 6, soit :

$$2,3 \times 30 = 69 \text{ € par mois (452,61 F)}$$

L'APA de Robert sera égale à la différence entre le montant du tarif dépendance applicable dans l'établissement pour les GIR 1 et 2, et sa participation, soit :

$$435 - 69 = 366 \text{ € par mois (2 400,80 F)}$$

L'APA par l'exemple

Autre résident des *Mésanges*: Georges, qui est classé en GIR 3. Veuf, il dispose de 3 200 euros de revenus mensuels (20 990,62 F). Ce chiffre est supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, soit, au 1^{er} octobre 2001,
 $896,59 \times 3,40 = 3\,048,40 \text{ €}$ (19 996,19 F).

Compte tenu des différents tarifs dépendance des *Mésanges*, la participation de Georges sera donc de :

$$69 + [(255 - 69) \times 80 \text{ \%}]$$

Soit :

$$69 + 148,8 = \mathbf{217,80 \text{ €}}$$
 par mois (1 428,67 F)

Le montant de l'APA de Georges sera par conséquent de :

$$255 - 217,80 = \mathbf{37,2 \text{ €}}$$
 par mois (244,02 F)

Les minima laissés au bénéficiaire et à son conjoint

La loi prévoit un double mécanisme garantissant la libre disposition d'un montant minimum :

- Le premier – parfois désigné sous le terme « d'argent de poche » – correspond à la somme minimum laissée à la libre disposition du bénéficiaire accueilli en établissement, après paiement des prestations à sa charge au titre du tarif dépendance et des frais d'hébergement.

Ce minimum mensuel ne peut être inférieur à un centième du montant annuel des prestations minimales de vieillesse (minimum vieillesse), arrondi à l'unité monétaire la plus proche. Au 1^{er} octobre 2001, celui-ci est ainsi égal à :

$$(557,12 \times 12) / 100 = \mathbf{66,85 \text{ €}}$$
 par mois (438,51 F).

À savoir

Dans le cas des personnes accueillies en établissement et sollicitant l'APA, les droits à prestation éventuelle doivent être examinés, en premier lieu, au regard de l'allocation personnalisée d'autonomie, puis à celui de l'aide sociale aux personnes âgées. En d'autres termes, l'examen des droits à l'aide sociale prend en compte le bénéfice éventuel de l'APA.

- Le second minimum garanti – parfois désigné sous le terme de « reste à vivre » – concerne les couples. Dans ce cas, le conjoint, le concubin ou la personne unie au bénéficiaire par un PACS, et qui reste au domicile, doit conserver une part minimum des ressources du couple. Celle-ci ne peut être inférieure à la somme de l'allocation aux vieux travailleurs salariés (article L. 811-1 du code de la Sécurité sociale) et de l'allocation supplémentaire pour une personne seule, c'est-à-dire de l'ex FNS (article L. 815-2).

Au 1^{er} octobre 2001, ce montant est ainsi égal à :

$$228,94 + 328,18 = \mathbf{557,12 \text{ €}}$$
 par mois (3 654,47 F).

Attention

Le montant minimum laissé à la disposition du conjoint, concubin ou personne unie par un PACS et qui reste au domicile, doit également être déduit des ressources du couple prises en compte lors de l'instruction de la demande d'APA en établissement de l'autre membre du couple.

Il est également décompté des ressources du couple pour le calcul d'une prise en charge éventuelle du tarif hébergement, au titre de l'aide sociale départementale aux personnes âgées.

L'attribution de l'APA en établissement

La notification de l'attribution de l'APA en établissement doit mentionner le montant mensuel de la prestation et de la participation du bénéficiaire. Elle indique aussi le montant du premier versement.

Le bénéficiaire dispose d'une possibilité de recours amiable devant la commission de l'APA ou de recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale (voir pages 23 et 24).

Le premier versement doit intervenir dans le mois qui suit la décision d'attribution.

Comme dans le cas de l'APA à domicile, il comprend également, à titre rétroactif, le montant de l'APA due à compter du jour de réception du dossier de demande complet, date correspondant à l'ouverture des droits éventuels à l'allocation.

L'APA en établissement peut être versée selon trois modalités :

- Elle peut être versée à son bénéficiaire. Dans ce cas, elle doit être mandatée par le département concerné, au plus tard le 10 du mois au titre duquel elle est versée ;
- Elle peut être versée directement à l'établissement, avec l'accord du bénéficiaire et sous réserve du respect des dispositions relatives au minimum légal laissé à sa disposition (cf. *supra*) ;
- Elle peut, à titre expérimental et sur une base volontaire, être versée à l'établissement sous la forme d'une dotation globale, fixée par le président du conseil général qui assure la tarification de l'établissement. Dans ce cas, cette dotation n'inclut pas les participations à la charge des résidents, ni les APA des éventuels pensionnaires relevant d'autres départements (qui continuent d'être réglées directement par les conseils généraux concernés).

Ce mode de versement expérimental doit s'inscrire dans le cadre de la convention pluriannuelle signée par l'établissement, le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département (voir le chapitre sur la réforme de la tarification des établissements, page 79).

Les résultats de ces expérimentations seront examinés dans le cadre de l'évaluation du dispositif APA, que le Gouvernement présentera au Parlement avant le 30 juin 2003.

À savoir

Conformément aux dispositions du code de l'action sociale et des familles, le séjour dans un établissement ne vaut pas élection de domicile.

Le département assurant le versement de l'APA est donc celui dans lequel le bénéficiaire a acquis son dernier domicile de secours. En pratique, il s'agira le plus souvent du dernier département dans lequel le bénéficiaire vivait à son domicile. Celui-ci peut donc être différent du département d'implantation de l'établissement.

Comme dans le cas du domicile, l'APA en établissement n'est pas versée si son montant mensuel – déduction faite de la participation du bénéficiaire – est inférieur à trois fois la valeur brute du SMIC horaire soit, au 1^{er} octobre 2001 :

$6,67 \times 3 = 20,01 \text{ €}$ par mois (131,26 F).

Ce plancher s'applique également à la récupération des indus éventuels.

Dispositions transitoires

Le dispositif de l'APA en établissement est étroitement lié à la mise en place des conventions tripartite pluriannuelles signées entre chaque établissement, le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département. Celles-ci doivent avoir été signées au plus tard pour le 31 décembre 2003.

Dans cette attente et jusqu'à la date limite mentionnée *supra*, une disposition transitoire permet toutefois aux établissements n'ayant pas encore signé de convention de percevoir trois types de recettes :

- un forfait global de soins, arrêté à la hauteur du montant global attribué à l'établissement par le représentant de l'Etat dans le département au titre de l'exercice 2001,
- des tarifs journaliers afférents à la dépendance, fixés par le président du conseil général,
- des tarifs journaliers d'hébergement fixés par le président du conseil général et prenant en compte les recettes définies aux deux points précédents. De ce fait, les tarifs journaliers d'hébergement constituent, dans ce système transitoire, une variable d'ajustement égale à la différence entre le budget approuvé de l'établissement et ses recettes au titre des forfaits soins et dépendance).

Dans le cadre de ces dispositions transitoires, le montant de l'APA provisoire correspond à la différence entre le tarif dépendance fixé par le président du conseil général et la participation du bénéficiaire. Le reste du calcul obéit aux mêmes règles que celles détaillées dans le présent chapitre.

LA TRANSITION AVEC LES AUTRES PRESTATIONS

L'APA remplace la prestation spécifique dépendance (PSD) et la prestation expérimentale dépendance (PED). Elle peut également se substituer à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) au-delà de 60 ans. Mais, pour les actuels bénéficiaires de ces prestations, la transition se fait progressivement, en respectant leur choix et en leur assurant le maintien des avantages acquis, grâce à l'allocation différentielle.

l'essentiel

- Les titulaires de la PSD, de la PED, de l'ACTP et de l'aide ménagère des caisses de retraite bénéficient d'une garantie des droits acquis au titre de ces prestations.
- Ils ont la possibilité d'opter pour l'APA, dans des conditions garantissant la continuité de la prise en charge.
- Si le calcul de l'APA aboutit à un montant inférieur à celui dont ils bénéficiaient au titre de la prestation antérieure, une allocation différentielle, versée par le département, porte l'APA à hauteur de la prestation précédente.

À compter du 1^{er} janvier 2002, l'APA se substitue à la PSD, ainsi qu'à la PED, mise en place à titre expérimental dans certains départements. Si la situation est ainsi claire pour les nouveaux demandeurs, il convient de tenir compte du cas des personnes âgées dépendantes qui bénéficient aujourd'hui de ces prestations.

Sur ce point, la loi du 20 juillet 2001 pose pour principe le maintien des droits acquis. En d'autres termes, les bénéficiaires de ces dispositifs ne peuvent voir leurs droits réduits ou supprimés. Ceci vaut pour quatre prestations :

- la prestation spécifique dépendance (PSD) ;
- la prestation expérimentale dépendance (PED) ;
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- les prestations servies par les caisses de retraite au titre des dépenses d'aide ménagère à domicile.

Dans la très grande majorité des cas, l'APA est plus favorable que ces prestations. Elle constitue également un moyen plus efficace pour compenser la perte d'autonomie qui touche un grand nombre de personnes âgées. Ceci vaut pour la prestation elle-même (élargissement des conditions d'accès, prise en compte du GIR 4, plus grande souplesse du plan d'aide, cohérence avec la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes...), mais aussi pour son environnement (suppression de la récupération sur succession).

Aussi la loi a-t-elle prévu des possibilités de transition volontaire entre ces différents dispositifs et l'APA.

De la PSD à l'APA

Les personnes titulaires de la PSD avant le 1^{er} janvier 2002 – date d'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2001 – peuvent demander le bénéfice de l'APA.

Dans ce cas, leur demande est traitée selon la procédure de droit commun. Ceci recouvre, en particulier, la phase d'instruction de la demande, avec l'intervention de l'équipe médico-sociale, le classement dans un GIR correspondant au degré de perte d'autonomie constaté et la détermination d'un plan d'aide à domicile. Le droit commun s'applique également aux modalités d'attribution et de versement de l'APA.

Durant cette période d'instruction, le demandeur continue de percevoir la PSD, jusqu'à la date de notification de la décision du président du conseil général. Le versement de l'APA prenant effet à cette même date, il n'y a donc aucune rupture dans la continuité de la prise en charge.

Si le calcul de l'APA aboutit à un montant inférieur à celui de la PSD perçue par le demandeur, une allocation différentielle couvre la différence (cf. *infra*). L'APA versée se trouve ainsi portée au niveau de la prestation précédente – grâce à la combinaison de l'APA proprement dite et de l'allocation différentielle – garantissant de la sorte le maintien des droits acquis prévu par la loi du 20 juillet 2001.

Par ailleurs, la loi fait obligation au président du conseil général de procéder, avant le 1^{er} janvier 2004, à l'examen de la situation des bénéficiaires de la PSD qui n'auraient pas déposé de demande d'APA.

Pour ceux qui optent pour le maintien de la PSD jusqu'à cette date, son versement, son contrôle et son renouvellement continuent de se faire selon l'ensemble des modalités régissant cette prestation. Comme déjà indiqué par ailleurs, ceci inclut la mise en œuvre de la récupération sur succession. En cas de basculement sur l'APA, cette récupération s'appliquera également aux sommes versées antérieurement au titre de la PSD.

Attention

L'obligation d'examiner, avant le 1^{er} janvier 2004, la situation des bénéficiaires de la PSD qui n'auraient pas déjà opté pour l'APA a uniquement pour objet de permettre aux bénéficiaires ou à leur famille d'exercer leur choix en toute connaissance de cause. Les intéressés conservent la possibilité d'opter pour le maintien de la PSD jusqu'au 31 décembre 2003.

De la PED à l'APA

La prestation expérimentale dépendance a été mise en place dans douze départements volontaires, au titre de l'article 38 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la Sécurité sociale. Il s'agit donc de dispositifs expérimentaux antérieurs à la PSD, définis par voie conventionnelle et qui peuvent varier d'un département à l'autre. La PED peut ainsi consister soit en une prestation spécifique, créée pour l'occasion par les régimes de retraite participant à cette expérimentation, soit en une amélioration de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

Les bénéficiaires de la PED ont la possibilité d'opter entre le maintien de leur prestation – qui continue alors de leur être assurée dans les conditions prévues par la convention – et le passage à l'APA. Pour éviter toute rupture, les bénéficiaires de la PED peuvent déposer leur demande d'APA deux mois avant la date d'échéance du dernier versement.

Le président du conseil général dispose de 30 jours pour faire connaître au demandeur le montant de l'APA dont il pourra bénéficier, ainsi que celui de sa participation financière (ticket modérateur). L'intéressé doit alors faire connaître son choix dans les 8 jours. À défaut d'une réponse dans ce délai, il est supposé avoir opté pour le maintien de la PED.

Si le calcul de l'APA aboutit à un montant inférieur à celui de la PED perçue par le demandeur, une allocation différentielle couvre la différence (cf. *infra*). L'APA versée se trouve ainsi portée au niveau de la prestation précédente, grâce à la combinaison de l'APA proprement dite et de l'allocation différentielle.

De l'ACTP à l'APA

À la différence de la PSD ou de la PED – prestations qui ne seront plus accordées à compter du 1^{er} janvier 2002 – l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) n'est pas remise en cause par la création de l'APA. Mais cette dernière doit permettre de rendre à l'ACTP sa vocation initiale, c'est-à-dire la compensation du handicap chez des personnes de moins de 60 ans.

Aussi, toute personne ayant obtenu l'ACTP pour la première fois avant l'âge de 60 ans peut demander à bénéficier de l'APA, dès lors qu'elle remplit les conditions d'attribution propre à cette dernière prestation.

Afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge, la possibilité de demander l'APA lui est même ouverte avant qu'elle ait atteint l'âge de 60 ans. Elle peut en effet déposer un dossier :

- soit deux mois avant son soixantième anniversaire ;
- soit deux mois avant la date d'échéance du versement. Cette dernière est fixée dans la décision d'attribution ou lors de la dernière révision périodique.

Après l'enregistrement du dossier complet, le président du conseil général dispose de 30 jours pour faire connaître au demandeur le montant de l'APA dont il pourra bénéficier, ainsi que celui de sa participation financière (ticket modérateur). L'intéressé doit alors faire connaître son choix dans les 8 jours. À défaut d'une réponse dans ce délai, il est supposé avoir opté pour le maintien de l'ACTP.

Si la prestation servie au titre de l'APA est inférieure au montant qu'il percevait avec l'ACTP, l'intéressé bénéficie d'une allocation différentielle garantissant le maintien du niveau de la prestation servie (cf. *infra*).

Si le bénéficiaire de l'ACTP n'a pas choisi de demander l'APA lorsqu'il atteint l'âge de 60 ans, il conserve la possibilité de le faire à chaque renouvellement de l'attribution de l'ACTP.

L'allocation différentielle

Pour concrétiser le principe du maintien des droits acquis au titre de prestations antérieures à l'APA, la loi crée une allocation différentielle. De même nature que l'APA, celle-ci a pour objet de compenser intégralement tout écart éventuel au détriment du bénéficiaire de l'APA, y compris celui lié à sa participation éventuelle. Cette allocation différentielle est susceptible de s'appliquer au profit des titulaires :

- de la prestation spécifique dépendance (PSD) ;
- de la prestation expérimentale dépendance (PED) ;
- de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- des prestations servies par les caisses de retraite au titre des dépenses d'aide ménagère à domicile.

L'allocation différentielle est versée par le département ayant pris la décision d'attribution de l'APA. Son montant est calculé de la façon suivante :

$$AD = PA - APA$$

Où :

- AD = montant de l'allocation différentielle ;
- PA = montant de la prestation antérieure, au moment de l'ouverture des droits à l'APA ;
- APA = montant de l'APA attribuée au demandeur, déduction faite de sa participation.

Il est rappelé que la date d'ouverture des droits à l'APA correspond à celle de l'enregistrement du dossier complet et non à la date de la décision d'attribution.

Attention

Pour les anciens bénéficiaires des prestations d'aide ménagère des caisses de retraite, l'allocation différentielle est égale à la différence entre le montant de la participation de la caisse de retraite et celui de l'APA attribuée, déduction faite de la participation de l'intéressé.

L'allocation différentielle fait chaque année l'objet d'une nouvelle évaluation. Celle-ci a pour objet de prendre en compte l'évolution du montant de l'APA intervenue entre-temps et de réduire ou supprimer l'allocation différentielle en fonction de cette évolution. Cette évaluation prend effet au 1^{er} janvier de l'année considérée, quelle que soit la date où elle intervient effectivement. Dans l'hypothèse où cette révision fait apparaître un trop perçu d'allocation différentielle au profit du bénéficiaire de l'APA, le montant correspondant reste acquis à l'intéressé et ne peut donc pas donner lieu à recouvrement.

À chaque nouvelle évaluation, le montant de la prestation antérieure à l'APA (le « PA » de la formule) demeure figé à sa valeur faciale, c'est-à-dire à celle acquise au moment du premier calcul de l'allocation différentielle. Ceci a pour effet de réduire progressivement l'allocation différentielle au fur et à mesure de la revalorisation de l'APA.

À savoir

Les dépenses assumées par les départements au titre de l'allocation différentielle sont assimilées à des dépenses d'APA. Elles entrent donc dans le cadre des dépenses éligibles au Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, dispositif national de financement créé par la loi du 20 juillet 2001 (voir page 69). Elles doivent par conséquent être retracées au chapitre budgétaire correspondant, défini à l'article L. 3 321-2 du code général des collectivités territoriales.

LES AUTRES AVANTAGES DE L'APA

Au-delà de l'aide directe qu'elle procure, l'APA à domicile ouvre également droit à d'importants avantages sociaux et fiscaux. Ceux-ci s'inscrivent dans le cadre du dispositif général en faveur de l'emploi à domicile.

l'essentiel

- Lorsque le bénéficiaire de l'APA rémunère directement un ou plusieurs salariés pour l'aider de façon effective à son domicile, il est exonéré de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale. Cette exonération s'applique aussi aux organismes agréés.
- Le bénéficiaire de l'APA à domicile qui fait appel à un ou plusieurs salariés, ou aux prestations d'une association ou d'un organisme agréés, peut déduire de son impôt sur le revenu 50 % des dépenses engagées et non couvertes par l'APA, dans la limite d'un plafond de 45 000 F (6 860,21 €).

L'APA ouvre droit à deux avantages cumulatifs :

- un avantage social, sous la forme d'une exonération de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale ;
- un avantage fiscal, sous la forme d'une possibilité de déduction de l'impôt sur le revenu dû par le bénéficiaire de l'allocation, de 50 % des dépenses engagées non couvertes par l'APA.

Exonération sociale

Lorsque le bénéficiaire de l'APA emploie et rémunère directement à son domicile une ou plusieurs personnes pour l'aider dans les gestes ordinaires de la vie courante, il est intégralement exonéré du versement de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale. Ceci recouvre précisément le montant à la charge de l'employeur pour les cotisations :

- d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès ;
- d'assurance vieillesse ;
- de prestations familiales (qui sont normalement à la charge exclusive de l'employeur) ;
- d'accident du travail.

À savoir

L'exonération de charges patronales de Sécurité sociale et la déduction fiscale ne sont pas spécifiques à l'APA, mais s'inscrivent dans le cadre général des mesures en faveur de l'emploi à domicile.

Les personnes classées en GIR 5 ou 6 – qui ne peuvent donc pas prétendre à l'APA – peuvent également en bénéficier, dès lors qu'elles décident d'employer une personne à domicile ou de faire appel à une association ou un organisme agréés.

L'exonération s'applique sous réserve que le salarié soit effectivement au service du bénéficiaire de l'APA. Elle ne vise que l'emploi direct d'un salarié et ne concerne donc pas le cas de figure où le salarié est mis à disposition du titulaire de l'APA par une association ou un organisme agréés.

Ces derniers bénéficient toutefois d'une mesure nouvelle prévue par l'article 18 de la loi du 20 juillet 2001. Ils sont désormais exonérés de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale pour leurs salariés sous contrat à durée déterminée, lorsque ces CDD ont pour objet de remplacer des salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu. Jusqu'alors, cette exonération concernait uniquement leurs salariés sous contrat à durée indéterminée. Cette disposition nouvelle s'appliquera aux associations assurant une assistance aux personnes âgées, aux centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi qu'aux organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de Sécurité sociale.

Attention

Le bénéficiaire de l'APA qui emploie directement un salarié reste tenu de remplir ses obligations déclaratives à l'égard de l'URSSAF et de verser la part salariale des cotisations, qu'il a préalablement retenue sur la rémunération brute de son employé. Il doit également verser à l'URSSAF la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), dues par son salarié. Par ailleurs, il doit acquitter la part patronale d'un certain nombre de cotisations qui demeurent à sa charge, et notamment :

- les cotisations d'assurance chômage ;
- les cotisations à l'Institution de retraite complémentaire des employés de maison (IRCEM) ou tout organisme équivalent ;
- la participation à la formation professionnelle continue.

Déduction fiscale

Le fait de rémunérer une aide à son domicile ouvre droit à une réduction de l'impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP) éventuellement dû par son bénéficiaire.

À la différence de l'exonération de la part patronale des cotisations de Sécurité sociale, cette déduction s'applique à la fois :

- au recours à une association ou un organisme agréés de services aux personnes, qui facture sa prestation au bénéficiaire ;
- à l'emploi direct, par le bénéficiaire de l'APA, d'un ou plusieurs salariés à son domicile.

Le titulaire peut alors déduire du montant de son impôt sur le revenu 50 % des dépenses engagées à ce titre et non couvertes par l'APA, dans la limite d'un plafond de 45 000 francs (6 860,21 €). Ceci lui permet notamment de déduire la moitié du montant de la participation au plan d'aide

Dans le cas d'un emploi direct, le salarié doit être dûment déclaré auprès de l'URSSAF pour ouvrir droit à cette déduction.

Celle-ci peut être pratiquée aussi longtemps que l'intéressé bénéficie de l'APA et l'utilise effectivement pour faire appel aux services d'un salarié ou bien d'une association ou d'un organisme agréés.

Par ailleurs, l'APA ne sera pas soumise à l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Attention

La déduction fiscale ne concerne que les dépenses d'aide à domicile non couvertes par l'APA, c'est à dire la participation laissée à la charge du bénéficiaire ou d'autres dépenses pour des interventions à domicile que celui-ci choisit d'assumer hors du plan d'aide.

En effet l'APA est financée par la collectivité. Il ne serait donc pas équitable que les dépenses qu'elle a permis à son bénéficiaire de régler soient à leur tour déduites de son éventuel impôt sur le revenu, la déduction fiscale étant une autre forme d'aide de la collectivité.

La déduction par l'exemple

Pierre et Thérèse acquittent **4 900 €** par an (32 141,89 F) d'impôt sur le revenu. Ayant perdu une bonne part de son autonomie, Pierre obtient le bénéfice de l'APA et est classé en GIR 2. Il fait appel, tout au long de l'année, aux services d'une association agréée d'aide aux personnes, dont la prestation lui revient à 910 € par mois (5 969,21 F), couverts en partie par l'APA à hauteur de 580 € par mois (3 804,55 F). Ils font appel par ailleurs, en dehors du plan d'aide, à des heures de femme de ménage, qui leur reviennent à 490 € par mois (3 214,19 F).

Pierre et Thérèse vont donc pouvoir déduire de leur impôt sur le revenu :

– les dépenses engagées, hors la partie couverte par l'APA :

$$[(910 - 580) + 490] \times 12 = \mathbf{9\ 840\ €} \text{ (64\ 546,17 F),}$$

– plafonnées à **6 860,21 €⁽¹⁾** (45 000 F),

– et prises en compte à 50 % : **3 430,10 €** (22 500 F).

L'impôt sur le revenu de Pierre et Thérèse sera donc ramené à :

$$-4\ 900 - 3\ 430 = \mathbf{1\ 470\ €} \text{ (9\ 642,57 F).}$$

(1) conversion en € du plafond de 45 000 francs en vigueur en 2001.

L'APA AU JOUR LE JOUR

Le respect de la finalité de l'APA nécessite un contrôle de l'effectivité de l'aide et de son adéquation avec les besoins identifiés de son bénéficiaire. Ce suivi permet aussi de faire évoluer l'allocation en fonction de la situation de ce dernier.

l'essentiel

- Chaque département organise les modalités du contrôle de l'effectivité de l'aide.
- Le bénéficiaire de l'APA est tenu de déclarer le ou les salariés et services d'aide à domicile auxquels il fait appel dans le cadre du plan d'aide.
- En cas de non déclaration, le versement de l'APA peut être immédiatement suspendu.
- La décision d'attribuer l'APA est révisée selon une périodicité fixée par les départements.
- L'hospitalisation du bénéficiaire peut entraîner une suspension de l'APA.
- Les décisions de révision ou de suspension de l'APA peuvent être contestées devant la commission de l'APA.

Le contrôle de l'effectivité de l'aide

L'APA a pour vocation d'aider les personnes âgées à surmonter une perte d'autonomie en leur permettant de faire appel à des aides adaptées. Aussi, pour veiller à la bonne utilisation de cette prestation, la loi instaure un contrôle de la mise en œuvre du plan d'aide, chaque département devant en organiser les modalités.

Un mois après la notification de l'attribution, le bénéficiaire doit en effet déclarer au président du conseil général le ou les salariés qu'il embauche, ainsi que les services qu'il utilise dans le cadre de l'APA. Pour attester de l'emploi d'un salarié, l'allocataire doit conserver les bulletins de salaire justifiant de l'effectivité de l'aide. S'il emploie un ou plusieurs membres de sa famille, le lien de parenté doit être mentionné dans la déclaration. Il doit également conserver tous les justificatifs de dépenses entrant dans le cadre du plan d'aide.

Tout changement de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions.

De leur côté, les équipes médico-sociales s'assurent du suivi et de la qualité de l'aide apportée à la personne.

Attention

Le bénéficiaire de l'APA ne peut employer ni son conjoint, ni son concubin, ni une personne avec laquelle il aurait conclu un pacte civil de solidarité (PACS).

La révision de l'APA

Si la loi instaure le principe d'une révision périodique de l'APA, il revient à chaque département d'en définir la périodicité.

L'APA peut être également révisée à tout instant à la demande de l'intéressé (ou de son représentant légal) ou du président du conseil général.

En établissement, la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie des résidents est fixée par la convention pluriannuelle signée entre l'établissement, le président du conseil général et l'autorité compétente de l'État.

La suspension de l'aide

Plusieurs situations peuvent engendrer la suspension du versement de l'APA :

- le bénéficiaire n'a pas déclaré au département le ou les salariés employés, ainsi que les services utilisés, dans le mois suivant la notification d'attribution ;
- le bénéficiaire n'a pas acquitté sa participation à une dépense ponctuelle entrant dans le cadre du plan d'aide (achat d'une aide technique, séjour temporaire...);
- l'équipe médico-sociale constate que le plan d'aide n'est pas respecté, ou que le service rendu au bénéficiaire présente un risque pour sa santé, sa sécurité ou son bien-être physique ou moral.

Dans ces trois cas, le président du conseil général invite le bénéficiaire ou son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception, à pallier les problèmes constatés. Deux hypothèses sont alors possibles :

- sans nouvelle du bénéficiaire dans le mois qui suit la demande du président du conseil général, l'allocation peut être suspendue. La date et les motifs de suspension sont notifiés à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision prend effet le premier jour du mois qui suit la notification de suspension ;
- si le bénéficiaire justifie qu'il a mis fin aux carences ou qu'il a changé de salarié ou d'organisme pour s'assurer d'une aide plus efficace, l'allocation est rétablie à compter du premier jour du mois où il s'est manifesté.

Suspension en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation pour des soins de courte durée, de suite ou de réadaptation, le bénéficiaire, ou son tuteur ou, à défaut, l'équipe médico-sociale doit en informer le président du conseil général. Pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation, le versement de la prestation est maintenu. Au delà, il est suspendu.

Après la fin de la période d'hospitalisation, et sans nouvelle demande de l'allocataire, le montant de la prestation rétablie est identique à celui défini initialement, à compter du premier jour du mois au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée.

Les possibilités de recours amiable

En cas de révision ou de suspension du montant de l'APA, la décision prise par le président du conseil général peut être contestée.

Le recours doit être formé devant la commission de l'APA (voir chapitre « L'attribution de l'APA »), dans les deux mois suivant la notification de la décision. La commission dispose alors d'un mois pour formuler une proposition permettant le règlement du litige. Le président du conseil général infirmera ou confirmera sa décision initiale en fonction de cette proposition.

La commission de l'APA peut être saisie par :

- le bénéficiaire de l'APA ou son représentant ;
- le maire de la commune de résidence ;
- le représentant de l'État dans le département.

Pour régler les litiges qui lui sont soumis, elle s'adjoint, outre ses membres traditionnels, cinq représentants des usagers désignés par le président du conseil général, dont deux personnalités qualifiées désignées par le CODERPA (comité départemental des retraités et des personnes âgées).

Par ailleurs, cette procédure de recours amiable, spécifique à l'APA, n'interdit pas au bénéficiaire d'engager une procédure de recours contentieux, dans le cadre défini par le code de l'action sociale et des familles (voir page 23).

À savoir

La saisine de la commission de l'APA suspend les délais de recours contentieux.

2

L'organisation et le financement de l'APA

Introduction



L'allocation personnalisée d'autonomie ne se résume pas à ses caractéristiques, qu'elles qu'en soient par ailleurs les innovations.

L'APA est en effet la clé de voûte d'un dispositif de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie dans notre pays.

Son financement associe trois des principaux acteurs en ce domaine : les départements, les organismes de Sécurité sociale et l'État.

Or ces trois institutions sont également au cœur de la réforme de la tarification des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette réforme – la plus ambitieuse depuis la mise en place de la dotation globale hospitalière il y a vingt ans – s'articule très étroitement avec la logique de l'APA.

La loi du 20 juillet 2001 instaurant l'APA comporte d'ailleurs plusieurs dispositions importantes sur cette réforme de la tarification.

Tout aussi décisif est le développement d'une politique conventionnelle autour de l'APA. Les conventions pluriannuelles tripartites, celles entre le conseil général et les organismes de Sécurité sociale, la mise en commun des compétences et des services à travers le plan d'aide, la coordination gérontologique locale et nationale, donc les CLIC vont constituer un élément essentiel : autant de leviers pour renforcer et développer une approche transversale et partenariale de la prise en charge de la perte d'autonomie. La seule à même de répondre à la diversité des situations et des besoins...

LA COORDINATION DU DISPOSITIF

Afin d'assurer un travail harmonieux et homogène entre les différents acteurs du dispositif de l'APA, la loi met en place des principes et mécanismes de coordination.

l'essentiel

- **Les départements et les organismes de sécurité sociale doivent organiser leur coopération à travers l'élaboration d'une convention.**
- **Pour la mise en œuvre de tout ou partie de l'APA, les départements peuvent passer des conventions pluri-partenariales avec des organismes sociaux et médico-sociaux.**
- **Les départements assurent la coordination de l'action gérontologique, dans le cadre du schéma départemental gérontologique.**

Des dispositifs conventionnels

Pour optimiser les collaborations entre les différents intervenants de l'APA, la loi définit un certain nombre de dispositifs conventionnels.

Elle instaure ainsi une coopération institutionnelle entre les départements et les organismes de Sécurité sociale. Celle-ci doit se concrétiser par la signature d'une convention, dont les clauses doivent respecter un cahier des charges fixé par arrêté ministériel.

Par ailleurs, les départements sont autorisés à confier tout ou partie de la mise en œuvre de l'APA – particulièrement celle des plans d'aide – à des organismes sociaux et médico-sociaux de leur choix. Dans ce cadre, des conventions pluri-partenariales peuvent être passées avec :

- les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;
- les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ;
- des organismes régis par le code de la mutualité ;
- des services d'aide à domicile agréés.

Ces institutions et organismes participant à l'instruction de l'APA ne peuvent pas mettre en œuvre eux-mêmes les prestations qu'ils auront prescrites dans le plan d'aide.

La coordination de l'action gérontologique

Les départements ont pour mission d'assurer la coordination de l'action gérontologique. Celle-ci doit être mise en œuvre dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le président du conseil général et par le préfet.

Ce schéma poursuit un triple objectif :

- définir les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité ;
- établir les modalités d'information du public ;
- élaborer les modalités de coordination des prestataires en s'appuyant notamment sur des CLIC qui doivent jouer un rôle central dans la coordination des acteurs locaux.

Il importe qu'à l'occasion de l'élaboration, de la révision et de la mise en œuvre de ces schémas, les départements prennent notamment en compte :

- les effets induits par la mise en place de l'APA sur le développement du maintien à domicile ;
- la nécessité d'un renforcement de la coordination gérontologique pour la mise en œuvre de cette prestation ;
- la possibilité, ouverte par la création du Fonds de modernisation de l'aide à domicile, de promouvoir des actions innovantes, de renforcer la professionnalisation des services et d'améliorer leur qualité.

LE FONDS DE FINANCEMENT

La loi prévoit la création d'un fonds de financement pour accompagner la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie. Objectifs: contribuer au financement de l'APA en aidant les départements et moderniser les services à domicile.

l'essentiel

- Le fonds de financement de l'APA mis en place par l'État est un établissement public national. Son fonctionnement repose sur un conseil de surveillance, un conseil d'administration et un exécutif placé sous la responsabilité d'un directeur.
- Les recettes du fonds proviennent de deux sources : une fraction du produit de la CSG (0,1 point) et une contribution versée par l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance vieillesse.
- La majeure partie des recettes est reversée aux départements pour les aider à prendre en charge les coûts relatifs au financement de l'APA. L'autre partie sert à financer des actions de modernisation des services à domicile pour personnes âgées.

- **La part attribuée à chaque département dépend de trois critères : les dépenses d'APA, le potentiel fiscal départemental et le nombre de bénéficiaires du RMI.**
- **Toutefois, pour les deux premières années (2002 et 2003), le premier critère est remplacé par le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans.**
- **Les versements aux départements au titre d'une année donnée sont effectués sous forme d'acomptes mensuels et d'une régularisation l'année suivante.**
- **Un rapport sur l'application de la loi sera soumis au Parlement avant le 30 juin 2003.**

Le fonds est un établissement public national à caractère administratif. Il est placé sous la tutelle des ministres ayant en charge :

la sécurité sociale;

les personnes âgées;

les collectivités territoriales;

le budget.

Un conseil d'administration et un conseil de surveillance sont chargés de veiller à son bon fonctionnement. Le fonds est soumis au contrôle financier de l'État.

Le conseil d'administration

Il comprend sept membres :

- un président nommé par décret ;
- deux représentants du ministre chargé des personnes âgées ;
- un représentant du ministre chargé de la Sécurité sociale ;
- un représentant du ministre chargé des collectivités territoriales ;
- deux représentants du ministre chargé du budget.

La durée de leur mandat est de trois ans renouvelable et tous les membres du conseil d'administration exercent leur fonction à titre gratuit.

Cette instance se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son président. Toutefois, la convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres de tutelle du fonds. Les décisions du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, celle de son président est prépondérante. Lors des réunions, le directeur, le contrôleur financier et l'agent comptable du fonds disposent d'une voix consultative sur les délibérations.

Le rôle du conseil d'administration

Le conseil d'administration :

- adopte le budget du fonds ;
- approuve le compte financier et le rapport annuel d'activité ;
- établit et transmet au Parlement, ainsi qu'au gouvernement (au plus tard le 15 octobre) un rapport présentant les comptes prévisionnels pour l'année en cours et la suivante ;
- autorise le directeur à passer les conventions avec les organismes financeurs du fonds pour fixer leur participation et les modalités de versement ;
- accepte les dons et legs.

Le conseil de surveillance

Il comprend quinze membres désignés pour trois ans :

- deux membres de l'Assemblée Nationale désignés par son président ;
- deux membres du Sénat désignés par son président ;
- quatre représentants de l'assemblée des départements de France, désignés par son président ;
- deux représentants des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse (l'un désigné par la CNAVTS, l'autre par la CCMSA) ;
- quatre personnes appartenant à des organisations représentant les personnes âgées (deux personnes désignées par le ministre concerné et deux représentants du comité national des retraités et des personnes âgées) ;
- une personne qualifiée dans le domaine de compétence du fonds, désignée par le ministre chargé des personnes âgées.

Par ailleurs, quatre représentants des ministres ayant la tutelle du fond assistent aux réunions du conseil de surveillance, avec voix consultative.

Le président du conseil de surveillance est nommé par décret parmi les parlementaires qui en font partie. Cette instance se réunit au moins une fois par an, mais la convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres de tutelle du fonds.

Le conseil de surveillance établit chaque année le rapport rendant compte de la mise en œuvre de l'APA. Il doit le transmettre, avant le 15 octobre, au Parlement et au gouvernement.

À savoir

L'exécutif du fonds est placé sous la responsabilité d'un directeur nommé par un arrêté conjoint des quatre ministres ayant la tutelle du fonds. Il dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il est notamment chargé de préparer et d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, de préparer et d'exécuter le budget, d'ordonner les dépenses et les recettes, de rendre compte de sa gestion et de représenter le fonds en justice.

Les recettes du fonds

Le fonds tire ses recettes de deux sources distinctes :

- La première, par ordre d'importance, est constituée par une part du produit de la contribution sociale généralisée (CSG). Ainsi, la loi prévoit que 0,1 point du produit de la CSG – actuellement affectée au fonds de solidarité vieillesse (FSV) – est attribuée au fonds de financement de l'APA. En 2002, cette contribution devrait représenter environ 762 millions d'euros (5 milliards de francs). Cette somme est centralisée en grande partie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui la reverse au fonds selon des modalités définies par convention.
- La seconde provient des différents régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse. Leur participation, fixée par la loi, doit être égale à 50 % des sommes versées par chacun de ces régimes pour le financement des dépenses d'aide ménagère à domicile au profit de personnes remplissant les conditions d'accès à l'APA. Pour la première dotation du fonds (2002), cette somme devrait atteindre environ 76 millions d'euros (500 MF). Les modalités pratiques relatives au versement de ces contributions font l'objet de conventions passées entre les caisses d'assurance vieillesse et le fonds.

Les dépenses du fonds

Une fois déduits les frais de gestion, les dépenses se répartissent en deux postes. Une fraction des recettes, déterminée par arrêté, est affectée au financement d'actions de modernisation des services d'aide à domicile pour personnes âgées (cf. encadré). Le solde est versé aux départements et contribue à la prise en charge des coûts relatifs au versement de l'APA.

Le fonds de modernisation

Les dépenses servant au financement d'actions de modernisation des services à domicile pour personnes âgées dépendantes figurent dans une section spécifique du fonds de financement de l'APA appelé « fonds de modernisation de l'aide à domicile ». Les recettes qui y sont consacrées sont fixées par un arrêté conjoint des ministres en charge de la sécurité sociale et des personnes âgées. Elles doivent obligatoirement être comprises entre 3 et 10 % du produit de la CSG affecté au fonds de financement de l'APA. Cette somme bénéficie notamment aux associations d'aide à domicile et aux centres communaux ou intercommunaux d'action sociale. Un comité d'orientation est chargé de proposer les orientations et les actions prioritaires à financer. Il est composé de 12 membres – nommés par arrêté du ministre chargé de l'action sociale – choisis pour leur compétence en matière de formation et pratiques professionnelles, et leur connaissance des structures de maintien à domicile.

En pratique, les dépenses doivent servir à la promotion d'actions innovantes, au renforcement de la professionnalisation des personnels et au développement de la qualité des services. Pour être financée, toute action doit être préalablement agréée par le ministre chargé de la Sécurité sociale.

Le calcul de la répartition initiale entre les départements

Les deux premières années, la part du fonds attribuée aux départements pour les aider à prendre en charge les coûts relatifs au versement de l'APA fait l'objet d'une répartition initiale qui prend en compte trois critères :

- le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans résidant dans le département ;
- le potentiel fiscal départemental ;
- le nombre de bénéficiaires du RMI présents dans le département.

Ces trois critères sont pondérés par des coefficients (70 %, 25 % et 5 %) attribuant ainsi un poids relatif à chacun d'eux. Dans ces conditions, la répartition des montants attribués à un département est donnée par la formule ci-dessous :

$$F_d = [(PA_d / \sum PA_d) \times 70\% - (PF_d / \sum PF_d) \times 25\% + (RMI_d / \sum RMI_d) \times 5\%] \times 2$$

dans laquelle :

- F_d représente la fraction attribuée à un département ;
- PA_d représente le nombre de personnes de plus de 75 ans dénombrées dans le département lors du dernier recensement ;
- $\sum PA_d$ représente le nombre total de personnes de plus de 75 ans dénombrées en France lors du dernier recensement ;
- PF_d représente le potentiel fiscal départemental de l'avant-dernière année précédant celle pour laquelle la répartition est effectuée ;
- $\sum PF_d$ représente la somme des potentiels fiscaux de tous les départements correspondant à l'avant-dernière année précédant celle pour laquelle la répartition est effectuée ;
- RMI_d représente le nombre de bénéficiaires du RMI résidant dans le département l'avant-dernière année précédant celle pour laquelle la répartition est effectuée (chiffre publié par la CNAF) ;
- $\sum RMI_d$ représente le nombre total de bénéficiaires du RMI résidant en France l'avant-dernière année précédant celle pour laquelle la répartition est effectuée (chiffre publié par la CNAF) ;
- La multiplication par 2 est due au fait que le coefficient de pondération appliqué au potentiel fiscal est négatif (- 25 %). Dans ces conditions la somme des coefficients est égale à 50 % (70 % - 25 % + 5 %). Pour rétablir une base de 100 %, il faut donc multiplier le résultat par 2.

Les versements aux départements

Attention

Le calcul présenté ici pour la répartition du fonds entre les départements est uniquement valable pour les deux premières années de fonctionnement de l'APA. À partir de 2004, la formule utilisée pour le calcul de la répartition du fonds entre départements prendra directement en compte la part des dépenses engagées effectivement par les départements au titre de l'APA, en lieu et place du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans par département, seule donnée connue au moment de la mise en place de l'APA. Cette répartition restera modulée en fonction du potentiel fiscal et du nombre de bénéficiaires du RMI.

Le versement à chaque département des sommes qui leur reviennent est effectué en deux temps.

1 – Au cours d'une année donnée, les départements reçoivent un acompte correspondant à 80 % des recettes reçues par le fonds. Cet acompte est versé mensuellement à chaque département selon la fraction de la répartition initiale qui lui revient.

2 – L'année suivante, une fois que chaque département a communiqué au fonds les éléments de calcul nécessaires (montant des dépenses d'APA et nombre de bénéficiaires), le fonds calcule la régularisation en prenant en compte trois principes fixés par la loi. Ces trois principes sont les suivants :

- Le montant attribué par le fonds à chaque département est majoré 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. Cette majoration est de 80 % du **montant** excédant ce seuil. Elle est prise en charge par le fonds et minore donc d'autant les montants restant à répartir entre les autres départements, au prorata de leur poids respectif dans la **répartition** du fonds ;
- Le montant attribué par le fonds à chaque département ne peut pas dépasser la moitié des dépenses d'APA versées par ce département. **S'il y a lieu**, le dépassement est récupéré par le fonds et majore d'autant les montants restant à répartir entre les autres départements, au prorata de leur poids respectif dans la répartition du fonds ;
- Lorsque la dépense moyenne d'APA par bénéficiaire dans un département excède 80 % de la majoration pour tierce personne de la sécurité sociale (717,27 €, soit 4 705 F/mois au 1^{er} octobre 2001), l'excédent total de dépenses est pris en charge par le fonds. Dans ces conditions, elles minorent d'autant les montants restant à répartir entre les autres départements, au prorata de leur poids respectif dans la répartition du fonds.

La régularisation correspond à l'application successive des calculs énoncés ci-dessus, à la répartition initiale.

Le montant des recettes du fonds pris en compte pour calculer le montant dû aux départements au titre d'une année donnée (acompte et régularisation) est égal au montant reçu par le fonds du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année considérée.

La régularisation est faite lors du versement des 20 % des sommes reçues par le fonds durant l'année de référence et qui n'avaient pas été réparties entre les départements.

Principes de la répartition du fonds de financement et exemple chiffré (répartition transitoire 2002 – 2003)

I – clé de répartition

- Soient 3 départements A, B et C, pour lesquels les trois critères (nombre de personnes âgées, potentiel fiscal et nombre de bénéficiaires du RMI) sont donnés.
- Chaque critère donne lieu au calcul d'un ratio (montant départemental rapporté au total) ; pour chaque critère, la somme des ratios départementaux est égale à 100 %.
- À chacun de ces ratios, est ensuite appliqué un taux de pondération (70 %, 25 % et 5 %) ; la somme de ces taux de pondération est égale à 100 %.
- Cependant, compte tenu de l'application du signe négatif au ratio « potentiel fiscal » puisque ce critère joue en sens inverse des deux autres dans la pondération, la somme des taux n'atteint que 50 %.
- Il convient alors de rapporter l'ensemble des taux à 100 % en les multipliant par deux.

DÉPARTEMENT	NOMBRE DE PERSONNES >75ANS	RATIO (A)	POTENTIEL FISCAL TOTAL DU DÉPARTEMENT	RATIO (B)	NOMBRE DE RMI	RATIO (C)	RÉPARTITION APA « BRUTE » 70%(A)-25%(B)+5%(C)	RÉPARTITION MISE EN ŒUVRE =RAPPORTÉE À 100%
A	2 000	44%	5 000	51%	400	40%	20%	41%
B	1 500	33%	2 800	29%	500	50%	19%	37%
C	1 000	22%	2 000	20%	100	10%	11%	22%
TOTAL	4 500	100%	9 800	100%	1 000	100%	50%	100%

II – recettes du fonds à répartir

Les recettes du fonds comprennent 0,1 point de CSG et une participation des régimes obligatoires de vieillesse.

Le montant du concours devant être réparti entre les départements au titre de l'APA est égal aux recettes du fonds encaissées au cours d'une année, diminuées du montant affecté par arrêté au fonds de modernisation de l'aide ménagère et du montant prévisionnel des frais de gestion.

Ce montant est réparti entre les départements en fonction de la clé de répartition ci-dessus. La dépense totale d'APA est égale à la somme des montants répartis par le fonds et des dépenses à la charge des départements, pour une hypothèse d'un fonds de modernisation dont le montant serait fixé à 500 000 F. Pour 2002, ce montant est fixé à 400 000 F.

1 – PRODUITS DU FONDS	
2002	MONTANT ESTIMÉ
CSG	5 200 000
PART. RÉGIMES	500 000
TOTAL	5 700 000
2 – PRODUITS À RÉPARTIR AU TITRE DE L'ALLOCATION	
2002	MONTANT
TOTAL DES PRODUITS DU FONDS	5 700 000
- FONDS DE MODERNISATION	400 000
PRODUITS À RÉPARTIR	5 300 000

III – la répartition définitive

(hypothèse: un fonds de modernisation égal à 500 000 F et le total des produits à répartir égal à 5 200 000 F)

La répartition définitive du fonds au titre d'un exercice est effectuée sur la base de 4 calculs successifs:

- 1° répartition au titre de la clé 70 %, 25 %, 5 %;
- 2° majoration de 80 % du montant supérieur de 30 % à la moyenne des dépenses d'APA;
- 3° plafonnement des dépenses du fonds à hauteur de 50 % des dépenses totales par département;
- 4° garantie de prise en charge des dépenses du département au-delà de 80 % de la majoration pour tierce personne.

1° répartition en application de la clé

DÉPARTEMENT	CLÉ DE RÉPARTITION DU 1°	MONTANTS À RÉPARTIR PAR LE FONDS AU TITRE DE 2002	ACOMPTE VERSÉ MENSUELLEMENT EN 2002 (80%)	RESTE À RÉPARTIR APRÈS 2002 (20%)
A	41%	2 117 025	1 693 620	423 405
B	37%	1 943 810	1 555 048	388 762
C	22%	1 139 166	911 332	227 833
TOTAL	100%	5 200 000	4 160 000	1 040 000

Partage de la prise en charge entre fonds et département une fois connue la dépense totale en 2003

DÉPARTEMENT	MONTANTS À RÉPARTIR PAR LE FONDS EN 2002 EN APPLICATION DU 1°	DÉPENSES TOTALES D'APA 2002 (BRUT) (SOURCE DÉPTS CONNU EN 2003)	DÉPENSES D'APA À LA CHARGE DES DÉPARTEMENTS (NET) (CALCUL)
A	2 117 025	10 500 000	8 382 975
B	1 943 810	3 000 000	1 056 190
C	1 139 166	3 200 000	2 060 834
TOTAL	5 200 000	16 700 000	11 500 000

La décision 2001-447 DC du conseil constitutionnel (point 28) prévoit que les trois clauses majorant ou minorant les affectations aux départements sont appliquées successivement selon l'ordre suivant: majoration des 30 %, plafond de 50 % puis garantie de 717,27 € (4 705 F).

La répartition définitive résulte du calcul successif de chacune des trois clauses, une fois effectuée la répartition ci-dessus.

Le montant à répartir au titre de chacune des clauses sert de base pour le calcul suivant (calcul successif et non concomitant).

2° majoration pour dépenses d'APA supérieures de 30 % à la moyenne

2° : MAJORATION 30 % : CE QUI EST DÛ AUX BÉNÉFICIAIRES							
DÉPARTEMENT	TOTAL DES DÉPENSES D'APA 2002 (BRUT RÉEL CONSTATÉ EN 2003)	NOMBRE DE PERSONNES > 75 ANS	DÉPENSE APA BRUTE PAR PA>75 ANS (EN F)	MONTANT CORRESPONDANT À UN DÉPASSEMENT DE 30% DE LA MOYENNE NATIONALE	TAUX DE DÉPASSEMENT DE LA MOYENNE NATIONALE	DÉPASSEMENT PRIS EN CHARGE	MONTANT PRIS EN CHARGE PAR LE FONDS (80% DU DÉPASSEMENT)
A	10 500 000	2 000	5 250		41%	11%	680 889
B	3 000 000	1 500	2 000		-46%	0%	-
C	3 200 000	1 000	3 200		-14%	0%	-
TOTAL	16 700 000	4 500	3 711	4 824	0%	0%	680 889

2° : MAJORATION DE 30% : FINANCEMENT DE LA MAJORATION ENTRE LES AUTRES DÉPARTEMENTS						
DÉPARTEMENT	RÉPARTITION INITIALE	MONTANT DE LA MAJORATION	RÉPARTITION DU 1°	TAUX DE RÉPARTITION CORRESPONDANT	RÉPARTITION DU MONTANT RÉGULARISÉ	NOUVELLE RÉPARTITION 2°
A	2 117 025	680 889	-	0%	-	2 797 914
B	1 943 810	-	1 943 810	63%	429 299	1 514 510
C	1 139 166	-	1 139 166	37%	251 590	887 576
TOTAL	5 200 000	680 889	3 082 975	100%	680 889	5 200 000

3° plafond de 50 % des dépenses totales d'APA par département

3° : PLAFOND DE 50% : MONTANT À RÉTROCÉDER AU FONDS PAR LES DÉPARTEMENTS DÉBITEURS					
DÉPARTEMENT	NOUVELLE RÉPARTITION 2°	DÉPENSES TOTALES D'APA (BRUT) (SOURCE DÉPARTS)	DÉPENSES D'APA À LA CHARGE DES DÉPARTEMENTS (NET) (CALCUL)	% DES DÉPENSES D'APA DU FONDS	RÉGUL EN FAVEUR DU FONDS À OPÉRER EN 2003
A	2 797 914	10 500 000	7 702 086	26,6%	-
B	1 514 510	3 000 000	1 485 490	50,5%	14 510
C	887 576	3 200 000	2 312 424	27,7%	-
TOTAL	5 200 000	16 700 000	11 500 000	31,1%	-

3° : RÉPARTITION ENTRE LES DÉPARTEMENTS DES SOMMES CORRESPONDANT AU PLAFOND DE 50%						
DÉPARTEMENT	NOUVELLE RÉPARTITION 2°	MONTANT RÉCUPÉRÉ PAR LE FONDS	RÉPARTITION DU 1°	TAUX DE RÉPARTITION CORRESPONDANT	RÉPARTITION DU MONTANT RÉGULARISÉ	NOUVELLE RÉPARTITION 3°
A	2 797 914	-	2 117 025	65%	9 434	2 807 348
B	1 514 510	14 510	-	0%	-	1 500 000
C	887 576	-	1 139 166	35%	5 076	892 652
TOTAL	5 200 000	14 510	3 256 190	100%	14 510	5 200 000

4° garantie des dépenses des départements à hauteur de 80 % de la majoration pour tierce personne par bénéficiaire

4° : GARANTIE DE 80% DE MTP : CE QUI EST DÛ AUX BÉNÉFICIAIRES						
MONTANT DE LA MTP		5 881,24				
PLAFOND DE 80% DE LA MTP		4 705				
DÉPARTEMENT	NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES 2002 D'APA (CONNU EN 2003)	NOUVELLE RÉPARTITION 3°	DÉPENSES (CALCUL) DÉPART. D'APA 2002 (NETTES)	DÉPENSE (NETTE) MOYENNE PAR BÉNÉFICIAIRE	DÉPASSEMENT GARANTI PAR BÉNÉFICIAIRE	MONTANT TOTAL À GARANTIR
A	1 600	2 807 348	7 692 652	4 808	103	164 665
B	1 200	1 500 000	1 500 000	1 250	0	-
C	800	892 652	2 307 348	2 884	0	-
TOTAL	3 600	5 200 000	11 500 000	3 194	103	164 665

4° : GARANTIE : FINANCEMENT DE LA MAJORATION PAR LES AUTRES DÉPARTEMENTS						
DÉPARTEMENT	NOUVELLE RÉPARTITION 3°	MONTANT À GARANTIR	RÉPARTITION DU 1°	TAUX DE RÉPARTITION CORRESPONDANT	RÉPARTITION DU MONTANT RÉGULARISÉ	RÉPARTITION DÉFINITIVE PAR LE FONDS
A	2 807 348	164 665	-	0%	-	2 972 013
B	1 500 000	-	1 943 810	63%	103 821	1 396 179
C	892 652	-	1 139 166	37%	60 844	831 808
TOTAL	5 200 000	164 665	3 082 975	100%	164 665	5 200 000

IV - Régularisation

DÉPARTEMENT	SOLDE À PAYER APRÈS 2002 (RÉPARTITION FINALE - ACOMPTÉ 80%)	VARIATION / SOLDE INITIAL À RÉPARTIR APRÈS 2002 (VOIR 1°)
A	1 278 393	854 988
B	158 869	- 547 630
C	- 79 524	- 307 357
TOTAL	1 040 000	-

LA LOI APA ET LA RÉFORME DE LA TARIFICATION

La loi du 20 juillet 2001 bénéficie aussi aux personnes ayant choisi de résider dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ceci vaut à un double titre. D'une part, l'APA en établissement a pour vocation d'aider les résidents à acquitter le tarif dépendance, créé par la réforme de la tarification. D'autre part, la loi du 20 juillet 2001 comporte diverses dispositions concernant directement cette réforme.

l'essentiel

- La réforme de la tarification des EHPAD repose sur la mise en œuvre de cinq principes fondamentaux : transparence des coûts et des prises en charge, renforcement des moyens médicaux, solidarité envers les personnes âgées dépendantes grâce à l'APA, démarche qualité dans les établissements et mise en œuvre d'un partenariat à travers les conventions tripartites.
- Elle se traduit par la mise en place, dans chaque établissement concerné, de trois tarifs distincts : hébergement, soins et dépendance.

- **L'amélioration de la qualité des prestations prend la forme d'un projet d'établissement, inscrit dans la cadre d'un cahier des charges national.**
- **La signature d'une convention tripartite, entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'État dans le département, conditionne la mise en œuvre des nouveaux tarifs.**
- **Des dispositions transitoires garantissent le financement de chaque établissement dans l'attente de la signature de sa convention, qui doit intervenir au plus tard le 31 décembre 2003.**

I – RAPPEL DES GRANDES LIGNES DE LA RÉFORME

Les origines de la réforme

La réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) trouve son origine dans le constat, très largement partagé, des insuffisances – voire des incohérences – du mode de financement actuel. Celui-ci repose en effet, dans la majorité des établissements, sur une double source de recettes :

- **un forfait soins** (en service de soins de longue durée) **ou un forfait de section de cure médicale** (en maison de retraite), financés par l'assurance maladie. Ces deux dispositifs correspondent à une logique de recette forfaitaire par jour et par résident (ou place de section de cure), supposée couvrir la prise en charge des dépenses à caractère médical ;
- **un prix de journée** – résultat de la division du reste du budget de l'établissement par son nombre de journées prévisionnel – ou, dans les logements foyers, une « **redevance** » (loyer + charges) et le paiement des services facultatifs (comme le prix des repas). Les frais d'hébergement des résidents à faibles ressources peuvent être pris en charge par l'aide sociale départementale.

Ce dispositif de financement a permis, dans un premier temps, d'accompagner le développement des capacités d'accueil des personnes âgées, qui a profondément transformé l'offre d'hébergement au cours des dernières décennies, en quantité comme en qualité.

Mais il a rapidement révélé un certain nombre de limites :

- **Il ne permettait pas une allocation équitable des dépenses financières par l'assurance maladie :**
Le principe d'une contribution forfaitaire ne permet pas une analyse du coût des dépenses médicales. À populations identiques, le financement des dépenses médicales par l'assurance maladie peut varier dans un rapport de 1 à 5, sans justifications objectives. Ces écarts créent des situations inégales : des institutions peuvent bénéficier de ressources excédentaires tandis que, dans d'autres structures, les résidents doivent assumer eux-mêmes une partie de leurs frais médicaux, sans remboursement de l'assurance maladie.
En outre, moins de la moitié des maisons de retraite disposent d'une section de cure médicale (3 500 établissements sur 7 800) et les 135 000 places de section de cure médicale des maisons de retraite dites « médicalisées » ne représentent que 47 % de la capacité totale.
Dans les autres établissements, les résidents font directement appel à des professionnels médicaux et paramédicaux, dans des conditions coûteuses pour la collectivité (environ 1,5 milliards d'euros, soit 10 milliards de francs).
- **Il ne permettait pas également un ajustement des prix de journée en fonction de la qualité des services rendus aux résidents, créant ainsi une inégalité :**
 - entre les résidents d'un même établissement, dans la mesure où ce prix unique ne prend pas en compte le degré d'autonomie de la personne et, par conséquent, le coût réel de sa prise en charge ;
 - entre établissements, dans la mesure où les disparités dans les profils de résidents respectifs – et plus encore leur évolution dans le temps – ne se reflète que très partiellement, sinon pas du tout, dans leurs prix de journée.

- **Il ne permettait pas enfin une prise en charge de la perte d'autonomie.**

En raison de ses conditions d'octroi, la prestation spécifique dépendance (PSD) ne concerne aujourd'hui que 10 % des personnes âgées accueillies en établissement. Ce chiffre est très inférieur à la réalité du phénomène de dépendance : les deux tiers des résidents en établissement ont perdu leur autonomie (classement dans un GIR 1 à 4).

L'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) offrait des conditions plus favorables que la PSD, mais restait cantonnée aux personnes les plus dépendantes. Elle avait, en tout état de cause, vocation à s'effacer progressivement devant la PSD puis, à compter du 1^{er} janvier 2002, devant l'APA.

Les principes de la réforme de la tarification

Le principe d'une réforme de la tarification des EHPAD – avec individualisation et prise en charge spécifique de la dépendance – avait déjà été posé par la loi du 24 janvier 1997 instaurant la PSD.

À l'issue d'une très large concertation, les fondements et les mécanismes de cette réforme de la tarification ont été définis en 1999 (décrets N°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999, et arrêté du 26 avril 1999), puis par le décret du 4 mai 2001. Dans le même temps était lancée la démarche qui devait conduire au remplacement de la PSD par l'APA.

La réforme de la tarification repose sur la mise en œuvre de cinq principes :

- **La transparence des coûts :** pour déterminer précisément les différentes composantes du coût total de la prise en charge et imputer à chaque financeur des coûts ainsi clairement identifiés ;
- **Le renforcement des financements :** notamment ceux de l'assurance maladie (prise en charge des frais médicaux des résidents), en faveur des établissements les plus mal dotés ;
- **La solidarité envers les personnes âgées dépendantes :** l'APA leur permettant d'acquitter le tarif dépendance de leur établissement ;
- **La qualité :** les aspects tarifaires et gestionnaires de la réforme étant liés à l'amélioration de la qualité des prestations proposées aux résidents ;
- **Le partenariat :** matérialisé par la signature d'une convention tripartite entre l'établissement, le conseil général et le représentant de l'État dans le département.

La mise en œuvre de ces principes se traduit par la mise en place, dans chaque établissement, d'une tarification ternaire, composée des éléments suivants :

- **un tarif hébergement ;**
- **un tarif soins ;**
- **un tarif dépendance.**

Ces trois tarifs journaliers alimentent trois sections budgétaires distinctes, dont les charges et les produits sont calculés et arrêtés séparément, chaque section devant être équilibrée.

Cette distinction entre trois tarifs s'appuie sur la mise en place d'une comptabilité analytique simplifiée au sein des établissements, permettant d'établir la réalité des différents coûts de revient. Ce point fait l'objet des décrets du 26 avril 1999 et du 4 mai 2001. Les règles définies par ces textes trouvent leur prolongement dans la mise à disposition des établissements d'un logiciel de calcul des prix de revient : « Tarif EHPAD » (disponible auprès de l'École Nationale de la Santé Publique).

Le tarif hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'ensemble des prestations relatives à :

- l'**administration générale** ;
- l'**accueil hôtelier** ;
- la **restauration** ;
- l'**entretien** ;
- l'**animation de la vie sociale**.

Ces différentes prestations n'ont pas de lien direct avec le degré d'autonomie des résidents concernés. Le tarif d'hébergement est donc identique pour les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort (les tarifs pouvant varier en fonction de ce niveau : plus élevés, par exemple, pour les chambres individuelles que pour celles à deux places).

De ce fait, le calcul de ce tarif journalier d'hébergement est celui qui, par sa finalité et ses composantes, se rapproche le plus du calcul des actuels prix de journée. Compte tenu de la distinction entre trois entités tarifaires introduite par la réforme, le tarif hébergement – avec une moyenne de 6,9 € par jour (45 francs) – sera naturellement moins élevé que les prix de journée actuels.

Dans les logements foyers, le tarif pourra continuer à comporter, de façon séparée, une redevance et la facturation de services facultatifs.

Le budget soins

Le budget soins recouvre deux entités distinctes :

- les « **soins de base** » (ou de « *nursing* ») : ils regroupent les prestations paramédicales relatives aux soins d'entretien, d'hygiène, de confort et de continuité de la vie ;
- les « **soins techniques** » : ils comprennent l'ensemble des prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des résidents.

Seuls les « soins de base » ont un lien direct avec le degré d'autonomie de la personne concernée.

Selon leur situation actuelle, les établissements ont la possibilité de choisir entre un tarif de soins global ou un tarif de soins partiel (n'intégrant pas les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux intervenant dans l'établissement – hors médecin coordonnateur et infirmières libérales -, ainsi que les examens de biologie, de radiologie et les médicaments).

Ce tarif soins apporte une innovation majeure par rapport au système actuel des forfaits soins (services de soins de longue durée) ou des sections de cure médicale (maisons de retraite) : il permet de passer d'une logique forfaitaire – arbitraire par essence – à un financement au coût réel.

Cette transparence – et la volonté de renforcer les moyens des établissements jusqu'alors les moins bien dotés en la matière – se traduiront par un effort très important de l'assurance maladie. Sur cinq ans (2001-2005), 915 millions d'euros (6 milliards de francs) de mesures nouvelles seront dégagées au profit des établissements. Dès 2001, 183 millions d'euros (1,2 milliard de francs) ont déjà été prévus à cette fin.

S'ajouteront à cet effort considérable environ 1,5 milliard d'euros (10 milliards de francs) en provenance des enveloppes « soins de ville » – correspondant aux dépenses médicales actuelles dans les maisons de retraite sans section de cure médicale – et « hôpitaux », correspondant aux apports de ces derniers dans les unités de soins de longue durée.

Le tarif dépendance

Il recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance apportées aux personnes âgées ayant perdu tout ou partie de leur autonomie pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie courante.

Chaque établissement dispose de trois niveaux de tarif, correspondant au degré de perte d'autonomie du résident concerné, repéré selon son GIR (groupe iso-ressources) :

- GIR 1 et 2 : résident très dépendant ;
- GIR 3 et 4 : résident dépendant ;
- GIR 5 et 6 : résident peu dépendant ou valide.

Le classement des résidents dans les différents GIR est effectué par le médecin coordonnateur de l'établissement, grâce à l'utilisation de la grille AGGIR (pour les détails sur ce point, ainsi que sur le calcul de l'allocation personnalisée d'autonomie, voir la première partie de ce guide). Il est à noter que seuls les résidents classés dans les GIR n°1 à 4 peuvent prétendre au bénéfice de l'APA.

Si, après contrôle et modification des propositions du médecin coordonnateur par les médecins du département et de la CPAM, l'établissement conteste la répartition de ses résidents entre les différents GIR, il peut former un recours devant la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale. Pour que ce recours soit recevable, il convient toutefois que les modifications apportées à la répartition initiale influent sur les moyens attribués à l'établissement.

Le calcul du tarif dépendance s'effectue selon l'enchaînement suivant :

- À chaque GIR est attribué un nombre de points de dépendance :
 - 1 040 points pour les GIR 1 et 2,
 - 760 pour les GIR 3 et 4,
 - 280 pour les GIR 5 et 6 ;
- En divisant le montant des charges nettes totales liées à la prise en charge de la dépendance par le nombre total de points de dépendance de l'établissement, on obtient la valeur nette du point dépendance ;
- Le tarif de l'établissement applicable pour chaque GIR s'obtient alors en multipliant la valeur nette du point dépendance par le nombre de points affectés au GIR correspondant (1 040 points pour les GIR 1 et 2, 760 pour les GIR 3 et 4, 280 pour les GIR 5 et 6).

La fixation et le paiement des tarifs

La fixation et le paiement des différents tarifs de l'établissement obéissent aux règles suivantes :

- **Le tarif hébergement :**

- est arrêté par le président du conseil général si l'établissement est habilité à l'aide sociale,
- est acquitté par le résident, mais peut être pris en charge, le cas échéant, par l'aide sociale départementale, avec participation du bénéficiaire, mise en œuvre de l'obligation alimentaire et récupération sur succession ;

- **Le tarif soins :**

- est arrêté par le préfet (DDASS) ou par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (pour les services hospitaliers),
- est acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale versée par la CPAM compétente en fonction de l'implantation de l'établissement, celle-ci assurant *ex post* la répartition entre régimes et entre caisses ;

- **Le tarif dépendance :**

- est arrêté par le président du conseil général,
- est acquitté par le résident, mais est couvert – dans une proportion variant en fonction des revenus du bénéficiaire – par l'APA, pour les résidents classés dans les GIR 1 à 4 et qui en font la demande.

Ces tarifs sont arrêtés par chaque autorité compétente après avis croisés des autres autorités tarifcatrices ou organismes financeurs. Ces avis croisés concernent ainsi le président du conseil général, le préfet et la CRAM (qui sert de pivot pour les autres caisses et les autres régimes d'assurance maladie).

Les principes comptables et gestionnaires

Sans entrer ici dans les détails, on retiendra que la mise en œuvre de la réforme s'appuie sur un certain nombre de principes comptables et gestionnaires.

Parmi les principaux, on peut citer :

- **La simplification des imputations budgétaires :**

Pour éviter que les EHPAD, souvent peu dotés en personnels administratifs et en spécialistes budgétaires, ne soient confrontés à des imputations analytiques trop complexes, la réforme de la tarification privilégie les solutions simples en ce domaine, en prévoyant une triple règle :

- la majorité des postes de dépenses de personnels et des autres charges d'exploitation est rattachée à une seule section tarifaire ;
- aucune charge d'exploitation ne s'impute sur plus de deux sections ;
- aucune charge d'exploitation (à l'exception des dépenses de personnel) ne s'impute à la fois sur le tarif dépendance et sur le tarif soins.

Les exceptions relatives aux dépenses de personnel concernent :

- celles relatives aux aides soignants et aux aides médico-psychologiques (AMP), réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle des soins ;
- celles relatives aux agents de service, réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle de l'hébergement.

• **L'étanchéité des sections tarifaires**

Ce principe conduit à affecter le résultat de chaque section exclusivement à cette dernière et à interdire toute compensation entre sections. Les excédents éventuels pourront être affectés notamment à la réduction des charges d'exploitation ou au financement de l'investissement.

• **L'instauration d'un tableau de bord normalisé**

Composé de 16 indicateurs médicaux, sociaux ou économiques, ce tableau de bord doit permettre de comparer la situation des établissements sur des bases communes et objectives. Parmi ces indicateurs figurent en particulier la valeur du point dépendance et le GIR moyen pondéré (GMP) de l'établissement.

• **La modification du calendrier de campagne**

Ce dernier repose désormais sur un dépôt des propositions budgétaires de chaque établissement avant le 15 octobre de l'exercice N-1 et sur une remise des comptes administratifs avant le 30 avril de l'année N+1.

En cas de désaccord avec les propositions budgétaires de l'établissement, l'autorité chargée de la tarification dispose dorénavant de 60 jours pour faire connaître ses décisions. Cet allongement du délai tient compte de la nécessité de recueillir plusieurs avis.

• **L'allègement des contrôles a priori**

Cet allègement des contrôles et approbations a priori se traduit en particulier par une fixation globale des dépenses et des recettes (et des tarifs qui en découlent). Celle-ci se substitue à l'actuelle procédure d'approbation compte par compte.

En contrepartie de cet allègement, les dépenses non contenues dans le « périmètre des tarifs » – c'est-à-dire non prises en compte lors du calcul de ces tarifs – ne seront pas opposables aux organismes financeurs.

La qualité des prestations

L'amélioration de la qualité de l'accueil et des prestations constitue une composante à part entière de la réforme de la tarification des EPHAD.

Au sein de chaque établissement, cette démarche est guidée par un cahier des charges, défini au niveau national (arrêté du 26 avril 1999) et abordant tous les aspects de la vie de l'institution, et en particulier :

- l'accueil et l'information des résidents et des familles ;
- le respect des droits des résidents ;
- le confort de l'hébergement ;
- l'animation ;
- la qualité et l'organisation des repas ;
- l'aide à la vie quotidienne ;
- la qualité des soins ;
- l'accompagnement de la fin de vie ;
- les relations avec l'environnement (réseaux gérontologiques) ;
- etc.

Les engagements sur ces différents points sont matérialisés dans un « projet d'établissement », qui comporte lui-même un « projet de vie » et un « projet de soins ». Ce dernier doit être piloté, au sein de chaque institution, par un « médecin coordonnateur », formé à la gériatrie et à l'animation d'équipe.

Si celui-ci ne possède pas déjà cette formation à sa nomination, il dispose de 3 ans pour l'acquérir. Le médecin coordonnateur assure, par ailleurs, l'évaluation du degré d'autonomie de chaque résident (cf. le chapitre sur l'APA en établissement page 37).

La production et le respect de ces documents et obligations en matière de qualité conditionnent l'attribution des moyens budgétaires. Pour aider les établissements à les respecter, le ministère met à leur disposition un outil d'auto-évaluation de la qualité, baptisé ANGELIQUE.

La convention tripartite

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD passe, pour chaque établissement, par l'élaboration et la signature d'une convention tripartite pour 5 ans entre ce dernier, le président du conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (préfet ou directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation).

Ce document, signé pour 5 ans et établi à partir d'un cadre national, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement :

- sur le plan budgétaire ;
- en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées (sur ce point, la convention formalise les engagements pris par l'institution dans le cadre de la démarche qualité évoquée *supra*).

La convention précise également les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

Enfin, elle prévoit les modalités de l'ajustement progressif des recettes supplémentaires apportées par l'assurance maladie (tarif soins). Cette mise à niveau par ajustements annuels peut s'étendre sur une période allant jusqu'à cinq ans.

Compte tenu du nombre d'établissements concernés, environ 8 000 conventions devront être signées avant le 31 décembre 2003, dont 5 000 avant le mois de juin 2002.

II – LA LOI DU 20 JUILLET 2001 ET LA RÉFORME DE LA TARIFICATION

Dans le cadre général ainsi tracé, la loi du 20 juillet 2001 et ses textes d'application comportent un certain nombre de dispositions relatives à la mise en œuvre de la tarification des EHPAD.

Les principales d'entre elles sont les suivantes :

Expérimentation d'une dotation « dépendance » globale

La loi donne, à titre expérimental, la possibilité au président du conseil général de verser les allocations personnalisées d'autonomie afférentes à un établissement donné sous la forme d'une dotation budgétaire globale. Les structures concernées doivent être volontaires pour participer à l'expérimentation.

Le président de conseil général qui décide de mettre sur pied une telle expérimentation doit en informer le ministre chargé des personnes âgées. Les résultats de l'expérimentation feront l'objet d'une évaluation dans le cadre du bilan de l'APA, qui sera présenté au Parlement avant le 30 juin 2003.

La dotation globale présente les caractéristiques suivantes :

- Elle est versée par le département dont le président du conseil général assure la tarification de l'établissement ;
- Elle n'inclut pas les participations laissées à la charge des résidents, récupérées directement par l'établissement auprès des intéressés ;
- Les APA des résidents relevant d'autres départements que celui ayant le pouvoir de tarification sont versées à l'établissement soit directement, soit par le biais d'une dotation globale.

Le versement de la dotation globale intervient sous la forme d'acomptes mensuels, dont le montant est égal au douzième de la dotation annuelle.

Il est à noter que cette possibilité d'expérimentation d'une dotation globale est également ouverte pour le versement des tarifs d'hébergement pris en charge par le département au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

La tarification provisoire

Dans l'attente de la signature de l'ensemble des conventions, qui doit intervenir avant le 31 décembre 2003, la loi prévoit un dispositif de tarification transitoire reposant sur :

- un forfait global de soins, arrêté par l'autorité compétente de l'État à hauteur du montant fixé pour l'exercice 2001 ;
- des tarifs journaliers dépendance fixés par le président du conseil général ;
- des tarifs d'hébergement calculés après déduction des recettes issues du forfait soins et des tarifs dépendance.

Dans ce cas de figure, le montant de l'APA est obtenu par différence entre le tarif dépendance de l'établissement pour le GIR de rattachement et le montant de la participation du bénéficiaire.

La procédure normale de fixation des différents tarifs

Après la période transitoire – c'est-à-dire après que l'établissement ait signé sa convention tripartite – la loi définit les modalités définitives de fixation des différents tarifs. Celles-ci sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

Tarif	Autorité fixant le tarif	Avis
Soins	État	Conseil général, CRAM ⁽¹⁾
Dépendance	Conseil général	État, CRAM ⁽¹⁾
Hébergement	Conseil général (si convention à l'aide sociale)	

(1) La CRAM se chargeant de recueillir l'avis des CPAM et des caisses des autres régimes concernées.

La notification de ces tarifs à l'établissement doit intervenir dans un délai maximum de 60 jours, à compter de la notification de la dotation régionale relative au financement des tarifs soins. L'application de ce délai suppose toutefois que l'établissement ait transmis, à cette date, l'ensemble des documents nécessaires à l'établissement des tarifs.

La révision des tarifs dépendance

Le *turn over* (entrées et sorties) de l'établissement et l'évolution du degré d'autonomie de ses résidents – et donc éventuellement leur changement de GIR – influencent naturellement le calcul du GIR moyen pondéré (GMP) de la structure d'accueil. Il convient donc de procéder à un réexamen régulier du classement de chaque résident.

Sur ce point, la loi laisse le soin aux parties prenantes de fixer, dans la convention tripartite, la périodicité de cette révision.

Instauration d'une caisse pivot

Les recettes d'un établissement afférentes au forfait soins peuvent provenir de différents régimes d'assurance maladie – selon l'origine professionnelle des résidents – voire de plusieurs caisses d'un même régime, selon leur origine géographique.

Pour éviter une multiplication des sources de financements, la loi confie à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dans le ressort de laquelle se situe l'établissement, le rôle de caisse pivot. Une convention entre les régimes peut toutefois prévoir la possibilité de confier ce rôle à une caisse d'un autre régime, lorsque les ressortissants de cette dernière sont plus nombreux dans l'établissement que ceux relevant du régime général.

Une fois désignée, la caisse pivot verse les recettes afférentes au tarif soins pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le versement de la dotation mensuelle correspondante intervient le 20^e jour du mois ou le dernier jour ouvré précédant cette date. Pour les établissements de santé sous dotation globale, la date de versement est la même que celle de la dotation globale.

La caisse pivot se charge ensuite de répartir la dépense entre les différents régimes, sur la base d'accords nationaux. À défaut de tels accords, le ministre chargé de la Sécurité sociale fixe cette répartition par arrêté.

Détermination des tarifs dépendance dans les établissements de moins de 25 places

La loi donne à ces établissements la possibilité de déroger au droit commun de la tarification, défini par l'article 315-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans ce cas, le décret d'application prévoit que les charges afférentes à la dépendance, prises en compte pour le calcul du tarif dépendance, comprennent :

- les rémunérations et charges sociales et fiscales des aides soignants, aides médico-psychologiques et psychologues ;
- 30 % des rémunérations et charges des agents de service et des veilleurs de nuit ;
- les couches, alèses et produits absorbants.

Le calcul des tarifs dépendance correspondants prend en compte le niveau de dépendance de chaque résident. Il applique aux charges mentionnées ci-dessus les formules de calcul prévues au points b) et c) de l'annexe II du décret du 26 avril 1999 relatif à la réforme de la tarification des EHPAD.

Il est alors possible de calculer le tarif hébergement de l'établissement, à partir de l'ensemble de ses charges nettes, minorées du produit des tarifs dépendance et minorées ou majorées (selon le cas) du montant des résultats des exercices antérieurs.

L'ensemble des dispositions mentionnées ci-dessus est également applicable aux établissements dont le GIR moyen pondéré (GMP) est inférieur à 300.

L'ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Afin de suivre à moyen et long terme l'évolution de l'APA et ses effets quantitatifs et qualitatifs, la loi a défini un certain nombre de règles et d'outils.

l'essentiel

- La loi crée un outil d'information et de suivi statistique de l'APA.
- Tous les ans, les départements doivent transmettre les données comptables au Fonds de financement de l'APA et les données statistiques au ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Le comité national de coordination gérontologique a pour mission d'évaluer le développement du nouveau dispositif.
- Un comité scientifique créé par la loi adaptera les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.
- Le Gouvernement présentera au Parlement un bilan de l'application de la loi APA avant le 30 juin 2003.

Un suivi statistique et financier

Afin d'avoir une vision globale de la mise en place du dispositif, la loi distingue deux types de remontées d'informations :

- d'une part, des données comptables sur les dépenses nettes d'allocation personnalisée d'autonomie et sur le nombre de bénéficiaires. Celles-ci sont transmises directement par les départements au Fonds de financement de l'APA ;
- d'autre part, des données statistiques, dont la liste et la périodicité de transmission seront fixées par arrêté ministériel, et qui alimenteront le système d'information créé par la loi. Elles concernent notamment :
 - les caractéristiques des demandeurs et des bénéficiaires,
 - les montants mensuels moyens d'APA,
 - l'activité des équipes médico-sociales,
 - le suivi des conventions entre le département et ses partenaires.

Ces données statistiques seront communiquées par les départements au ministère de l'emploi et de la solidarité, qui les transmettra au Fonds de financement de l'APA. Une convention entre l'État et le Fonds précisera les conditions de collecte, l'exploitation des informations recueillies, ainsi que leurs modalités de communication aux départements.

À savoir

Les données statistiques transmises au ministère de l'emploi et de la solidarité par les départements pour le compte du Fonds de financement doivent être diffusées de manière agrégée au sens de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, c'est à dire de manière non nominative.

Une évaluation du développement du dispositif

Le comité national de la coordination gérontologique, créé par la loi du 24 janvier 1997 relative à la PSD, a pour mission d'évaluer le développement qualitatif et quantitatif du dispositif de l'APA, à l'issue de deux années de fonctionnement. Cette mission ne comprend pas l'évaluation de la grille nationale AGGIR, confiée au comité scientifique créé par la loi instaurant l'APA.

Présidé par le ministre chargé des personnes âgées ou par son représentant, ce comité est composé de 36 membres nommés pour trois ans renouvelables par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Afin de lui permettre de jouer pleinement son rôle, l'ensemble des données statistiques relatives aux bénéficiaires, à l'activité des équipes médico-sociales et au suivi des conventions devront lui être communiquées.

Composition du Comité national de la coordination gérontologique

Il comprend 36 membres dont :

- Neuf représentants des départements désignés par l'assemblée des départements de France ;
- Un représentant désigné par le conseil d'administration de :
 - la CNAVTS,
 - la CNAMTS,
 - la CCMSA,
 - l'organisation autonome du régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales,
 - la caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des artisans,
 - la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales,
 - la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales,
 - la caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ;
- Un représentant désigné par chacune des organisations suivantes :
 - la mutualité de la fonction publique,
 - l'union nationale des centres communaux d'action sociale,
 - l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux,
 - l'union nationale des associations de soins et services à domicile,
 - l'union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural,
 - la fédération hospitalière de France,
 - la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif,
 - une organisation d'établissements privés d'hébergement pour personnes âgées ;
- Deux représentants des médecins généralistes et deux représentants des infirmiers exerçant à titre libéral ;
- Trois représentants d'associations et d'organisations de retraités désignés par le Comité national des retraités et personnes âgées et un représentant de l'Union nationale des associations familiales ;
- Trois membres choisis par le ministre chargé des personnes âgées pour leurs compétences particulières en matière de gérontologie.

Un bilan au Parlement

Le suivi statistique et financier de la montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie permettra au Gouvernement de présenter au Parlement une évaluation qualitative et quantitative d'ensemble. Cette présentation aura lieu avant le 30 juin 2003.

À cet effet, le Gouvernement s'appuiera notamment sur :

- les conclusions des rapports remis par le conseil d'administration et le conseil de surveillance du Fonds de financement de l'APA ;
- les travaux du comité scientifique nouvellement créé par la loi.

Les missions du comité scientifique

L'article 17 de la loi du 20 juillet 2001 crée un comité scientifique.

Sa mission est d'adapter les outils d'évaluation de la perte d'autonomie.

Ce comité est composé de 15 membres nommés pour deux ans par arrêté conjoint du ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre en charge des personnes âgées.

Ses membres sont désignés pour leur connaissance des outils et des procédures d'évaluation de la perte d'autonomie et du handicap.

Son rôle est triple:

- dresser un bilan de l'utilisation de la grille nationale AGGIR;
- proposer des adaptations de cette grille, notamment pour l'accompagnement et les aides techniques nécessaires aux personnes présentant une détérioration intellectuelle, des troubles psychiques ou des déficiences sensorielles;
- conduire une réflexion pour harmoniser les modalités d'évaluation de la perte d'autonomie pour les personnes âgées de plus de 60 ans et les personnes handicapées.

Ses conclusions seront présentées au Parlement avant le 31 janvier 2003.

3

La loi
Les décrets

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

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2001-447 DC du 18 juillet 2001,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

DISPOSITIONS MODIFIANT LE CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES ET RELATIVES À L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Article 1^{er}

Le chapitre II du titre III du livre II
du code de l'action sociale
et des familles est ainsi rédigé :

Chapitre II Allocation personnalisée d'autonomie

SECTION 1

Allocation personnalisée d'autonomie et qualité des services aux personnes âgées

Art. L. 232-1. – Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.

Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, non-obstant 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.

Art. L. 232-2. – L'allocation personnalisée d'autonomie, qui a le caractère d'une prestation en nature, est accordée, sur sa demande, dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'une grille nationale, également définies par voie réglementaire.

Les personnes sans résidence stable doivent, pour prétendre au bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie, élire domicile auprès de l'un des organismes mentionnés à l'article L. 232-13, agréé à cette fin conjointement par le représentant de l'État dans le département et par le président du conseil général.

Sous-section 1

Prise en charge et allocation personnalisée d'autonomie à domicile

Art. L. 232-3. – Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale.

L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci. Le montant maximum du plan d'aide est fixé par un tarif national en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 et revalorisé au 1er janvier de chaque année, au moins conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir.

Art. L. 232-4. – La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2, selon un barème national revalorisé au 1er janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale.

Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.

De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire.

Art. L. 232-5. – Pour l'application de l'article L. 232-3, sont considérées comme résidant à domicile les personnes accueillies dans les conditions fixées par les articles L. 441-1 à L. 443-10 ou hébergées dans un établissement visé au II de l'article L. 312-8.

Art. L. 232-6. – L'équipe médico-sociale recommande, dans le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3, les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire.

Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants déterminés par voie réglementaire, lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est, sauf refus exprès du bénéficiaire, affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail.

Quel que soit le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, le montant de celle-ci est modulé, dans des conditions fixées par voie réglementaire, suivant l'expérience et le niveau de qualification de la tierce personne ou du service d'aide à domicile auquel il fait appel.

Art. L. 232-7. – Dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au président du conseil général le ou les salariés ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée l'allocation personnalisée d'autonomie. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions.

Si le bénéficiaire choisit de recourir à un service d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail, l'allocation personnalisée d'autonomie destinée à le rémunérer peut être versée sous forme de titre emploi-service.

Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. Le lien de parenté éventuel avec son salarié est mentionné dans sa déclaration.

Le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie peut être suspendu à défaut de la déclaration mentionnée au premier alinéa dans le délai d'un mois, si le bénéficiaire n'acquiesce pas la participation mentionnée à l'article L. 232-4, ou, sur rapport de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-3, soit en cas de non-respect des dispositions de l'article L. 232-6, soit si le service rendu présente un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral de son bénéficiaire.

Sous-section 2

Allocation personnalisée d'autonomie en établissement

Art. L. 232-8. - I.—Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne hébergée dans un établissement visé à l'article L. 312-8, elle est égale au montant des dépenses correspondant à son degré de perte d'autonomie dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance, diminué d'une participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie.

La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources, déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4, selon un barème national révisé au 1er janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale.

Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.

II.—Par dérogation aux dispositions de l'article L. 232-15 et dans le cadre de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 312-8, l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement peut, à titre expérimental, être versée par le président du conseil général qui assure la tarification de l'établissement volontaire sous forme d'une dotation budgétaire globale afférente à la dépendance qui prend en compte le niveau de perte d'autonomie moyen des résidents de l'établissement.

Cette dotation budgétaire globale n'inclut pas la participation des résidents prévue au I du présent article.

Les tarifs afférents à la dépendance pour les résidents bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement relevant d'autres départements que celui du président du conseil général qui a le pouvoir de tarification sont calculés conformément aux articles L. 315-1 et L. 315-6 et versés directement à l'établissement, le cas échéant, sous forme de dotation globale. Ces versements sont pris en compte pour le calcul de la dotation globale afférente à la dépendance.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. L'évaluation des résultats de l'expérimentation intervient dans le cadre du bilan prévu à l'article 15 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.

Art. L. 232-9.—Il est garanti aux personnes accueillies dans les établissements visés à l'article L. 232-8 habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale, un montant minimum tenu à leur disposition après paiement des prestations à leur charge mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 315-1 dont le montant, réévalué chaque année, est fixé par voie réglementaire.

Art. L. 232-10.—Lorsque les conjoints, les concubins ou les personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité résident, l'un à domicile, l'autre dans un établissement, le montant des prestations mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 315-1 restant à la charge de ce dernier est fixé de manière qu'une partie des ressources du couple correspondant aux dépenses courantes de celui des conjoints, concubins ou personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité restant à domicile lui soit réservée par priorité.

Cette somme ne peut être inférieure à un montant fixé par décret. Elle est déduite des ressources du couple pour calculer les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et à l'aide sociale visée à l'article L. 231-4 auxquels peut prétendre celui des conjoints, des concubins ou des personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité qui est accueilli en établissement.

Art. L. 232-11.—Les droits à prestation de la personne accueillie en établissement sont examinés au regard de l'allocation personnalisée d'autonomie puis au titre de l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4.

Si la participation au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 232-8 ne peut être acquittée par un résident, celle-ci peut être prise en charge par l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4 dans les conditions prévues au livre I^{er}.

SECTION 2

Gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie

Art. L. 232-12.—L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil général et servie par le département sur proposition d'une commission présidée par le président du conseil général ou son représentant.

Un décret précise les modalités de fonctionnement et la composition de cette commission qui réunit notamment des représentants du département et des organismes de sécurité sociale.

En cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, le président du conseil général attribue l'allocation personnalisée d'autonomie à titre provisoire, et pour un montant forfaitaire fixé par décret, à dater du dépôt de la demande et jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 232-14.

L'allocation personnalisée d'autonomie est servie aux personnes sans résidence stable par le département où elles sont domiciliées en application du dernier alinéa de l'article L. 232-2.

Art. L. 232-13.—Une convention, dont les clauses respectent un cahier des charges fixé par arrêté interministériel, est conclue entre le département et les organismes de sécurité sociale pour organiser les modalités de leur coopération pour la mise en oeuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile.

Des conventions portant sur tout ou partie de cette mise en oeuvre, et particulièrement sur celle des plans d'aide, peuvent également être conclues entre le département et des institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux, notamment des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, des centres locaux d'information et de coordination ou des organismes régis par le code de la mutualité ou des services d'aide à domicile agréés dans les conditions prévues à l'article L. 129-1 du code du travail. Toutefois, dans ce dernier cas, les institutions et organismes précédemment mentionnés ne peuvent participer à la mise en oeuvre du plan d'aide qu'ils ont défini.

Les départements assurent la coordination de l'action gérontologique dans le cadre d'un schéma arrêté conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département.

Le schéma définit les territoires de coordination de l'action gérontologique de proximité et établit des modalités d'information du public et de coordination des prestataires s'appuyant notamment sur des centres locaux d'information et de coordination.

Art. L. 232-14.—L'instruction de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie comporte l'évaluation du degré de perte d'autonomie du demandeur et, s'il y a lieu, l'élaboration d'un plan d'aide par l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-3.

Lorsqu'il n'y a pas lieu d'élaborer un plan d'aide, un compte rendu de visite comportant des conseils est établi.

Les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie sont ouverts à compter de la date du dépôt d'un dossier de demande complet. Dans un délai de deux mois à compter de cette date, le président du conseil général notifie la décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie au bénéficiaire. A défaut d'une notification dans ce délai, l'allocation personnalisée d'autonomie est réputée accordée pour un montant forfaitaire fixé par décret à compter du dépôt du dossier complet, jusqu'à la notification d'une décision expresse.

L'allocation personnalisée d'autonomie fait l'objet d'une révision périodique. Elle peut être révisée à tout moment en cas de modification de la situation du bénéficiaire.

L'allocation personnalisée d'autonomie est versée mensuellement à son bénéficiaire. Toutefois, une partie de son montant peut, compte tenu de la nature des dépenses, être versée selon une périodicité différente dans des conditions fixées par décret.

Art. L. 232-15.—L'allocation personnalisée d'autonomie est, le cas échéant, avec l'accord de son bénéficiaire, versée directement aux services prestataires d'aide à domicile visés à l'article L. 129-1 du code du travail ou aux établissements visés au 5° de l'article L. 312-1 du présent code et au 2o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Cet accord peut être repris à tout moment par le bénéficiaire.

Art. L. 232-16.—Pour vérifier les déclarations des intéressés, les services chargés de l'évaluation des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fis-

cales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer. Lesdites informations doivent être limitées aux données nécessaires à l'identification de la situation du demandeur en vue de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie. Elles sont transmises et utilisées dans les conditions garantissant leur confidentialité.

Art. L. 232-17.—Chaque département transmet, dans des conditions fixées par décret, au fonds institué par l'article L. 232-21, à la fois des données comptables relatives aux dépenses nettes d'allocation personnalisée d'autonomie et des données statistiques et comptables relatives au développement du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie, à ses principales caractéristiques et notamment à celles de ses bénéficiaires ainsi qu'à l'activité des équipes médico-sociales et au suivi des conventions visées respectivement aux articles L. 232-3 et L. 232-13, de façon à alimenter un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Art. L. 232-18.—Le demandeur, le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie ou, le cas échéant, son représentant, le maire de la commune de résidence ou le représentant de l'État dans le département peut saisir la commission mentionnée à l'article L. 232-12 pour qu'elle formule des propositions en vue du règlement des litiges relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Pour l'exercice de cette attribution, la commission s'adjoit des représentants des usagers ainsi que des personnalités qualifiées, dont des représentants des organisations de retraités et personnes âgées désignés par les comités départementaux des retraités et personnes âgées.

Art. L. 232-19.—Les sommes servies au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire.

Art. L. 232-20.—Les recours contre les décisions relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie sont formés devant les commissions départementales mentionnées à l'article L. 134-6, dans des conditions et selon les modalités prévues aux articles L. 134-1 à L. 134-10.

Lorsque le recours est relatif à l'appréciation du degré de perte d'autonomie, la commission départementale mentionnée à l'article L. 134-6 recueille l'avis d'un médecin titulaire d'un diplôme universitaire de gériatrie ou d'une capacité en gériatrie et gériatrie, choisi par son président sur une liste établie par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

SECTION 3

Financement de l'allocation personnalisée d'autonomie

Art. L. 232-21.—I.—Il est créé un fonds dont la mission est de contribuer au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie. Ce fonds, dénommé « Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie », est un établissement public national à caractère administratif.

Les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds, la composition de son conseil d'administration, constitué de représentants de l'État, et la composition de son conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des représentants des départements, des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse et des personnes âgées, sont déterminées par voie réglementaire.

Le conseil d'administration du fonds transmet chaque année au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant ses comptes prévisionnels pour l'année en cours et l'année suivante. Un rapport du conseil de surveillance, transmis selon les mêmes modalités, rend compte de la mise en oeuvre du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie à partir des données statistiques mentionnées à l'article L. 232-17.

II.—LES DÉPENSES DU FONDS SONT CONSTITUÉES PAR :

1° Un concours versé aux départements, destiné à prendre en charge une partie du coût de l'allocation.

Le montant de ce concours est réparti annuellement entre les départements, en fonction de la part des dépenses réalisées par chaque département au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie dans le montant total des dépenses au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie constaté l'année précédente pour l'ensemble des départe-

ments; il est modulé en fonction du potentiel fiscal déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales et du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion de chaque département.

Toutefois, au titre des deux premières années de fonctionnement du fonds, ce concours est réparti entre les départements en fonction du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, du potentiel fiscal déterminé selon les mêmes modalités et du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion de chaque département.

Le montant ainsi réparti :

—ne peut excéder par département la moitié des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie dudit département. Le cas échéant, l'excédent constaté fait l'objet d'une régularisation au cours de l'exercice suivant ;

—est majoré pour les départements dont les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie rapportées au nombre de personnes âgées du département de plus de soixante-quinze ans excèdent d'au moins 30% les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie de l'ensemble des départements rapportées au nombre total de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans sur l'ensemble du territoire national.

Cette majoration, égale à 80% de la fraction de dépenses excédant le seuil de 30%, est prise en charge par le fonds et minore, à due concurrence, les montants à répartir en fonction des trois critères visés ci-dessus.

Des acomptes sont versés aux départements. Ils sont établis sur la base des trois critères visés ci-dessus, dans la limite de 80% des recettes disponibles du fonds après prise en compte des dépenses visées au 2° et au 3°. Ils sont régularisés au cours de l'exercice suivant par application de l'ensemble des critères ainsi définis, dans la limite des recettes de l'exercice au titre duquel est effectuée la régularisation.

En aucun cas, les dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département ne peuvent excéder un montant moyen par bénéficiaire égal à 80% du montant au 1^{er} janvier 2001 de la majoration pour tierce personne mentionnée à l'article L. 335-1 du code de la sécurité sociale revalorisée, chaque année, comme les prix à la consommation hors tabac aux termes du rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir. Les dépenses effectuées en dépassement de ce seuil sont prises en charge en totalité par le fonds et minorent, à due concurrence, les montants à répartir.

L'ensemble de ces dispositions sera réexaminé avant la fin de l'exercice 2003, en fonction du bilan mentionné à l'article 15 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 précitée ;

2° Les dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, afin notamment de promouvoir des actions innovantes, de renforcer la professionnalisation et de développer la qualité de ces services.

Ces dépenses sont retracées dans une section spécifique du Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, dénommée « Fonds de modernisation de l'aide à domicile », abondée par une fraction de la recette mentionnée au 2° du III ; cette fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, ne peut être inférieure à 3% ni supérieure à 10% des sommes en cause.

Les projets de modernisation de l'aide à domicile sont agréés par le ministre chargé de l'action sociale et financés par le fonds dans la limite des crédits disponibles ;

3° Le remboursement des frais de gestion du fonds.

III.—LES RECETTES AFFECTÉES AU FINANCEMENT DES DÉPENSES PRÉVUES AU II SONT CONSTITUÉES PAR :

1° Une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, représentative d'une fraction identique pour tous les régimes, déterminée par voie réglementaire, des sommes consacrées par chacun de ceux-ci en 2000 aux dépenses d'aide ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes remplissant la condition de perte d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-2 ; cette fraction ne peut être inférieure à la moitié ni supérieure aux trois quarts des sommes en cause ;

2° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. »

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Article 2

I. – Le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est complété par une section 4 intitulée : « Dispositions communes ». Cette section 4 comprend les articles L. 232-10, L. 232-11, L. 232-12, L. 232-15, L. 232-16 et L. 232-24 du même code dans leur rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi, qui deviennent respectivement les articles L. 232-22, L. 232-23, L. 232-24, L. 232-25, L. 232-26 et L. 232-27.

II. – Le même code est ainsi modifié :

- 1° Aux articles L. 132-8 et L. 132-9, les mots : « , la prestation spécifique dépendance » sont supprimés ;
- 2° Au dernier alinéa de l'article L. 132-8, les mots : « , de la prestation spécifique dépendance » sont supprimés ;
- 3° Aux articles L. 232-22, L. 232-23, L. 232-24, L. 232-25 et L. 232-26, les mots : « la prestation spécifique dépendance » sont remplacés par les mots : « l'allocation personnalisée d'autonomie » ;
- 4° Aux articles L. 232-25, L. 232-26 et L. 232-27, les mots : « la prestation » sont remplacés par les mots : « l'allocation » ;
- 5° À l'article L. 232-22, la référence : « L. 232-2 » est remplacée par la référence : « L. 232-3 » ;
- 6° À l'article L. 232-26, les mots : « au deuxième alinéa des articles L. 232-19 et L. 232-23 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 232-15 » ;
- 7° À l'article L. 232-27, la référence : « L. 232-15 » est remplacée par la référence : « L. 232-25 » ;
- 8° L'article L. 315-5 est abrogé ;
- 9° Au deuxième alinéa de l'article L. 315-1, les mots : « L. 315-5, après avis du président du conseil général » sont remplacés par les mots : « L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale » ;
- 10° À l'article L. 315-15, la référence : « L. 315-5, » est supprimée.

III. – La section 4 du chapitre II du titre III du livre II du même code est complétée par un article L. 232-28 ainsi rédigé :

Art. L. 232-28. – Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'État.

IV. – Le troisième alinéa de l'article L. 113-2 du même code est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Ce comité a également pour mission d'évaluer le développement qualitatif et quantitatif du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie au terme des deux ans d'application. Cette mission ne comprend pas la réforme de la grille mentionnée à l'article L. 232-2. »

Article 3

L'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

Art. L. 245-3. – Toute personne qui a obtenu le bénéfice de l'allocation compensatrice avant l'âge mentionné à l'article L. 245-1 et qui remplit les conditions prévues par l'article L. 232-2 peut choisir, dans des conditions fixées par décret, lorsqu'elle atteint cet âge et à chaque renouvellement de l'attribution de cette allocation, le maintien de celle-ci ou le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Article 4

L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

Art. L. 312-8. – I. – Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 5° de l'article L. 312-1 et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 du présent code que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2003 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'État, qui respecte le

cahier des charges établi par arrêté interministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.

II. – Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret ont la possibilité de déroger aux règles mentionnées au 1° de l'article L. 315-1. Dans ces établissements, les modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux sont fixées par décret.

III. – Les établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes inférieur au seuil mentionné au I doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Article 5

À titre transitoire, les établissements mentionnés à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles perçoivent jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle prévue audit article et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2003 :

- 1° Un forfait global de soins correspondant au montant global des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'État au titre de l'exercice 2001 ;
- 2° Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général en application du 2° de l'article L. 315-1 du même code ;
- 3° Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement calculés en prenant en compte les produits mentionnés au 1° et au 2° ;

En application de l'article L. 232-8 du même code, l'allocation personnalisée d'autonomie accordée à une personne hébergée dans un établissement dont les tarifs et le forfait global sont fixés conformément aux dispositions du présent article est égale au montant des tarifs mentionnés au 2° diminués de la participation du bénéficiaire de cette allocation.

Article 6

Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

La tarification des établissements mentionnés à l'article L. 312-8 est arrêtée :

- 1° Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par l'autorité compétente de l'État, après avis du président du conseil général et de la caisse régionale d'assurance maladie ;
- 2° Pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, si celui-ci remplit les conditions mentionnées à l'article L. 232-2, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil général, après avis de l'autorité compétente de l'État ;
- 3° Pour les prestations relatives à l'hébergement, dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil général.

Cette tarification est notifiée aux établissements au plus tard soixante jours à compter de la date de notification des dotations régionales limitatives mentionnées à l'article L. 315-9, pour l'exercice en cours, lorsque les documents nécessaires à la fixation de cette tarification ont été transmis aux autorités compétentes.

Pour les établissements visés à l'article L. 342-1, les prix des prestations mentionnées au 3° ci-dessus sont fixés dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6. »

Article 7

L'article L. 315-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

Art. L. 315-6. – Les montants des éléments de tarification afférents à la dépendance et aux soins mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 315-1 sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

La convention mentionnée à l'article L. 312-8 précise la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie des résidents selon la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2.

L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie. En cas de désaccord entre les deux médecins précités sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et des collectivités territoriales, détermine le classement définitif.

Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie arrêtée dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant la commission interrégionale de la tarification sanitaire et sociale mentionnée à l'article L. 351-1.»

Article 8

Après le deuxième alinéa de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Le Fonds de solidarité vieillesse gère également le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles.»

Article 9

I.—Au 1° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,15 % » est remplacé par le taux : « 1,05 % ».

II.—Au IV de l'article L. 136-8 du même code, le taux : « 1,15 % » est remplacé par les mots : « 1,05 %, au fonds institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ».

III.—Les dispositions relatives aux recettes prévues au 2° du III de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 1er de la présente loi, sont applicables :

1° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, aux revenus perçus à compter du 1er janvier 2002 ou, pour les revenus professionnels visés à l'article L. 136-4 du même code, sur les revenus pris en compte pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2002 ;

2° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à compter de l'imposition des revenus de l'année 2001 ;

3° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, aux produits de placement sur lesquels est opéré à partir du 1er janvier 2002 le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux revenus assujettis en application du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à compter de cette même date ;

4° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au I de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, aux tirages, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2001 ;

5° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au II de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur les sommes engagées à compter du 1er janvier 2002 ;

6° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur le produit brut des jeux et des gains réalisés à compter du 1er janvier 2002.

Article 10

I.—L'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

Art. L.162-24-1.—La tarification des prestations supportées par l'assurance maladie et délivrées par les établissements et services mentionnés aux 2°, 5° et 9° de l'article L. 312-1 et à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, à l'exception de ceux mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, au 2° de l'article L. 312-14, aux articles L. 343-2, L. 344-1, au 2° de l'article L. 344-7, ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 344-3 du code de l'action sociale et des familles, est fixée par l'autorité

compétente de l'État, après avis de la caisse régionale d'assurance maladie et, le cas échéant, du président du conseil général.

Les commissions interrégionales de la tarification sanitaire et sociale sont compétentes en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les décisions de l'autorité susmentionnée.»

II.—L'article L. 174-7 du même code est ainsi modifié :

1° Les deux premiers alinéas sont supprimés ;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « énumérés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 ».

III.—L'article L. 174-8 du même code est ainsi rédigé :

Art. L. 174-8.—Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les établissements et services mentionnés à l'article L. 162-24-1 sont versées à l'établissement ou au service par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement ou le service, pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans un établissement ou un service le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

Les sommes versées aux établissements et services pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. À défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.

Les modalités d'application des alinéas précédents sont fixées par décret en Conseil d'État.

La participation de l'assuré social aux dépenses relatives aux soins prévus à l'article L. 174-7 peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Les organismes d'assurance maladie et l'aide sociale versent directement à l'établissement leur participation aux dépenses de soins non compris dans le forfait mentionné à l'article L. 174-7, lorsque ceux-ci sont demandés par le ou les médecins attachés audit établissement et que ce dernier en a assuré le paiement.»

IV.—Après le mot : « dispositions », la fin de l'article L. 174-9 du même code est ainsi rédigée : « des articles L. 162-24-1 et L. 174-8 ».

V.—À l'article L. 174-13 du même code, les mots : les deuxième et troisième alinéas de « sont supprimés ».

VI.—Les articles L. 6116-1 à L. 6116-3 du code de la santé publique sont abrogés.

Article 11

Dans le premier alinéa du 1° de l'article 199 sexdecies du code général des impôts, les mots : « les conditions prévues à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ».

Article 12

Le e du I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret.»

Article 13

À l'article L. 3321-1 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un 10° bis ainsi rédigé :

10° bis Les dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie ;

Article 14

Après l'article L. 3321-1 du code général des collectivités territoriales, il est inséré un article L. 3321-2 ainsi rédigé :

Art. L. 3321-2.—Les dépenses relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie sont retracées dans un chapitre individualisé du budget du département.»

Article 15

Le Gouvernement présentera au Parlement, au plus tard le 30 juin 2003, un rapport d'évaluation quantitative et qualitative de l'application de la présente loi, en s'appuyant notamment sur les rapports du conseil d'administration et du conseil de surveillance du fonds institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles et sur celui du comité scientifique institué par l'article 17 de la présente loi.

Article 16

Les personnes bénéficiant, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, de prestations attribuées en vertu des conventions mentionnées à l'article 38 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale peuvent choisir, dans des conditions fixées par décret, entre le maintien de ces prestations qui sont prises en charge dans les conditions fixées par lesdites conventions, ou l'allocation personnalisée d'autonomie.

Article 17

Il est créé un comité scientifique dont la mission est d'adapter des outils d'évaluation de l'autonomie. Ce comité, dont la composition est déterminée par un décret, présentera au Parlement ses conclusions avant le 31 janvier 2003.

Article 18

Au début du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « durée indéterminée », sont insérés les mots : « ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L. 122-1-1 du code du travail ».

Article 19

I.—Les personnes bénéficiant, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, de la prestation spécifique dépendance peuvent solliciter l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, dans les conditions mentionnées à l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles. Elles continuent à percevoir la prestation spécifique dépendance jusqu'à la notification par le président du conseil général de la décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie.

II.—Il est procédé, au plus tard le 1er janvier 2004, dans les conditions mentionnées à l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles, au réexamen des droits au regard de la présente loi des bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance qui n'auraient pas sollicité l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

III.—Les personnes admises au bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie qui étaient, avant l'entrée en vigueur de la présente loi, titulaires de la prestation spécifique dépendance, de l'allocation compensatrice pour tierce personne, des prestations servies au titre des dépenses d'aide ménagère à domicile des caisses de retraite ou des dispositions mentionnées à l'article 16 de la présente loi ne peuvent voir leurs droits réduits ou supprimés. Sous réserve, s'agissant des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, des dispositions des articles L. 232-5 et L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles, elles bénéficient, s'il y a lieu, d'une allocation différentielle qui leur garantit un montant de prestation équivalent à celui antérieurement perçu, ainsi que du maintien des avantages fiscaux et sociaux auxquels elles pouvaient prétendre.

Article 20

Sauf disposition contraire, les modalités d'application de la présente loi sont fixées par décret en Conseil d'État.

Article 21

I.—Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

II.—Les articles L. 132-8, L. 132-9, L. 232-1 à L. 232-25 du code de l'action sociale et des familles, dans leur rédaction applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi, demeurent applicables aux personnes auxquelles le bénéfice de la prestation spécifique dépendance a été reconnu avant sa date d'entrée en vigueur.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 20 juillet 2001.

Jacques Chirac

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice,
Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant

La secrétaire d'État aux personnes âgées,
Paulette Guinchard-Kunstler

**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**

NOR : MESA0124006D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'intérieur,

Vu le code général des collectivités territoriales, et notamment les articles L. 1211-3 et L. 3321-2 ;

Vu le code général des impôts ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la construction et l'habitation ;

Vu 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 ;

Vu le décret du 25 octobre 1935 organisant le contrôle financier des offices et des établissements publics autonomes de l'État ;

Vu le décret n° 53-1227 du 10 décembre 1953 modifié relatif à la réglementation comptable applicable aux établissements publics nationaux à caractère administratif ;

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique ;

Vu le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'État, des établissements publics nationaux à caractère administratif et certains organismes subventionnés ;

Vu le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 modifié relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics ;

Vu le décret n° 99-575 du 8 juillet 1999 relatif aux modalités d'approbation de certaines décisions financières ;

Vu l'avis du comité des finances locales en date du 25 septembre 2001 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 27 septembre 2001 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 28 septembre 2001 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 19 octobre 2001 ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décrète :

ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Art. 1^{er}. – Le degré de perte d'autonomie des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne est évalué par référence à la grille nationale visée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles décrite à l'annexe I du présent décret. Il est coté selon trois modalités conformément aux instructions contenues dans le guide de remplissage de la grille précitée.

Les données recueillies à l'aide de la grille mentionnée au premier alinéa sont traitées selon le mode opératoire de calcul unique décrit en annexe II du présent décret qui permet de classer les demandeurs en six groupes en fonction des aides directes à la personne et des aides techniques nécessitées en fonction de leur état.

Art. 2. – Les personnes classées dans l'un des groupes 1 à 4 de la grille nationale bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie sous réserve de remplir les conditions d'âge et de résidence prévues au premier alinéa de l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles.

Art. 3. – I. – Pour l'appréciation en vue du calcul de la participation mentionnée aux articles L. 232-4 et L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles des ressources du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie, il est tenu compte :

1° Du revenu déclaré de l'année de référence tel que mentionné sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition, des revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du code général des impôts et, le cas échéant, de ceux du conjoint, du concubin ou de la personne avec qui il a été conclu un pacte civil de solidarité pour l'année civile de référence ;

2° Des biens ou capitaux qui ne sont ni exploités ni placés, censés procurer aux intéressés un revenu annuel évalué à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % des capitaux. Toutefois, cette disposition ne s'applique pas à la résidence principale lorsqu'elle est occupée par l'intéressé, son conjoint, son concubin ou la personne avec qui il a conclu un pacte civil de solidarité, ses enfants ou petits-enfants ;

II. – Les prestations sociales qui, en application de l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles, ne sont pas prises en compte dans le calcul des ressources de l'intéressé sont les suivantes :

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.

Art. 4. – En cas de modification de la situation financière du demandeur ou du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie à raison du décès, du chômage, de l'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 à raison du divorce ou d'une séparation, il est procédé à une appréciation spécifique des ressources de l'année civile de référence, telle que fixée à l'article 3, dans les conditions prévues aux articles R. 531-11 à R. 531-13 du code de la sécurité sociale.

Les montants respectifs de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la participation financière font, en tant que de besoin, l'objet d'une réévaluation à compter du premier jour du mois qui suit le changement de situation mentionné au premier alinéa.

Art. 5. – Lorsque l'allocation est attribuée en application du troisième alinéa de chacun des articles L. 232-12 et L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles, le montant forfaitaire attribué est, respectivement, égal, à domicile, à 50 % du montant du tarif national visé à l'article L. 232-3 du même code correspondant au degré de perte d'autonomie le plus important, et, en établissement, à 50 % du tarif afférent à la dépendance de l'établissement considéré applicable aux résidents classés dans les groupes iso-ressources 1 et 2.

Cette avance s'impute sur les montants de l'allocation personnalisée d'autonomie versée ultérieurement.

DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

CHAP. I – TARIFS NATIONAUX DES PLANS D'AIDE

Art. 6. – Les tarifs nationaux mentionnés à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles sont fixés de la manière suivante :

– pour les personnes classées dans le groupe 1 de la grille nationale mentionnée à l'article 1er du présent décret à 1,19 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale ;

– pour les personnes classées dans le groupe 2 de la grille nationale à 1,02 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne précitée ;

– pour les personnes classées dans le groupe 3 de la grille nationale à 0,765 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne précitée ;

– pour les personnes classées dans le groupe 4 de la grille nationale à 0,51 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne précitée.

Les coefficients susmentionnés sont, le cas échéant, automatiquement majorés de façon à ce que la revalorisation annuelle des tarifs nationaux visés au premier alinéa ne soit pas inférieure à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles.

CHAP. II – PARTICIPATION DU BÉNÉFICIAIRE

Art. 7. – I. – La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles est calculée au prorata de la fraction du plan d'aide qu'il utilise.

II. – Toutefois est exonéré de toute participation le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile dont les ressources mensuelles sont inférieures à 1,02 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale ;

III. – Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile dont le revenu mensuel est compris entre 1,02 et 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne susvisée acquitte une participation calculée en appliquant la formule suivante :

$$R - (S \times 1,02) \\ P = A \times \\ \times 80 \% \\ S \times 2,38$$

où :

P est la participation financière à la charge du bénéficiaire ;

A est le montant de la fraction du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire en application de l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles ;

R est le revenu mensuel de la personne ;

S est le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale ;

IV. – Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile dont le revenu mensuel est supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne acquitte une participation calculée en appliquant la formule suivante :

$$P = A \times 80 \%$$

où :

P est la participation financière à la charge du bénéficiaire ;

A est le montant de la fraction du plan d'aide utilisé par le bénéficiaire en application de l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles ;

V. – Lorsque le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile est ouvert à l'un des membres ou aux deux membres d'un couple résidant conjointement à domicile, le calcul des ressources mensuelles de chaque membre du couple, pour déterminer le montant de la participation prévue à l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles, correspond au total des ressources du couple calculées dans les conditions fixées aux articles 3 et 4 du présent décret, divisé par 1,7.

DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

CHAP. I – PARTICIPATION DU BÉNÉFICIAIRE

Art. 8. – I. – Lorsque le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est hébergé dans un établissement visé à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, sa participation est calculée selon les modalités suivantes :

1° Si son revenu mensuel est inférieur à 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale, sa participation est égale au montant du tarif afférent à la dépendance de l'établissement applicable aux personnes classées dans les groupes iso-ressources 5 et 6 de la grille nationale visée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles :

$$P = TD \ 5/6$$

où :

P représente la participation du résident bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

TD 5/6 représente le tarif dépendance de l'établissement applicable aux résidents classés dans les groupes iso-ressources 5 et 6 ;

2° Si son revenu mensuel est compris entre 2,21 et 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne précitée, sa participation est calculée en appliquant la formule suivante :

$$R - (S \times 2,21)$$

$$P = TD \ 5/6 + (A - TD \ 5/6) \times \\ \times 80 \% \\ S \times 1,19$$

où :

P représente la participation financière à la charge du bénéficiaire ;

TD 5/6 représente le tarif dépendance de l'établissement applicable aux résidents classés dans les groupes iso-ressources 5 et 6 ;

A est le tarif dépendance de l'établissement correspondant au groupe iso-ressources dans lequel est classé le bénéficiaire ;

R est le revenu mensuel de la personne,

S est le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale ;

3° Si son revenu mensuel est supérieur à 3,40 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne précitée, sa participation est calculée selon la formule suivante :

$$P = TD \ 5/6 + (A - TD \ 5/6) \times 80 \%$$

où :

P, TD 5/6 et A représentent les mêmes valeurs qu'au 2o ci-dessus.

II. – Lorsque le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement d'hébergement est ouvert à l'un des membres ou aux deux membres d'un couple, le calcul des ressources mensuelles de chaque membre du couple, pour déterminer le montant de la participation prévue à l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, correspond au total des ressources du couple calculées dans les conditions fixées aux articles 3 et 4 du présent décret, divisé par 2.

CHAP. II – AUTRES DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Art. 9. – Le montant minimum tenu mensuellement à la disposition des bénéficiaires en application de l'article L. 232-9 du code de l'action sociale et des familles est fixé à un centième du montant annuel des prestations minimales de vieillesse, arrondi à l'euro le plus proche.

Art. 10. – Le montant mentionné au second alinéa de l'article L. 232-10 du code de l'action sociale et des familles est égal à la somme des montants de l'allocation aux vieux travailleurs salariés et de l'allocation supplémentaire pour une personne seule prévus respectivement aux articles L. 811-1 et L. 815-2 du code de la sécurité sociale.

DISPOSITIONS RELATIVES AU FONDS DE FINANCEMENT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CHAP. I – ORGANISATION ET GESTION DU FONDS DE FINANCEMENT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Art. 11. – I. – Le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie créé par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé des personnes âgées, du ministre chargé des collectivités territoriales et du ministre chargé du budget.

II. – Le conseil d'administration du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie comprend sept membres :

1° Un président nommé par décret ;

2° Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, deux représentants du ministre chargé des personnes âgées, un représentant du ministre chargé des collectivités territoriales et deux représentants du ministre chargé du budget nommés par arrêté conjoint des mêmes ministres.

La durée du mandat des membres du conseil d'administration est de trois ans renouvelable.

Les fonctions de membre du conseil d'administration sont exercées à titre gratuit. Elles ouvrent droit aux indemnités et frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues par le décret du 28 mai 1990 susvisé.

III. – Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement.

Les délibérations du conseil d'administration sont adoptées à la majorité simple des membres présents.

En cas de partage égal des voix au sein du conseil d'administration, la voix du président est prépondérante.

Le directeur, le contrôleur financier et l'agent comptable assistent avec voix consultative aux délibérations du conseil.

IV. – Le conseil d'administration a pour rôle :

1° D'adopter le budget du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

2° D'approuver le compte financier et le rapport annuel d'activité ;

3° D'établir et de transmettre au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, le rapport présentant les comptes prévisionnels pour l'année en cours et l'année suivante prévu à l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles ;

4° D'accepter les dons et legs ;

5° D'autoriser le directeur à passer les conventions prévues à l'article 17, qui lui sont soumises par celui-ci.

Le conseil d'administration est destinataire du rapport du conseil de surveillance mentionné au troisième alinéa du VIII du présent article. Il peut consulter le conseil de surveillance sur toute question.

V. – Les décisions du conseil d'administration sont exécutoires dans les conditions prévues par le décret du 8 juillet 1999 susvisé.

VI. – Le conseil de surveillance est composé de quinze membres désignés pour trois ans. Il comprend :

1° Deux membres de l'Assemblée nationale désignés par son président ;

2° Deux membres du Sénat désignés par son président ;

3° Quatre représentants de l'Assemblée des départements de France désignés par son président ;

4° Deux représentants des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse :

a) Le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou son représentant ;

b) Le président du conseil d'administration de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole ou son représentant ;

5° Quatre représentants des organisations représentatives des personnes âgées :

a) Deux représentants d'associations désignés par le ministre chargé des personnes âgées ;

b) Deux représentants du Comité national des retraités et personnes âgées ;

6° Une personne qualifiée dans les domaines relevant des missions du fonds, désignée par le ministre chargé des personnes âgées.

Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale, un représentant du ministre chargé des personnes âgées, un représentant du ministre chargé des collectivités territoriales et un représentant du ministre chargé du budget assistent avec voix consultative aux réunions du conseil de surveillance.

VII. – Le président du conseil de surveillance est nommé par décret parmi les parlementaires qui en sont membres.

Les fonctions de membre du conseil de surveillance sont exercées à titre gratuit. Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues par le décret du 28 mai 1990 susvisé.

VIII. – Le conseil de surveillance se réunit au moins une fois par an sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement ou par la majorité des membres du conseil.

Le conseil de surveillance est destinataire du rapport annuel d'activité du fonds et du rapport prévu au 3o du IV du présent article.

Il établit le rapport rendant compte de la mise en oeuvre du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie prévu à l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles et le transmet au Parlement et au Gouvernement au plus tard le 15 octobre.

IX. – Le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie est dirigé par un directeur, nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées, des collectivités territoriales et du budget.

En cas de vacance de l'emploi de directeur ou d'empêchement de celui-ci, ses fonctions sont exercées par un agent du fonds nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées, des collectivités territoriales et du budget.

Le directeur dirige l'établissement et est responsable de son bon fonctionnement. Il exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité, et notamment :

1° Il prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration, auquel il rend compte de sa gestion ;

2° Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile ;

3° Il prépare le budget et l'exécute ;

4° Il exerce l'autorité hiérarchique sur le personnel ;

5° Il est ordonnateur des dépenses et des recettes du fonds ;

6° Il prépare les conventions prévues à l'article 17 et les signe après y avoir été autorisé par le conseil d'administration ;

7° Il assure le secrétariat du conseil d'administration et du conseil de surveillance.

X. – Les opérations financières et comptables de l'établissement sont effectuées conformément aux dispositions des décrets du 10 décembre 1953 et du 29 décembre 1962 susvisés. Les disponibilités de l'établissement sont déposées auprès d'un comptable du Trésor.

L'agent comptable du fonds est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées, des collectivités territoriales et du budget.

Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret du 20 juillet 1992 susvisé.

Le fonds est soumis au contrôle financier de l'État dans les conditions prévues par le décret du 25 octobre 1935 susvisé.

Art. 12. – I. – Les services visés au 2° du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles sont les associations d'aide à domicile et les entreprises mentionnées respectivement aux 1o et 2o du I et au II de l'article L. 129-1 du code du travail ainsi que les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale.

II. – Pour l'application du troisième alinéa du 2° du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles susvisé, un comité d'orientation ayant pour mission de proposer les orientations et les actions prioritaires en matière de modernisation de la branche de l'aide à domicile est placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Il est composé de douze membres désignés en raison de leur compétence en matière de formation professionnelle et de leur connaissance des structures de maintien à domicile et des pratiques professionnelles. Les membres de ce comité sont nommés par arrêté du ministre chargé de l'action sociale pour une durée de trois ans renouvelable.

CHAP. II—DISPOSITIONS FINANCIÈRES RELATIVES
AU FONDS DE FINANCEMENT DE L'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Art. 13.—I.—Après déduction d'un montant correspondant aux dépenses annuelles prévues aux 2° et 3° du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles, les sommes encaissées par le fonds au cours d'un exercice, correspondant aux recettes prévues au III du même article, augmentées le cas échéant du résultat excédentaire de l'exercice précédent, sont réparties entre les départements dans les conditions prévues aux II et III ci-après.

II.—La répartition prévue au I s'effectue au terme des calculs définis ci-après :

1° La répartition visée au quatrième alinéa du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles est opérée pour 70 % en fonction du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, pour 25 % en fonction du potentiel fiscal et pour 5 % en fonction du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, selon la formule :

$$Fd = (PAD/S PAd) \times 70 \% \\ - (PFd/S PFd) \times 25 \% + (RMId/S RMId) \times 5 \%$$

dans laquelle :

- a) Fd représente la fraction attribuée à un département ;
- b) PAd représente le nombre de personnes âgées de soixante-quinze ans ou plus dénombrees dans ce département lors du dernier recensement de l'INSEE ;
- c) PFd représente, pour chaque département, le potentiel fiscal de la pénultième année précédant l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée, tel que défini au premier alinéa de l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales ;
- d) RMId représente le nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, résidant dans ce département, de la pénultième année précédant l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée.

Le montant attribué à un département est égal à la fraction attribuée à ce département en application du calcul ci-dessus, rapportée à la somme des fractions et multipliée par le montant des encaissements visés au I.

2° La majoration visée aux septième et huitième alinéas du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles est calculée pour chaque département selon la formule :

$$Md = 0,8 \times Dd - (1,3 \times Dn) \times PAd$$

dans laquelle :

- a) Md représente le montant de la majoration du département ;
- b) Dd représente les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie du département rapportées au nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans du département, pour les seuls départements dont ces dépenses excèdent d'au moins 30 % les dépenses mentionnées au c.
- c) Dn représente les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie de l'ensemble des départements rapportées au nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans sur l'ensemble du territoire national ;
- d) PAd représente le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans du département.

Pour ce calcul, sont prises en compte les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie, mandatées par chaque département, de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée et le nombre de personnes âgées de soixante-quinze ans et plus du département dénombrees dans les dernières statistiques démographiques départementales publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Le concours, tel qu'il résulte de la répartition effectuée en application du 1°, aux départements ne bénéficiant pas de cette majoration est diminué de la somme des majorations ainsi calculées.

3° Lorsque le montant du concours résultant, pour un département, des opérations définies aux 1° et 2° excède un montant égal à la moitié des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie de ce département pour l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée, le concours est réduit de la différence entre ces deux montants.

La somme des réductions opérées sur le concours de certains départements en application de l'alinéa précédent est répartie entre les autres départements, au prorata de la répartition effectuée en application du 1° entre ces seuls départements.

Ces opérations sont renouvelées jusqu'à ce que l'attribution en résultant pour chaque département ne soit pas supérieure à la moitié des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie de ces départements pour l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée.

4° Lorsque les dépenses laissées à la charge d'un département après les opérations définies aux 1°, 2° et 3° excèdent une somme égale au produit de 80 % du montant de la majoration pour tierce personne telle que définie au dixième alinéa du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles par le nombre de bénéficiaires d'allocation personnalisée d'autonomie constaté au 31 décembre de l'exercice considéré, le concours dû au département est majoré de la différence entre ces deux montants.

L'attribution résultant des opérations définies aux 1°, 2° et 3° pour les autres départements est diminuée du montant ainsi calculé, au prorata de la répartition effectuée en application du 1° entre ces seuls départements.

Ces opérations sont renouvelées jusqu'à ce que les dépenses laissées à la charge de chaque département n'excèdent pas le seuil défini au dixième alinéa du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles.

III.—Une fraction égale à 80 % des sommes visées au I, encaissées au cours d'un mois, est répartie à titre d'acompte entre les départements au plus tard le dixième jour du mois suivant, sur la base de la répartition définie au 1° du II du présent article.

IV.—Le fonds procède au calcul du concours définitif de chaque département, tel qu'il résulte des opérations prévues au II du présent article et au versement du solde dû au titre d'un exercice lorsque l'ensemble des états récapitulatifs susmentionnés lui est parvenu. Ce solde est obtenu par déduction sur le concours définitif des acomptes versés en application du III du présent article. Dans le cas où le solde d'un département est négatif, son montant est déduit du concours de l'exercice suivant.

Art. 14.—I.—Les dépenses prévues au 2° de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles supportées par le fonds de modernisation de l'aide à domicile s'entendent de dépenses à caractère non permanent, qui peuvent toutefois faire l'objet d'une programmation pluriannuelle. Elles ne peuvent se substituer aux dépenses à engager par les employeurs des services concernés au titre de leurs obligations légales et conventionnelles.

II.—Les projets relatifs aux actions de modernisation de l'aide à domicile sont agréés par le ministre chargé de l'action sociale ou par son représentant dans le département et transmis au directeur du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie en vue de leur mise en paiement dans la limite des crédits disponibles.

III.—Le fonds subventionne les actions de modernisation de l'aide à domicile agréées.

L'agrément prévu au 2° du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles mentionne la nature, le montant et le calendrier d'exécution de l'action concernée, ainsi que le montant de celle-ci et le taux de participation du fonds de modernisation de l'aide à domicile.

IV.—Les sommes dévolues annuellement au fonds de modernisation de l'aide à domicile mentionné au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles sont acquises audit fonds et font, le cas échéant, l'objet d'un report automatique sur les exercices budgétaires suivants.

Art. 15.—Les départements qui bénéficient des concours visés à l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles communiquent au fonds, au plus tard le 27 février, un état récapitulatif du chapitre individualisé relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie, faisant apparaître, par article budgétaire, pour l'exercice clos, les montants des mandats et des titres émis, diminués des mandats et titres d'annulation et visé par le comptable du département, ainsi qu'un état récapitulatif du nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre de l'année écoulée. Les départements communiquent au fonds, à sa demande, toute information complémentaire relative à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment les états justificatifs comptables, nécessaire à l'exercice de sa mission.

Art. 16.—I.—La part du produit de la contribution sociale prévue à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale et affectée au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie est centralisée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et versée par cette dernière au fonds précité dans les conditions fixées par la convention prévue à l'article 17.

II.—La part du produit des contributions sociales prévues aux articles L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale et affectées au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie est versée par l'État dans les conditions fixées par la convention prévue à l'article 17.

III. – Le taux prévu au 1^o du III de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles est fixé à 50 %. La participation prévue au même article et affectée au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie est versée avant le 30 juin par les régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse.

Art. 17. – Le fonds passe des conventions avec l'État, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, les régimes obligatoires d'assurance vieillesse et le fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale, ayant notamment pour objet de préciser les modalités et la périodicité de versement des recettes ou des dépenses prévues à l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles ainsi que les pièces justificatives qui doivent être communiquées au fonds.

Art. 18. – Les disponibilités excédant les besoins de trésorerie du fonds peuvent faire l'objet de placements dans les conditions prévues par le décret du 29 décembre 1962 susvisé. Le produit de ces placements est affecté au financement des dépenses incombant au fonds en application de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles.

Art. 19. – I. – Par dérogation aux dispositions de l'article 11-IV, le budget du fonds est arrêté pour la première année de fonctionnement par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'intérieur et du budget.

II. – Les frais engagés par le fonds de solidarité vieillesse pour le fonctionnement du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie font l'objet d'un remboursement par celui-ci au titre de la prise en charge des frais de gestion par le fonds.

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Art. 20. – I. – L'allocation différentielle prévue au III de l'article 19 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée est égale à la différence entre le montant des prestations perçues à la date d'ouverture des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie et garanties à leur valeur faciale à cette même date et le montant d'allocation personnalisée d'autonomie, une fois déduite la participation du bénéficiaire mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles.

II. – Pour les personnes qui bénéficiaient avant l'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2001 susvisée des prestations servies au titre des dépenses d'aide ménagère des caisses de retraite, l'allocation différentielle est égale à la différence entre le montant de la participation de la caisse de retraite et le montant d'allocation personnalisée d'autonomie, une fois déduite la participation du bénéficiaire mentionnée à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles.

III. – L'allocation différentielle fait l'objet chaque année d'une évaluation avec effet au 1^{er} janvier pour tenir compte de l'évolution du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie perçue par son bénéficiaire. La réduction ou la suppression de l'allocation différentielle qui résulte de ce calcul ne donne pas lieu à reversement par l'allocataire.

IV. – Les dépenses relatives à l'allocation différentielle sont assimilées à des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie pour le calcul du concours particulier du fonds visé au deuxième alinéa du 1^o du II de l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles. À ce titre, elles sont retracées au chapitre budgétaire prévu à l'article L. 3321-2 du code général des collectivités territoriales.

Art. 21. – Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Art. 22. – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué à la santé, le secrétaire d'État au budget et la secrétaire d'État aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe 1

GUIDE D'ÉVALUATION DE LA PERSONNE ÂGÉE EN PERTE D'AUTONOMIE

GUIDE DE REMPLISSAGE DE LA GRILLE NATIONALE AGGIR

L'outil AGGIR, Autonomie gérontologique groupes iso ressources, permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne seule.

Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. En revanche, les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne : lunettes, prothèses auditives, fauteuil roulant, poche de colostomie...

La grille AGGIR comporte donc 10 variables dites discriminantes, se rapportant à la perte d'autonomie physique et psychique, et 7 variables dites illustratives, se rapportant à la perte d'autonomie domestique et sociale.

Chaque variable possède trois modalités :

A : fait seul, totalement, habituellement et correctement ;

B : fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement ;

C : ne fait pas.

Habituellement est la référence au temps.

Correctement est la référence à l'environnement conforme aux usages.

La notion « seul » correspond à « fait spontanément seul ». Elle suppose qu'il n'est besoin ni d'incitation ni de stimulation de la part d'un tiers.

Une stimulation ponctuelle est à différencier d'une stimulation totale, nécessitant une présence permanente de l'aidant pour la réalisation de l'acte considéré. Dans ce dernier cas, la personne « ne fait pas ».

Ces variables permettent une différenciation très nette des individus selon trois modalités : forte perte d'autonomie, perte d'autonomie partielle et pas de perte d'autonomie.

ATTENTION à bien utiliser la modalité B.

La modalité B, en aucun cas, n'est à utiliser lorsque l'évaluateur ne sait pas. Elle correspond à une définition précise. Dans le doute, il convient d'observer à nouveau ce que fait la personne et de se demander si elle peut faire seule, de façon partielle, correcte, habituelle.

A. – LES VARIABLES DISCRIMINANTES

1. Cohérence

Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée par rapport aux normes admises par la société dans laquelle on vit.

PRÉCISIONS :

– logique : de raison, raisonnable ;

– sensée : qui a du bon sens, le sens commun ;

– correcte : conforme aux convenances et usages admis et acceptés en référence aux normes sociales.

OBSERVATION :

Dans le cas où la personne est cohérente et logique mais dans son propre système de pensée, il convient d'évaluer en tenant compte des écarts par rapport à ce qui est considéré comme logique et correct par la société.

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si une personne se promène toute nue hors de chez elle ;

– si une personne fait ses besoins dans des réceptacles non prévus à cet effet...

La modalité est B :

– si une personne a, par moment, une conduite et un raisonnement logiques et, par moment, illogiques ;

– si une personne prétend à tort, de façon répétée, qu'elle a été volée et que, par ailleurs, elle ne pose pas de problème ;

– si elle a des comportements déplacés.

On retrouvera des troubles de la cohérence dans d'autres variables, par exemple « habillage », si la personne met sa chemise par dessus sa veste, ce qui n'est pas correct.

2. Orientation

Se repérer dans le temps, les moments de la journée, dans les lieux.

PRÉCISIONS :

Il ne faut pas demander à la personne âgée « quel jour est-on ? » car peu d'entre nous sauraient répondre le 23 ou le 24 juin durant une période de vacances...

QUESTIONS À SE POSER :

Est-ce que la personne sait se situer par rapport aux saisons (été, hiver...), par rapport aux moments de la journée (matin, soir), dans des lieux de vie habituels (maison, appartement, quartier, unité de vie...)? Connait-elle l'année, le mois ?

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si une personne se trompe pratiquement toujours de logement, de chambre ;

– si une personne ne différencie pas le jour et la nuit ;

– si l'heure des repas est à rappeler quotidiennement.

La modalité est B :

– si une personne se trompe rarement de logement.

ATTENTION : vérifier la cohérence du remplissage des variables.

Ainsi, si cohérence et orientation ne sont pas « A », il est très improbable d'avoir « A » sur l'ensemble des autres variables discriminantes ; ce n'est pas le logiciel qui corrigera les erreurs de codification !

3. Toilette : généralités

Elle concerne l'hygiène corporelle.

PRÉCISIONS :

Pour « seul », il est indispensable que l'acte soit spontané, sans incitation.

À domicile, les installations - la salle de bains, la baignoire ou douche - ne doivent pas influencer l'évaluation de cette variable. On peut être propre sans posséder de telles installations.

QUESTIONS À SE POSER :

Il est essentiel de demander à l'entourage si l'on est obligé de dire toujours à la personne âgée d'aller faire sa toilette pour qu'elle l'effectue.

Il importe aussi de ne pas imposer ses propres règles d'hygiène à une personne qui est propre mais avec d'autres règles culturelles.

EXEMPLES :

La modalité est C si la toilette n'est jamais effectuée.

La modalité est B si la toilette est effectuée correctement, mais s'il est nécessaire d'inciter régulièrement la personne ou de préparer les affaires de toilettes ou le bain, sans pour autant laver la personne.

La variable Toilette comprend toilette du haut et toilette du bas.

Pour renseigner la variable Toilette, il convient d'abord de codifier l'autonomie pour la toilette des parties hautes puis des parties basses du corps qui font l'objet de précisions dans les deux points suivants.

Pour passer de ces deux variables à une seule variable Toilette, on utilisera le raisonnement suivant :

– si les modalités de Toilette haut et bas sont A, celle de Toilette est A ;

– si elles sont C, celle de Toilette est C ;

– dans tous les autres cas, elle est B : soit CC = C ; AA = A ; autres = B.

3.1. Toilette du haut

Visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage.

PRÉCISIONS :

Le dos n'a volontairement pas été pris en compte, car, après 80 ans, il est difficile pour la majorité des personnes de se laver le dos seules, totalement, habituellement et correctement.

Pour le coiffage, c'est le coup de peigne ou de brosse qui est retenu. Le travail de la coiffeuse professionnelle n'est évidemment pas évalué ici.

Le nettoyage de la denture a été supprimé car il s'avère qu'il fait perdre toute sensibilité à l'évaluation sur une variable très importante.

3.2. Toilette du bas

Régions intimes, membres inférieurs, pieds.

PRÉCISIONS :

Ne sont pas pris en compte les ongles des orteils.

4. Habillage : généralités

Il comporte l'habillage, le déshabillage et la présentation.

QUESTIONS À SE POSER :

Faut-il préparer les vêtements pour que la personne soit vêtue correctement ?

La tenue des vêtements, leur lavage, leur repassage, les travaux de couture ne sont pas évalués ici mais dans la variable Ménage.

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si l'habillage est totalement incorrect : non conforme aux usages, incompatible avec la météo...

– si la personne ne s'habille pas seule.

La modalité est B :

– si la personne ne s'habille que lorsqu'elle y est invitée et/ou que ses vêtements ont été préparés ;

– si elle utilise souvent des vêtements sales ;

– si elle assure l'essentiel de l'habillage, mais pas la totalité.

Habillage à partir de « habillage haut, moyen et bas »

On cotera la variable après avoir évalué les 3 variables décrites ci-dessous : Habillage du haut, Habillage moyen et Habillage du bas.

On utilisera alors le raisonnement suivant :

– si les trois modalités de Habillage du haut, moyen et du bas sont A, habillage est A ;

– si elles sont C, habillage est C ;

– dans tous les autres cas, la modalité d'habillage est B : soit CCC = C ; AAA = A ; autres = B.

4.1. Habillage du haut

Vêtements passés par les bras et/ou la tête

Précisions :

On ne tient pas compte des chapeaux éventuels qui ne sont pas indispensables sous nos climats.

4.2. Habillage moyen

Fermeture sur le corps, c'est-à-dire boutonnage des vêtements, fermetures éclair, ceintures, bretelles, pressions.

4.3. Habillage du bas

Vêtements passés par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas, les chaussures.

PRÉCISIONS :

– suivant la saison été/hiver, on peut être A, B ou C.

5. Alimentation : généralités

Les deux variables qui permettent de codifier l'alimentation sont : se servir et manger.

Elles évaluent une double activité partant du fait que les aliments sont préparés en cuisine.

« **Se servir** » : couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir son verre...

« **Manger** » : porter les aliments à sa bouche et avaler.

Alimentation à partir de se servir et manger.

Pour passer des deux variables précisées plus loin, « se servir » et « manger », à la variable Alimentation simplifiée, on utilise le raisonnement suivant :

– si les modalités de « se servir » et de « manger » sont A : Alimentation est A ;

– si les modalités de « se servir » et de « manger » sont C : Alimentation est C ;

– si la modalité de « se servir » est B et celle de « manger » est C : Alimentation est C ;

– si la modalité de « se servir » est C et celle de « manger » est B : Alimentation est C ;

– dans tous les autres cas : Alimentation est B.

soit : CC = C ; BC = C ; CB = C ; AA = A ; autres = B.

5.1. Se servir

PRÉCISIONS :

– si une personne bénéficie d'un portage de repas, est servie à table ou dans son lit à l'aide d'un plateau, se servir commence au moment où elle prépare les aliments avant de les mettre à sa bouche et de les avaler (couper la viande, peler un fruit..);

– mettre le couvert, préparer la table, se retrouve dans les activités de ménage.

Il convient d'observer que l'utilisation d'aliments prêts à être consommés (une salade de fruits au lieu d'un fruit à peler, par exemple) rend beaucoup plus autonome.

EXEMPLES :

La modalité est C si une personne ne coupe pas sa viande, n'ouvre pas un pot de yaourt, ne pèle pas un fruit, ne remplit pas son verre.

La modalité est B si une partie de ces actes ne sont pas effectués, par exemple, si elle ne coupe pas seule sa viande.

5.2. Manger

Porter les aliments et boissons à la bouche et les avaler.

PRÉCISIONS :

Si une personne âgée a une sonde gastrique qu'elle gère elle-même, elle doit être cotée A.

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si la personne ne met pas seule les aliments à sa bouche quelle que soit la cause somatique ou psychique ;

– si la personne n'avale pas, si la personne ne boit pas seule ;

– si la personne ne gère pas sa sonde de gavage.

La modalité est B :

– si la personne doit être incitée à se nourrir et/ou à boire,

– si elle renverse sur la table ou sur elle des aliments car le repas n'est pas correct à son goût.

6. Élimination urinaire et anale

Il ne s'agit pas de maîtriser l'élimination (l'incontinence est un diagnostic médical), mais d'assurer l'hygiène de l'élimination.

Les problèmes d'hygiène des sanitaires (chasse d'eau et autres) font partie des activités ménagères.

6.1. Élimination urinaire

La modalité est A si la personne âgée assure seule correctement son hygiène de l'élimination.

6.2. Élimination anale

Assurer l'hygiène de l'élimination anale. La modalité est A si une personne ayant une poche de colostomie assure seule et correctement, son changement.

QUESTION À SE POSER :

Est-il nécessaire d'inciter la personne à aller aux toilettes ?

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si la personne renverse régulièrement le contenu de l'urinal ;

– si la personne est toujours incitée à se rendre aux toilettes pour qu'elle n'urine pas n'importe où ;

– si la personne ne place pas elle-même et n'enlève pas les protections à usage unique. Il faut se méfier des couches utilisées abusivement par les soignants (« couches d'accueil »).

La modalité est B :

– si l'incitation pour aller aux toilettes est intermittente avec des actes spontanés ;

– si le changement d'usage unique s'effectue parfois correctement, parfois incorrectement ou s'il n'est utile qu'à certains moments sur les 24 heures (nuit par exemple) et nécessite alors une aide. Le bassin est peu significatif, car d'utilisation périlleuse, même par un adulte en pleine forme.

Élimination à partir d'élimination urinaire et élimination anale

Pour passer des deux variables « élimination urinaire » et « élimination anale », à la variable élimination, on utilise le raisonnement suivant :

– si la modalité de l'élimination urinaire ou de l'élimination anale est C, la modalité élimination est C ;

– si les deux modalités sont A, la modalité élimination est A.

Dans tous les autres cas, la modalité est B, soit :

CC = C ; CB = C ; CA = C ; BC = C ; AC = C ;

AA = A ; autres = B.

7. Transferts : se lever, se coucher, s'asseoir

Assurer ses transferts : passer d'une des trois positions à une autre, dans les deux sens.

PRÉCISIONS :

Cette variable n'inclut que les changements de position et n'inclut pas la marche et les déplacements évalués dans les variables : déplacement à l'intérieur et déplacement à l'extérieur.

Un matériel adapté permet des activités impossibles sans lui : lit à hauteur variable, potences, sièges adaptés et peut donc conduire à un classement « A ».

EXEMPLES :

La modalité est C si les changements de position lever/coucher dans les deux sens ne sont pas effectués.

La modalité est B :

– si la personne se couche seule, mais ne se lève pas seule ou inversement ;

– si le transfert lit/fauteuil est effectué, mais pas le transfert assis/debout.

8. Déplacements à l'intérieur de la maison

Au domicile, le lieu de vie comporte les pièces habituelles ainsi que les locaux de service (local poubelles, hall où se trouvent les boîtes aux lettres...).

L'utilisation par la personne seule de cannes, déambulateur ou d'un fauteuil roulant peut lui permettre d'être B voire A.

QUESTIONS À SE POSER :

Le déplacement est-il effectif dans toutes les pièces de la maison ?

Dans le cas d'une personne en fauteuil roulant, le manipule-t-elle seule ?

La maison comporte-t-elle un escalier ?

EXEMPLES :

La modalité est C si la personne n'effectue pas seule ses déplacements.

La modalité est B :

– si la personne manipule seule son fauteuil roulant mais n'accède pas à toutes les pièces ;

– si le déplacement n'a lieu que dans certaines pièces de la maison, par exemple lorsque la personne se déplace dans sa chambre mais ne descend pas l'escalier qui dessert la cuisine.

9. Déplacements à l'extérieur

PRÉCISIONS :

On est dehors ou en plein air lorsque l'on a franchi la porte extérieure de la maison ou du bâtiment.

Il existe essentiellement deux notions à prendre en compte :

– le fait que la personne sorte spontanément ou pas à l'extérieur ;

– l'importance de la distance parcourue à partir de la porte extérieure.

QUESTIONS À SE POSER :

Le bâtiment est-il à étages ou de plain-pied ?

EXEMPLES :

La modalité est C si l'on ne sort pas seul spontanément.

La modalité est B si l'on ne sort que rarement à l'extérieur ou si l'on ne sort pas sur tous les types de sol, ou si l'on ne sort que de quelques mètres seulement autour de la maison.

10. Communication à distance

Utiliser les moyens de communication à distance : téléphone, alarme, sonnette, téléalarme, dans un but d'alerter.

PRÉCISIONS :

La notion d'appel en cas d'urgence est celle qu'il est indispensable de prendre en compte dans cette variable.

QUESTIONS À SE POSER :

Au domicile, la personne a-t-elle les moyens à la fois psychiques et matériels d'utiliser un moyen de communication pour alerter son entourage ou un service spécialisé, en cas de problème ?

Si la personne émet un appel d'urgence, existera-t-il avec certitude une personne pour le recevoir ?

EXEMPLES :

La modalité est C :

À domicile : si la personne n'a ni téléphone, ni téléalarme, ni voisin proche à alerter par cris ou coups aux murs.

La modalité est B :

Si une personne utilise fréquemment la téléalarme ou la sonnette sans raison valable.

B. – LES VARIABLES ILLUSTRATIVES DE LA PERTE D'AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE

1. Gestion

Gérer ses propres affaires, son budget et ses biens.
Se servir de l'argent et connaître la valeur des choses.
Reconnaître la valeur monétaire des pièces et billets.
Effectuer les démarches administratives, remplir les formulaires.

PRÉCISIONS :

– cette variable est importante pour juger de la nécessité d'une mise sous sauvegarde de justice, de tutelle ou de curatelle, bien que la décision ne puisse être prise uniquement en tenant compte de cette seule variable ;
– ce n'est pas parce qu'une personne bénéficie de l'aide sociale, qu'elle n'effectue pas pour autant correctement les actes de gestion.

EXEMPLES :

La modalité est C si la personne est sous tutelle ou si elle ne gère pas correctement ses ressources ou si elle n'a pas le sens de la valeur de l'argent...
La modalité est B si la personne n'effectue qu'une partie de la gestion de ses ressources, car des tiers interviennent comme dans le cas de la curatelle ou si elle gère ses ressources mais n'effectue pas certaines démarches ou formalités administratives diverses.

2. Cuisine

Préparer ses repas et les conditionner pour être servis.

PRÉCISIONS :

– faire la vaisselle est évalué par la variable « ménage » ;
– l'achat des denrées est évalué par la variable « achat » ;
– le suivi diététique n'est pas pris en compte ici. Il l'est dans la variable « suivi du traitement » ;
– pour que la modalité soit A, il faut que la personne assure régulièrement la préparation des repas, même si, de temps en temps, elle va au restaurant ou prend ses repas dans un foyer ou dans un club.

EXEMPLES :

La modalité est C si la personne ne fait aucune cuisine, c'est-à-dire ne réchauffe même pas des plats déjà préparés ;
La modalité est B :
– si la personne ne prépare pas l'intégralité des trois repas, mais seulement le dîner et/ou le petit déjeuner ;
– si elle prépare, de temps en temps, un repas même succinct ;
– si elle ne fait que réchauffer des repas déjà préparés.

3. Ménage

Effectuer l'ensemble des travaux ménagers.

PRÉCISIONS :

Par exemple des travaux ménagers, on entend :

– nettoyage des sols, des vitres, des meubles et des sanitaires ;
– faire son lit ;
– rangement ;
– lavage, repassage, raccommodage ;
– dresser la table, faire la vaisselle...

À un âge avancé, il n'est pas étonnant, étant donné l'importance des tâches ménagères à effectuer, de trouver de très nombreuses modalités B de cette variable.

EXEMPLES :

La modalité est C si aucune des tâches ménagères n'est effectuée régulièrement ;
La modalité est B si certaines d'entre elles ne sont effectuées qu'en partie ou pas tout à fait correctement.

4. Transports

Utiliser un moyen de transport (individuel ou collectif).

QUESTION À SE POSER :

Il s'agit d'évaluer si le mode de transport choisi est, ou non, la manifestation d'une volonté de la personne.

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si la personne est habituellement transportée en ambulance ;
– si la personne est régulièrement conduite par des tiers, sans qu'elle ait effectué une démarche volontaire pour être transportée.
La modalité est B si la fréquence ou l'initiative du transport est rare.

5. Achats

Acquisition directe ou par correspondance.

QUESTIONS À SE POSER :

– la personne, à domicile, achète-t-elle régulièrement les denrées nécessaires à son alimentation, les produits d'hygiène et d'entretien ?
– fait-elle de même pour ses vêtements ?
– s'offre-t-elle de temps en temps des objets pour son plaisir ?
– les achats sont-ils adaptés aux besoins et aux désirs ?

EXEMPLES :

La modalité est C si une personne n'achète pas les produits et denrées indispensables ;
La modalité est B si les achats indispensables ne sont pas régulièrement effectués.

6. Suivi de traitement

Se conformer à l'ordonnance du médecin.

PRÉCISIONS :

Par correctement, on entend le respect et le suivi de ce qui est écrit sur l'ordonnance, y compris les régimes.

QUESTION À SE POSER :

Le soignant ne fait-il pas à la place de la personne ce qu'elle peut faire, en particulier, la préparation des médicaments ?

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si la personne prépare ses médicaments, mais ne respecte pas la posologie et le rythme de prise, car le suivi est incorrect ;
– si un tiers est obligé de préparer, de rappeler, d'inciter pour que soit suivi l'ordonnance, le tiers pouvant être le conjoint comme un soignant.
La modalité est B si la personne respecte la prise de certains médicaments, mais pas de tous ou si les oublis de prise ne sont pas exceptionnels.

7. Activités de temps libre

Il ne s'agit pas d'évaluer la qualité culturelle, intellectuelle, physique des activités, mais d'observer si la personne pratique diverses activités, seule ou en groupe.

QUESTIONS À SE POSER :

– la personne quitte-t-elle parfois son domicile pour partir en vacances ?
– participe-t-elle activement à des animations organisées ?
– aide-t-elle à l'organisation d'activités collectives, y compris d'intérêt commun ?

EXEMPLES :

La modalité est C :

– si la personne n'a aucune activité de sa propre initiative et si elle ne s'intéresse jamais à la télévision devant laquelle on l'a placée ;
– si elle n'a aucune activité personnelle et qu'elle refuse de participer à toute animation proposée, même si on l'y conduit.

La modalité est B lorsqu'une personne qui, spontanément, n'a pas d'activité personnelle participe seulement à quelques activités collectives et de façon peu active et peu intéressée.

C. – LES GROUPES ISO-RESSOURCES

Une classification logique a permis de classer les personnes selon des profils de perte d'autonomie significativement proches. En prenant des indicateurs multiples de consommation de ressources, il a été possible de regrouper certains profils, obtenant alors six groupes consommant un niveau de ressources significativement proche de soins de base et relationnels (groupes iso-ressources ou GIR). Ceux-ci sont obtenus uniquement grâce à un logiciel, en fonction des valeurs A, B ou C données à chacune des variables ; il ne corrige pas des erreurs de codification.

Vous trouverez ci-dessous les grandes catégories de personnes qui définissent principalement les six groupes :

Le groupe iso-ressources I correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le groupe iso-ressources II comprend deux groupes de personnes âgées :

–celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;

–celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommées les « déments déambulants »).

Le groupe iso-ressources III correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assurent pas seules l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

Le groupe iso-ressources IV comprend essentiellement deux groupes de personnes :

–celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ;

–celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

Le groupe iso-ressources V correspond aux personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le groupe iso-ressources VI regroupe toutes les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Annexe 2

ALGORITHME DE LA GRILLE AGGIR

1. CALCUL DES RANGS

Groupe A

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 4 380 : rang 1 ;
- comprise entre 4 380 (exclus) et 4 140 (inclus) : rang 2 ;
- comprise entre 4 140 (exclus) et 3 390 (inclus) : rang 3 ;
- inférieure à 3 390 : tester les valeurs du groupe B.

Groupe B

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 2 016 : rang 4 ;
- inférieure à 2 016 : tester les valeurs du groupe C.

Groupe C

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 1 700 : rang 5 ;
- comprise entre 1 700 (exclus) et 1 432 (inclus) : rang 6 ;
- inférieure à 1 432 : tester les valeurs du groupe D.

Groupe D

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 2 400 : rang 7 ;
- inférieure à 2 400 : tester les valeurs du groupe E.

Groupe E

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 1 200 : rang 8 ;
- inférieure à 1 200 : tester les valeurs du groupe F.

Groupe F

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 800 : rang 9 ;
- inférieure à 800 : tester les valeurs du groupe G.

Groupe G

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 650 : rang 10 ;
- inférieure à 650 : tester les valeurs du groupe H.

Groupe H

Somation des valeurs des variables :

- supérieure ou égale à 4 000 : rang 11 ;
- comprise entre 4 000 (exclus) et 2 000 (inclus) : rang 12 ;
- inférieure à 2 000 (exclus) : rang 13.

2. PASSAGE DES RANGS AUX GROUPES

Fait à Paris, le 20 novembre 2001.

*Par le Premier ministre :
Lionel Jospin*

*La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou*

*Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,
Laurent Fabius*

*Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant*

*Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
Jean Glavany*

*Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner*

*La secrétaire d'État au budget,
Florence Parly*

*La secrétaire d'État aux personnes âgées,
Paulette Guinchard-Kunstler*

J.O. Numéro 270 du 21 Novembre 2001 page 18500

Textes généraux

Ministère de l'emploi et de la solidarité

**Décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001 portant application de la loi no 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**

NOR : MESA0124007D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,

Vu le code pénal ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code du travail, notamment son article L. 129-1 ;

Vu la loi no 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 ;

Vu l'ordonnance no 45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France ;

Vu le décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret no 59-1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret no 61-9 du 3 janvier 1961 modifié relatif à la comptabilité et au prix de journée de certains établissements publics et privés ;

Vu le décret no 99-316 du 26 avril 1999 modifié relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret no 99-317 du 26 avril 1999 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 28 septembre 2001 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale du 19 octobre 2001 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 23 octobre 2001 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 23 octobre 2001 ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CHAP. I—CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Art. 1^{er}.—L'âge à partir duquel est ouvert le droit à l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée au premier alinéa de l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles est fixé à soixante ans.

Art. 2.—Peuvent prétendre de plein droit à l'allocation personnalisée d'autonomie, sous réserve de remplir les conditions d'âge et de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, les personnes étrangères titulaires de la carte de résident ou d'un titre de séjour exigé pour résider régulièrement en France en application de l'ordonnance du 2 novembre 1945 susvisée ou en application de traités et accords internationaux.

CHAP. II—LE DOSSIER DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Art. 3.—Le dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie prévu à l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles est délivré par les services du département ou, lorsque les conventions mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 232-13 du code précité le prévoient, par les organismes signataires de ces conventions.

Ce dossier est adressé au président du conseil général qui dispose d'un délai de dix jours pour en accuser réception et pour informer de son dépôt le maire de la commune de résidence du demandeur. Cet accusé de réception mentionne la date d'enregistrement du dossier de demande complet qui commande la date d'ouverture des droits.

Lorsqu'il constate que le dossier présenté est incomplet, le président du conseil général fait connaître au demandeur dans le délai de dix jours à compter de la réception de la demande le nombre et la nature des pièces justificatives manquantes.

Art. 4.—Le dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie comprend, d'une part, des éléments déclaratifs relatifs aux revenus et au patrimoine ne figurant pas sur la déclaration destinée au calcul de l'impôt sur le revenu, dont la liste est fixée en annexe I du présent décret et, d'autre part, les pièces justificatives suivantes :

—s'il s'agit d'un demandeur de nationalité française ou d'un ressortissant d'un des États membres de l'Union européenne, la photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport d'un État membre de l'Union européenne ou un extrait d'acte de naissance ; s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère non ressortissant d'un des États membres de l'Union européenne, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour.

—la photocopie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu ;

—la photocopie du dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;

—un relevé d'identité bancaire ou postal.

CHAP. III—MODALITÉS DE VERSEMENT ET RÉVISION DE L'APA

Art. 5.—La décision accordant l'allocation personnalisée d'autonomie, notifiée au demandeur, mentionne, outre le délai prévu à l'article 8, le montant mensuel de l'allocation, celui de la participation financière du bénéficiaire ainsi que le montant du premier versement calculé conformément aux dispositions de l'article 6.

Art. 6.—Lorsqu'elle est versée directement à son bénéficiaire, l'allocation personnalisée d'autonomie est mandatée au plus tard le 10 du mois au titre duquel elle est versée.

Le premier versement intervient le mois qui suit celui de la décision d'attribution. Il comprend le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie due à compter de la date du dépôt du dossier complet telle que définie à l'article 3.

Art. 7.—I.—L'allocation personnalisée d'autonomie n'est pas versée lorsque son montant mensuel après déduction de la participation financière de l'intéressé mentionnée à l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles est inférieur ou égal à trois fois la valeur brute du salaire horaire minimum de croissance.

II. – Les indus ne sont pas recouverts lorsque leur montant total est inférieur ou égal à ce même montant.

Art. 8. – La décision déterminant le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie fait l'objet d'une révision périodique dans le délai qu'elle détermine en fonction de l'état du bénéficiaire. Elle peut aussi être révisée à tout moment à la demande de l'intéressé, ou le cas échéant de son représentant légal, ou à l'initiative du président du conseil général si des éléments nouveaux modifient la situation au vu de laquelle cette décision est intervenue.

CHAP. IV – COMMISSION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Art. 9. – La commission mentionnée à l'article L. 232-12 du code de l'action sociale et des familles comprend, outre son président, six membres désignés par le président du conseil général :

- a) Trois membres représentant le département ;
- b) Deux membres représentant les organismes de sécurité sociale ;
- c) Un membre désigné au titre d'une institution ou d'un organisme public social et médico-social ayant conclu avec le département la convention prévue au deuxième alinéa de l'article L. 232-13 du même code ou, à défaut, un maire désigné sur proposition de l'assemblée départementale des maires.

La commission se réunit en tant que de besoin sur convocation de son président.

Elle propose au président du conseil général les montants d'allocation personnalisée d'autonomie correspondant aux besoins des personnes, évalués dans les conditions prévues aux articles 13 et 21 et à leurs ressources. Lorsque le président du conseil général ne retient pas une proposition, la commission est tenue de formuler une nouvelle proposition lors de sa plus prochaine réunion.

Les propositions de la commission sont arrêtées à la majorité des voix. En cas d'égal partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 10. – Pour l'exercice des attributions qui lui sont dévolues par l'article L. 232-18 du code de l'action sociale et des familles, la commission s'adjoint cinq représentants des usagers nommés par le président du conseil général, dont deux personnalités qualifiées désignées sur proposition du comité départemental des retraités et personnes âgées.

Lorsqu'elle est saisie d'un litige sur l'appréciation du degré de perte d'autonomie, la commission recueille l'avis d'un médecin qui ne peut être celui qui a procédé à l'évaluation initiale du degré de perte d'autonomie du requérant.

La saisine de la commission suspend les délais du recours contentieux.

Cette saisine est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à son président dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision. La commission dispose d'un délai d'un mois pour formuler une proposition en vue du règlement du litige dont elle a été saisie.

Au vu de la proposition formulée par la commission, le président du conseil général prend, dans le délai de quinze jours, une nouvelle décision confirmant ou infirmant la décision initiale.

Les propositions de la commission sont communiquées à l'auteur de la saisine.

CHAP. V – DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 11. – L'agrément prévu au dernier alinéa de l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles est accordé, sur leur demande, aux organismes mentionnés à l'article L. 232-13 du même code pour une durée de trois ans renouvelable.

L'agrément précise les modalités d'enregistrement des déclarations d'élection de domicile.

Un organisme au moins doit être agréé dans chaque département.

Art. 12. – Lorsque le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est hospitalisé dans un établissement de santé pour recevoir des soins de courte durée, de suite ou de réadaptation mentionnés aux a et b du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, le service de la prestation est maintenu pendant les trente premiers jours d'hospitalisation ; au-delà, le service de l'allocation est suspendu.

Le service de l'allocation est repris, sans nouvelle demande, à compter du premier jour du mois au cours duquel l'intéressé n'est plus hospitalisé dans un des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article.

DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

CHAP. I – PROCÉDURE D'INSTRUCTION ET MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PLAN D'AIDE

Art. 13. – La demande d'allocation personnalisée d'autonomie est instruite par une équipe médico-sociale qui comprend au moins un médecin et un travailleur social.

Au cours de la visite à domicile effectuée par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale, l'intéressé et, le cas échéant, son tuteur ou ses proches reçoivent tous conseils et informations en rapport avec le besoin d'aide du postulant à l'allocation personnalisée d'autonomie. Ils sont notamment informés que l'équipe médico-sociale doit avoir connaissance de tout changement dans la situation de l'intéressé.

Au cours de son instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur. Si l'intéressé le souhaite, ce médecin assiste à la visite à domicile prévue à l'alinéa précédent. L'équipe médico-sociale procède à la même consultation à l'occasion de la révision de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Dans un délai de trente jours à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet, l'équipe médico-sociale adresse une proposition de plan d'aide à l'intéressé, assortie de l'indication du taux de sa participation financière. Celui-ci dispose d'un délai de dix jours, à compter de la date de réception de la proposition, pour présenter ses observations et en demander la modification ; dans ce cas, une proposition définitive lui est adressée dans les huit jours. En cas de refus exprès ou d'absence de réponse de l'intéressé à cette proposition dans le délai de dix jours, la demande d'allocation personnalisée d'autonomie est alors réputée refusée.

Lorsque le degré de perte d'autonomie de l'intéressé ne justifie pas l'établissement d'un plan d'aide, un compte-rendu de visite est établi.

Art. 14. – À domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est affectée à la couverture des dépenses de toute nature figurant dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ces dépenses s'entendent notamment de la rémunération de l'intervenant à domicile, du règlement des frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, dans des établissements ou services autorisés à cet effet, du règlement des services rendus par les accueillants familiaux visés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles ainsi que des dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et de toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire.

Art. 15. – Pour la détermination du plan d'aide, la valorisation des heures d'aide ménagère est opérée en tenant compte des dispositions régissant, selon les cas, les statuts publics ou les conventions collectives et accords de travail applicables aux salariés de la branche de l'aide à domicile agréés au titre de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ou encore de celles relatives à la convention collective nationale des salariés du particulier employeur.

CHAP. II – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES VISANT À LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU

Art. 16. – En application du deuxième alinéa de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, sauf refus exprès du bénéficiaire, l'allocation personnalisée d'autonomie est affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail, pour :

1° Les personnes nécessitant 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 ;

2° Les personnes classées dans les groupes 1 et 2 de la grille nationale prévue à l'article L. 232-2 du même code.

Art. 17. – Le refus exprès du bénéficiaire, mentionné à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, de recourir à un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail, est formulé par écrit sur le plan d'aide soumis à l'acceptation de l'intéressé dans les conditions prévues à l'article 13.

Art. 18.—La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est majorée de 10% lorsque ce dernier fait appel soit à un service prestataire d'aide ménagère non agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail ou non géré par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit à une tierce personne qu'il emploie directement et qui ne justifie pas d'une expérience acquise ou d'un niveau de qualification définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Cet arrêté prévoit les conditions particulières applicables pendant une période transitoire de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2001 susvisée, notamment en ce qui concerne, d'une part, les modalités de validation de l'expérience acquise, d'autre part, les règles d'équivalence retenues en matière de diplôme.

CHAP. III—EFFECTIVITÉ, SUSPENSION ET RÉVISION DE L'AIDE

Art. 19.—Sans préjudice des obligations mises à la charge des employeurs par le code du travail, les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie sont tenus de conserver les justificatifs des dépenses autres que de personnel correspondant au montant de l'allocation personnalisée d'autonomie et à leur participation financière prévues dans le plan d'aide, acquittées au cours des six derniers mois aux fins de la mise en oeuvre éventuelle par les services compétents des dispositions de l'article L. 232-16.

Art. 20.—Dans les cas mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 232-7 du code de l'action sociale et de familles, le président du conseil général met en demeure le bénéficiaire ou, le cas échéant, son représentant légal, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, de remédier aux carences constatées. Si le bénéficiaire ou son représentant légal n'a pas déféré dans le délai d'un mois à la demande du président du conseil général, celui-ci peut suspendre le service de l'allocation par une décision motivée.

Dans ce cas, sa décision prend effet au premier jour du mois suivant sa notification à l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le service de l'allocation est rétabli au premier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire justifie qu'il a remédié aux carences constatées.

Art. 21.—Le département organise le contrôle d'effectivité de l'aide.

DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

CHAP. I—MODALITÉS D'ÉVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Art. 22.—Le niveau de perte d'autonomie des résidents est déterminé dans chaque établissement sous la responsabilité du médecin coordonnateur dans les conditions prévues à l'article 12 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé ou, à défaut, sous la responsabilité d'un médecin conventionné au titre de l'assurance maladie.

CHAP. II—EXPÉRIMENTATION D'UNE DOTATION BUDGÉTAIRE GLOBALE AFFÉRENTE À LA DÉPENDANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS VOLONTAIRES

Art. 23.—I.—Le décret no 99-316 du 26 avril 1999 est ainsi modifié :

1° Il est inséré, au début du premier alinéa de l'article 24 du décret du 26 avril 1999 susvisé, un « I » ;

2° L'article 24 est complété par un II ainsi rédigé :

II.—Pour les établissements volontaires, la dotation budgétaire globale afférente à la dépendance prévue au II de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles est arrêtée par le président du conseil général en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe VIII du présent décret.

Le règlement de la dotation budgétaire globale afférente à la dépendance est effectué par acomptes mensuels correspondant au douzième du montant de cette dotation budgétaire globale arrêtée par le président du conseil général. Ces acomptes sont versés le vingtième jour du mois, ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour précédant cette date.

Dans le cas où la dotation budgétaire globale afférente à la dépendance n'a pas été arrêtée avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision, le président du conseil général

règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur. Dès la fixation de la dotation budgétaire globale afférente à la dépendance, il est procédé à une régularisation des versements lors de l'acompte mensuel du mois suivant.

Cette dotation budgétaire globale afférente à la dépendance n'inclut pas la participation des résidents prévue au premier alinéa du I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles. Cette dernière est calculée en appliquant la formule de calcul précisée au h de l'annexe II du présent décret. » ;

3° L'annexe II est complétée par un h ainsi rédigé :

h) Calcul du tarif journalier dépendance nécessaire à la détermination de la participation journalière prévue au premier alinéa du I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles en cas soit de versement de la dotation budgétaire globale afférente à la dépendance prévue au premier alinéa du II de l'article L. 232-8 dudit code, soit d'absence de résidents classés dans les groupes iso-ressources 5 et 6 :

(D 2/F) x 280 points GIR x nombre de résidents de plus de 60 ans

J

4° Dans les annexes IV-1 et IV-2, la ligne intitulée : « Valeur nette du point GIR aides soignantes et AMP = E/F » est remplacée par une ligne intitulée : « Valeur nette du point GIR aides soignantes et AMP = E/(GMP multiplié par la capacité occupée) » ;

5° Dans l'annexe V, la ligne intitulée : « Valeur nette du point GIR aides soignantes et AMP = F/D » est remplacée par une ligne intitulée « Valeur nette du point GIR aides soignantes et AMP = F/(GMP multiplié par la capacité occupée) » ;

6° Le décret est complété par l'annexe VIII annexée au présent décret.

II.—Au deuxième alinéa de l'article 27 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, après le mot : « dépendance », sont ajoutés les mots : « et, le cas échéant, la dotation budgétaire globale afférente à la dépendance prévue au II de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles. »

CHAP. III—DISPOSITIONS TRANSITOIRES PRISES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 5 DE LA LOI DU 20 JUILLET 2001

Art. 24.—Pendant la période transitoire prévue à l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée :

I.—L'autorité compétente pour l'assurance maladie précise, le cas échéant, dans l'arrêté tarifaire le montant de la contribution de l'assurance maladie définie à l'article 30 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé. Elle notifie au président du conseil général le montant du forfait global de soins qu'elle arrête en application du 1o de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée ;

II.—Le président du conseil général du lieu d'implantation de l'établissement ou du service fixe les tarifs afférents à la dépendance calculés en application des articles 3, 5, 6, 7, 8 et 24 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé. Le cas échéant, la contribution de l'assurance maladie visée au I du présent article est prise en compte dans le calcul des tarifs ;

III.—Les tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixés par le président du conseil général du lieu d'implantation de l'établissement si ce dernier est habilité au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

Pour les résidents de moins de soixante ans, les prix de journée afférents à l'hébergement sont calculés en application du dernier alinéa de l'article 30-1 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé.

Pour les résidents de plus de soixante ans, les tarifs afférents à l'hébergement sont calculés en prenant en compte, d'une part, les charges nettes du budget de l'établissement ou du service, le cas échéant majorées ou minorées par l'incorporation des résultats des exercices antérieurs, et, d'autre part, le forfait global de soins et le produit des tarifs afférents à la dépendance mentionnés respectivement au 1° et au 2° de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée ainsi que, le cas échéant, le produit des prix de journée mentionnés à l'alinéa précédent ;

IV.—Par dérogation aux dispositions du dernier alinéa de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique, pendant toute la durée de la période transitoire, les budgets annexes relatifs aux services accueillant des personnes âgées dépendantes peuvent recevoir une subvention du budget principal ou accorder une subvention à un autre budget annexe.

Les produits de ces subventions ne sont pas pris en compte pour le calcul du montant de la contribution de l'assurance maladie définie à l'article 30 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé ;

V.—En matière budgétaire et comptable, sont applicables aux établissements et services visés à l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée ;

1° Lorsqu'il s'agit d'établissements publics médico-sociaux autonomes, les articles 2 à 5, l'article 6 à l'exception du premier alinéa, les articles 7 à 16, 18 à 20, 22 à 31, le deuxième et le troisième alinéas de l'article 33, les articles 34 à 38, l'article 39 à l'exception du troisième alinéa et les articles 52 et 53 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé ;

2° Lorsqu'il s'agit d'établissements gérés dans le cadre d'un budget annexe des établissements publics de santé prévu au b et au d de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique, les dispositions des articles R. 714-3-1 à R. 714-3-53 du code de la santé publique, le premier alinéa de l'article 14 et les 2o, 5o et 6o de ce même article, les articles 15, 18, 22, 24, 26, 27 à 29, 52 et 53 du même décret ;

3° Lorsqu'il s'agit d'établissements publics médico-sociaux non personnalisés gérés en budgets annexes soit d'un établissement public autonome non-établissement public de santé, soit d'une collectivité territoriale, les articles 3 à 5, l'article 6 à l'exception du premier alinéa, les articles 7 à 16, 18 à 20, 22 à 31, le deuxième et le troisième alinéas de l'article 33, l'article 38, l'article 39 à l'exception du troisième alinéa, l'article 41 à l'exception du deuxième alinéa, les articles 42, 52 et 53 du même décret ;

4° Lorsqu'il s'agit d'établissements gérés par un organisme de droit privé à but non lucratif et d'organismes de droit privé à but lucratif habilités au titre de l'aide sociale, les articles 3 à 5, l'article 6 à l'exception du premier alinéa, les articles 7 à 16, 18 à 20, 22 à 24, 26 à 29, le deuxième et le troisième alinéas de l'article 33, l'article 38, l'article 39 à l'exception du troisième alinéa, le dernier alinéa de l'article 43, les articles 44 et 45, l'article 46 à l'exception du premier alinéa, les articles 47 à 49, 52 et 53 du même décret ;

5o Lorsqu'il s'agit d'établissements gérés par un organisme de droit privé à but lucratif et d'organismes de droit privé à but lucratif non habilités au titre de l'aide sociale, l'article 14 à l'exception du 3o et du 4o, les articles 18, 19, 22 à 24, 26 à 29, le deuxième et le troisième alinéas de l'article 33, l'article 38, l'article 39 à l'exception du troisième alinéa, les articles 44 et 45, les articles 51 à 53 du même décret.

Art. 25.—I.—Dans les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, l'autorité compétente de l'État fixe, à titre transitoire et jusqu'à la prise d'effet de la convention pluriannuelle mentionnée au même article, un forfait global de soins conformément à l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée.

II.—Pour les dépenses de soins comprises dans le forfait global de soins, la participation des assurés sociaux est supprimée.

III.—Le forfait global de soins est versé à l'établissement par douzième, pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans l'établissement, par la caisse pivot prévue à l'article L. 174-8 du code de la sécurité sociale et déterminée dans les conditions prévues à l'article D. 174-2 du même code.

Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué, pour les établissements autonomes, le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvert, le dernier jour précédant cette date.

Lorsqu'il s'agit d'un établissement rattaché à un établissement de santé sous dotation globale, ce règlement est effectué le même jour que le versement de la dotation globale.

IV.—Le forfait global de soins est réparti entre les différents régimes d'assurance maladie pour la part qui leur incombe dans les conditions fixées par les articles D. 174-3 à D. 174-8.

V.—À l'article D. 174-5 du code de la sécurité sociale, après les mots «... et notamment du forfait global», les mots «tel qu'il est déterminé aux articles R. 174-7 et R. 174-8» sont supprimés.

DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Art. 26.—Au b du 2° de l'article R. 714-3-13 du code de la santé publique, les mots : « groupe 1 : forfait global de soins » et « groupe 2 : forfaits journaliers de soins » sont respectivement remplacés par les mots : « groupe 1 : produits afférents aux soins » et « groupe 2 : produits afférents à la dépendance ».

Art. 27.—I.—À l'article 54-1 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé, il est inséré un II ainsi rédigé :

II.—Pour les établissements visés au I, les propositions budgétaires de l'établissement adoptées par le conseil d'administration de l'organisme gestionnaire sont transmises au président du conseil général avant le 1^{er} novembre de l'année précédant l'exercice auquel elles se rapportent.

En cas de désaccord avec les propositions budgétaires d'un établissement mentionné aux 1°, 2°, 3° et 4° ci-dessus, le président du conseil général fait connaître, au plus tard soixante jours après l'adoption du budget du département, au représentant qualifié de l'établissement les décisions qu'il envisage de prendre concernant le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Dans les huit jours suivant cette notification, le représentant qualifié de l'établissement a la faculté d'adresser au président du conseil général un rapport exposant les raisons qui justifieraient, selon lui, l'adoption totale ou partielle de ses propositions initiales. Passé ce délai, le président du conseil général fixe le montant global des dépenses et des recettes et arrête le montant du tarif moyen journalier afférent à l'hébergement.

Le tarif moyen journalier afférent à l'hébergement peut être modulé en application de l'article 23-1 du décret du 26 avril 1999 susvisé. »

II.—Les II et III deviennent respectivement III et IV.

Art. 28.—Est puni des peines d'amende prévues pour les contraventions de la cinquième classe le responsable de tout établissement hébergeant des personnes âgées visé au 5° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui, en méconnaissance des dispositions de l'article L. 312-11 du même code, dans le délai d'un mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent décret :

1° N'a pas, lors de l'admission d'une personne âgée, passé avec elle ou son représentant légal le contrat écrit mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 312-11 précité ;

2° N'a pas proposé de contrat écrit à chacune des personnes résidant à cette date dans l'établissement ou à son représentant légal ;

3° A passé un contrat dont les stipulations ne sont pas conformes aux prescriptions de l'article L. 312-11 précité.

DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Art. 29.—Pour l'Assistance publique-hôpitaux de Paris :

1° Les dépenses et les recettes des unités de soins de longue durée mentionnées au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ainsi que celles afférentes aux établissements relevant du 5o de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui assurent l'hébergement des personnes âgées sont, par dérogation aux dispositions de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique, retracées au budget général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris jusqu'au 1^{er} janvier 2003 ;

2° Le président du conseil de Paris fixe l'élément de tarification des prestations d'hébergement et les tarifs afférents à la dépendance des unités de soins de longue durée et des activités relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Art. 30.—À compter de la date d'application de la convention prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, les établissements pour personnes âgées relevant du 5° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, régulièrement autorisés, à la date de la publication du présent décret, peuvent dispenser des soins aux assurés sociaux pour la totalité de leur capacité d'hébergement autorisée.

Le bénéfice de cette disposition ne constitue pas une extension importante au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements bénéficiant déjà, à cette même date, d'une autorisation de dispenser des soins pour une partie de leur capacité d'hébergement.

Pour les autres établissements, le bénéfice des dispositions du premier alinéa est subordonné à un avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale au vu d'un dossier dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Art. 31.—Au dernier alinéa de l'article 23 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 et au dernier alinéa du I de l'article 39 et au dernier alinéa de l'article 51 du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisés, les mots : « prestation spécifique dépendance » sont remplacés par les mots : « allocation personnalisée d'autonomie ».

Art. 32.—Sont abrogés au 1^{er} janvier 2002 :

a) Les articles 32 et 33, 35 et 36, 37-1 à 38 du décret no 58-1202 du 11 décembre 1958 susvisé ;

b) Les articles 1 à 8, l'article 9 à l'exception du sixième alinéa, l'article 12 et les articles 14 à 23 du décret no 59-1510 du 29 décembre 1959 susvisé ;

- c) L'article 19 du décret no 61-9 du 3 janvier 1961 susvisé ;
 d) L'article 33 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé ;
 e) Les articles R. 716-3-36 et les articles R. 716-5-1 à R. 716-5-11 du code de la santé publique ;
 f) Les articles R. 174-4 à R. 174-8 du code de la sécurité sociale.

Art. 33. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Art. 34. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, la garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur, le ministre délégué à la santé, la secrétaire d'État au budget et la secrétaire d'État aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 20 novembre 2001.

Par le Premier ministre :
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,
Laurent Fabius

La garde des sceaux, ministre de la justice,
Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner

La secrétaire d'État au budget,
Florence Parly

La secrétaire d'État aux personnes âgées,
Paulette Guincharid-Kunstler

Annexe 1

RELATIVE AU DOSSIER DE DEMANDE D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

I. - Contenu du dossier de demande d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile ou en établissement

Date de la demande :

A. - Renseignements concernant le demandeur

DEMANDEUR :

Nom (nom de jeune fille et nom marital pour les femmes) :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° de sécurité sociale :

Nationalité (française/ressortissant de l'Union européenne/autre) :

Situation de famille (marié, divorcé, veuf, concubin, pacs, célibataire) :

Êtes-vous retraité ? (préciser le régime de retraite principal) :

CONJOINT : (1)

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

No de sécurité sociale :

Est-il en activité ?

Est-il retraité (régime de retraite principal)

Lieu de résidence actuelle du demandeur :

Lieu de résidence actuelle de son conjoint

si différente de la précédente :

COCHER L'UNE DE CES CASES SUIVANTES, SI LE LIEU DE RÉSIDENCE DU DEMANDEUR EST :

- Un établissement d'hébergement pour personnes âgées (date d'entrée :

- Le domicile d'un particulier accueillant à titre onéreux dans le cadre de la loi du 10 juillet 1989 (date de début d'accueil :

Adresse du domicile habituel (si adresse différente du lieu de résidence actuelle) :

(Si le département à qui incombe la prise en charge de l'APA en établissement - le département du domicile de secours - n'est pas le département où le demandeur réside, joindre au dossier de demande l'arrêté de tarification de l'établissement. Il appartient au directeur de l'établissement de fournir ce document au demandeur pour compléter son dossier de demande)

Mentionner le cas échéant l'existence d'une mesure de protection juridique :

- sauvegarde de justice - tutelle

- curatelle

Nom et adresse du tuteur ou de l'association chargée de la mesure :

Coordonnées de la personne référente à contacter pour la visite d'évaluation à domicile ou en cas d'urgence (enfant, parent, autre): adresse, numéro de téléphone.

B. - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES REVENUS ET LE PATRIMOINE DU DEMANDEUR

1. Ressources ne figurant pas dans l'avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : revenus soumis au prélèvement libératoire en application de l'article 125 A du code général des impôts.

Montant à préciser pour le demandeur :

Montant à préciser pour son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité.

2. Allocations :

Percevez-vous :

ATTENTION : l'allocation personnalisée d'autonomie n'est cumulable ni avec la prestation spécifique dépendance, ni avec l'allocation compensatrice pour tierce personne, ni avec la majoration pour aide constante d'une tierce personne, ni avec la prestation légale d'aide ménagère.

3. Patrimoine dormant (à renseigner pour le demandeur et, le cas échéant, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité) :

- biens immobiliers (préciser la nature de ceux-ci, leur adresse et la valeur locative indiquée dans le dernier relevé de la taxe foncière sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties) :

- biens mobiliers et épargne :

Déclaration sur l'honneur

Autorisation de transmission par le conseil général du dossier aux caisses de retraite (en cas de rejet d'allocation personnalisée d'autonomie).

II. - Liste des pièces justificatives à joindre impérativement au dossier de demande

La photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la Communauté européenne ou un extrait d'acte de naissance ; ou, s'il s'agit d'un demandeur de nationalité étrangère, la photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;

La photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu : pour une demande déposée entre janvier et août de l'année n : fournir l'avis d'imposition ou de non-imposition de l'année n-2 ; de septembre à décembre, celui de l'année n-1.

La photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et sur les propriétés non bâties ;

Un relevé d'identité bancaire ou postal.

(1) Il peut s'agir du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle le demandeur a conclu un pacte civil de solidarité.

(2) Il s'agit des derniers montants versés d'ACTP, de PSD, de PED ou de MTP : cette rubrique est facultative.

Annexe 2

ANNEXE VIII AU DÉCRET No 99-316 DU 26 AVRIL 1999

Tableau de calcul de dotation budgétaire globale prévue au II de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles

Décret n° 2001-1086 du 20 novembre 2001 portant application de la loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

NOR : MESA0124008D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre de l'intérieur,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi no 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 ;

Vu le décret no 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance instituée par la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 ;

Vu le décret no 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi no 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance ;

Vu le décret no 99-316 du 26 avril 1999 modifié relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu le décret no 99-317 du 26 avril 1999 modifié relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 19 octobre 2001 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en date du 23 octobre 2001 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 23 octobre 2001 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 5 novembre 2001 ;

Vu l'avis du Conseil d'État (section sociale),

Décrète :

ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

CHAP. I – MODALITÉS SPÉCIFIQUES D'EXERCICE DU DROIT D'OPTION ET DE VERSEMENT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Art. 1^{er}. – Peuvent demander le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie :

1° Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice mentionnés à l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, deux mois avant leur soixantième anniversaire, et deux mois avant chaque date d'échéance de versement de cette allocation ;

2° Les personnes mentionnées à l'article 16 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée, deux mois avant chaque date d'échéance de versement de la prestation dont elles bénéficient.

Trente jours au plus tard après le dépôt du dossier de demande complet, le président du conseil général informe l'intéressé du montant d'allocation personnalisée d'autonomie dont il pourra bénéficier et du montant de sa participation financière. Dans les quinze jours, le demandeur doit faire connaître son choix au président du conseil général par écrit. Passé ce délai, il est réputé avoir choisi le maintien de la prestation dont il bénéficie.

Art. 2. – Les dépenses correspondant au règlement de frais d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, dans des établissements autorisés à cet effet ainsi qu'aux dépenses d'aides techniques et d'adaptation du logement lorsque ces dernières concernent la résidence principale, peuvent, sur proposition de l'équipe médico-sociale, être versées, conformément à l'article L. 232-14 du code de l'action sociale et des familles selon une périodicité autre que mensuelle.

Toutefois, ledit versement ne peut prendre en compte que des dépenses correspondant à quatre mensualités groupées au cours d'une même année.

CHAP. II – DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE EN ÉTABLISSEMENT

Art. 3. – Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au I de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles qui ont un « GIR moyen pondéré », tel que défini à l'article 13 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, supérieur à 300 sont tenus de passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'État.

Art. 4. – Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au II de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles dont la capacité est inférieure à vingt-cinq places autorisées ont la possibilité de déroger aux règles fixées par le 1° de l'article L. 315-1 dudit code.

Art. 5. – Le plan d'aide destiné à la personne âgée dépendante qui réside dans un établissement relevant de l'article 4 est élaboré par l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles.

Ce plan d'aide prend en compte les charges afférentes à la dépendance de l'établissement telles que définies à l'article 6 ainsi que les interventions supplémentaires, extérieures à l'établissement, qui sont nécessaires au résident concerné et qui ne sont pas assurées par l'établissement.

Art. 6. – I. – Les charges afférentes à la dépendance dans les établissements relevant de l'article 4 sont :

1° Les rémunérations et les charges sociales et fiscales y afférentes des aides-soignants, des aides médico-psychologiques, des auxiliaires de vie et des auxiliaires de gérontologie, des psychologues ainsi que des maîtresses de maison ;

2° 30 % des rémunérations et les charges sociales et fiscales y afférentes des agents de service et des veilleurs de nuit ;

3° Les couches, alèses et produits absorbants.

Les tarifs afférents à la dépendance sont calculés, d'une part, en prenant en compte le niveau de dépendance de chaque résident de l'établissement, et, d'autre part, en appliquant aux charges définies aux 1°, 2° et 3° les formules de calcul précisées au b et au c de l'annexe II au décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé.

Le tarif journalier afférent à la dépendance applicable au résident est pris en compte dans le cadre du plan d'aide défini au deuxième alinéa de l'article 5. Le résident s'en acquitte auprès de l'établissement.

II. – Dans les établissements habilités au titre de l'aide sociale, le tarif journalier afférent à l'hébergement est calculé en prenant en compte l'ensemble des charges nettes de l'établissement, d'une part, minorées ou majorées, le cas échéant, par l'incorporation des résultats des exercices antérieurs et, d'autre part, minorées des tarifs journaliers afférents à la dépendance définis au I.

Le tarif journalier afférent à l'hébergement peut être modulé en application de l'article 23-I du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé.

III. – En matière budgétaire et comptable, les établissements relevant de l'article 4 sont soumis aux dispositions prévues à l'article 54 (1, 1) du décret no 99-317 du 26 avril 1999 susvisé.

Art. 7. – Les dispositions des articles 5 et 6 sont applicables aux établissements dont le GIR moyen pondéré, tel que défini à l'article 13 du décret no 99-316 du 26 avril 1999 susvisé, est inférieur à 300. Les modalités de la prise en charge médicale des résidents doivent être précisées dans le règlement intérieur mentionné à l'article L. 312-11 du code de l'action sociale et des familles.

DU COMITÉ NATIONAL DE LA COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE

Art. 8. – Le Comité national de la coordination géronto-logique institué par l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles est présidé par le ministre chargé des personnes âgées ou, en son absence, par son représentant.

Il comprend :

- 1° Neuf représentants des départements désignés par l'Assemblée des départements de France ;
 - 2° Un représentant désigné par le conseil d'administration de chacun des organismes de sécurité sociale suivants :
 - la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;
 - la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
 - la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ;
 - l'Organisation autonome du régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales ;
 - la Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des artisans ;
 - la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ;
 - la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ;
 - la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines ;
 - 3° Un représentant désigné par chacune des organisations suivantes :
 - la Mutualité fonction publique ;
 - l'Union nationale des centres communaux d'action sociale ;
 - l'Union nationale interfédérale des oeuvres et organismes privés sanitaires et sociaux ;
 - l'Union nationale des associations de soins et services à domicile ;
 - l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural ;
 - la Fédération hospitalière de France ;
 - la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif ;
 - une organisation d'établissements privés d'hébergement pour personnes âgées ;
 - 4° Deux représentants des médecins généralistes et deux représentants des infirmiers exerçant à titre libéral ;
 - 5° Trois représentants des associations et organisations de retraités et personnes âgées désignés par le Comité national des retraités et personnes âgées et un représentant de l'Union nationale des associations familiales ;
 - 6° Trois membres choisis par le ministre chargé des personnes âgées en raison de leur compétence particulière en matière de gérontologie.
- Art. 9. – Les membres du comité sont nommés pour une durée de trois ans renouvelable par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

Art. 10. – Le comité se réunit au moins une fois par an sur convocation de son président. Il est réuni également à la demande d'un quart au moins de ses membres. Le secrétariat du comité est assuré par la direction générale de l'action sociale.

Le comité peut constituer des groupes de travail et y associer des personnes compétentes extérieures.

Art. 11. – Lorsque le comité est saisi, au titre de sa fonction de médiation, de dossiers concernant la conclusion d'une convention prévue au premier alinéa de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles, il se réunit en commission spéciale qui comprend son président ou son représentant et les membres nommés au titre des 1^o et 2^o de l'article 8 du présent décret.

Art. 12. – Afin de lui permettre d'évaluer le développement qualitatif et quantitatif du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie au terme des deux ans d'application, le comité est rendu destinataire par le fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie des données statistiques prévues à l'article L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles relatives au développement du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie, à ses principales caractéristiques et notamment à celles de ses bénéficiaires ainsi qu'à l'activité des équipes médico-sociales et au suivi des conventions.

DU SYSTÈME D'INFORMATION RENDANT COMPTE DU DISPOSITIF D'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

Art. 13. – Un arrêté ministériel fixe la liste et la périodicité de transmission des données statistiques relatives aux demandeurs, aux bénéficiaires et aux montants mensuels moyens d'allocation personnalisée d'autonomie, aux équipes médico-sociales et aux dispositifs conventionnels visés aux articles L. 232-3 et L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles.

Ces données sont communiquées au ministère de l'emploi et de la solidarité pour le compte du fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements, sous forme de statistiques agrégées conformément aux dispositions de l'article 40-12 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée.

Elles alimentent le système d'information visé à l'article L. 232-17 du code précité. Une convention entre l'État et le fonds de financement précise les modalités de leur diffusion, notamment auprès des départements.

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 14. – L'article 5 du décret no 97-427 du 28 avril 1997 susvisé est modifié comme suit :

Au deuxième alinéa après les mots : « le comité » sont ajoutés les mots : « institué par l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles ».

Art. 15. – Les articles 1er à 4 du décret no 97-427 du 28 avril 1997 susvisé sont abrogés.

Art. 16. – Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1er janvier 2002.

Art. 17. – La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur et la secrétaire d'État aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 20 novembre 2001.

Par le Premier ministre :
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant

La secrétaire d'État aux personnes âgées,
Paulette Guinchard-Kunstler

J.O. Numéro 270 du 21 Novembre 2001 page 18508

Textes généraux

Ministère de l'emploi et de la solidarité

Décret n° 2001-1087 du 20 novembre 2001 portant application de l'article 17 de la loi no 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

NOR : MESA0124009D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre de l'intérieur,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 232-2 ;

Vu la loi no 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, notamment son article 17,

Décrète :

COMITÉ SCIENTIFIQUE POUR L'ADAPTATION DES OUTILS D'ÉVALUATION DE L'AUTONOMIE

Art. 1^{er}. – Le comité scientifique mentionné à l'article 17 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée a pour mission d'adapter des outils d'évaluation de l'autonomie :

– en dressant un bilan de l'utilisation de la grille nationale visée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ;

– en proposant des adaptations à la grille précitée pour la compléter par des données sur l'environnement physique et social des personnes

en perte d'autonomie, de manière à 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 soixante ans et pour les personnes handicapées.

Art. 2. – Le comité scientifique précité comprend quinze membres choisis en raison de leur connaissance des outils et des procédures d'évaluation de la perte d'autonomie et du handicap, dont trois personnes appartenant aux équipes médico-sociales départementales désignées sur proposition de l'Assemblée des départements de France.

Les membres du comité scientifique sont nommés pour une durée de deux ans par arrêté conjoint du ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre chargé des personnes âgées. Son président est choisi parmi les membres dudit comité.

Art. 3. – Les dispositions du présent décret entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

Art. 4. – La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur et la secrétaire d'État aux personnes âgées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 20 novembre 2001.

Par le Premier ministre
Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant

La secrétaire d'État aux personnes âgées,
Paulette Guinchard-Kunstler