

FICHES PRATIQUES

Fiches pratiques :

A- La perte d'autonomie ou dépendance – définition et modes d'évaluation

A1 : Perte d'autonomie ou dépendance : définition

A2 : L'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées : la grille AGGIR

A3 : L'évaluation de la dépendance avant 60 ans : le taux d'incapacité évalué par la Maison Départementale des Personnes Handicapées

B- Prestations sociales et aides à destination des personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie

B1 : les aides attribuées par la MDPH pour les adultes en situation de handicap

B1a : l'Allocation aux Adultes Handicapés ;

B1b : La Prestation Compensatoire du Handicap.

B2 : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

B3 : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

C- Etablissements d'hébergement médico-sociaux vers lesquelles peuvent être orientées les personnes vieillissantes ayant des difficultés sociales

C1 : l'Aide Sociale à l'Hébergement pour le financement des séjours en établissement médico-social pour personnes âgées ou personnes handicapées

C2 : les établissements médico-sociaux pour personnes âgées

C2a : Résidences Service et résidences autonomie

C2b : EHPAD, PUV et USLD

C3 : orientation vers les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap

C4 : les établissements médico-sociaux de soins résidentiels

D- Services d'Aide à domicile

E- Les dispositifs d'appui à la coordination

E1 : Le/La médecin traitant.e, premier.e interlocuteur.trice pour la coordination des acteurs autour de la personne

E2 : Les dispositifs d'appui à la coordination

A - LA PERTE D'AUTONOMIE OU DÉPENDANCE

DÉFINITION ET MODES D'ÉVALUATION

Perte d'autonomie et dépendance - définition :

La perte d'autonomie ou dépendance est définie comme l'incapacité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie quotidienne, et qui a besoin, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, d'une aide matérielle ou humaine pour effectuer ces actes.

La notion de « perte d'autonomie » est généralement utilisée pour évoquer la situation des personnes qui deviennent dépendantes du fait du vieillissement, elle permet d'illustrer un processus ; la notion de « dépendance » est le plus souvent utilisée dans le champ du handicap.

L'évaluation de la perte d'autonomie ou de la dépendance :

Les politiques sociales et médico-sociales en France distinguent la dépendance liée au handicap et la dépendance liée au vieillissement. Le cadre normatif défini notamment par le Code de l'Action Sociale et des familles fixe à 60 ans l'âge auquel les personnes commencent à relever de la politique à destination des personnes âgées et non plus du champ du handicap, bien qu'une personne relevant du champ du handicap avant l'âge de 60 ans puisse continuer à en relever après 60 ans.

Selon si la personne relève du champ des politiques à destination des personnes âgées ou de celles à destination des personnes en situation de handicap, les outils utilisés pour l'évaluation de la dépendance et les dispositifs d'aides auxquels la personne est éligible sont différents.

Dans le secteur de l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité, nous pouvons constater que l'âge de 60 ans comme point de départ de la perte d'autonomie liée au vieillissement ne fait pas toujours sens. Bien souvent, les personnes ayant vécu de longs parcours d'errance présentent des signes de perte d'autonomie liée au vieillissement avant cet âge de 60 ans. Une reconnaissance de la dépendance au titre du handicap peut alors être envisagée.

Si les outils utilisés pour l'évaluation de la dépendance et de la perte d'autonomie sont variables entre les champs du handicap et de la personne âgée, on retrouve dans les deux cas l'évaluation de certaines capacités et de la réalisation autonome de certaines activités :

- La cohérence : capacité à se comporter de façon logique et sensée ;
- L'orientation : capacité à se repérer dans le temps et les lieux ;
- Hygiène corporelle : capacité à assurer en autonomie sa toilette ;
- Habillage : capacité à s'habiller et se déshabiller en autonomie et de façon adaptée ;
- Alimentation : capacité à manger des aliments préparés ;
- Hygiène de l'élimination : capacité à assumer seul.e l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale ;
- Transfert : capacité à effectuer les mouvements tels que se lever, s'asseoir, se coucher, en autonomie ;

Déplacements : capacité à se déplacer en autonomie à l'intérieur ou l'extérieur du domicile. Pour les personnes âgées, la capacité à communiquer et alerter à distance est également évaluée (téléphone, alarmes, sonnettes, etc.).

Les différents niveaux de perte d'autonomie selon les GIR

Besoin d'assistance	Aucun	Ponctuel (préparation des repas, ménages, etc.)	Quotidien (toilette/habillage, prise des repas et soins corporels)	Quotidien et plusieurs fois par jour	Prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ou besoin de surveillance continue	Présence d'intervenants indispensables et continue	
Autonomie dans les actes de la vie quotidienne	Autonomie dans les actes essentiels	Non-autonome dans la préparation des repas et le ménage	Non-autonome dans la prise de repas ou les soins corporels	Dépendance	Dépendance	Dépendance	
Autonomie locomotrice	Autonomie	Autonomie	Ou Incapacité à effectuer en autonomie les transferts (se lever, s'asseoir, se coucher) mais déplacements autonomes dans le domicile.	Autonomie locomotive partielle	Personnes confinées au lit ou au fauteuil	Personnes confinées au lit ou au fauteuil	
Autonomie mentale	Autonomie mentale	Autonomie mentale	Autonomie mentale	Autonomie mentale	Ou Altération des fonctions mentales	Et Altération grave des fonctions mentales	
GIR	6	5	4	3	2	1	

Pour les personnes de plus de 60 ans, la grille **AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources)** est l'**outil de référence pour l'évaluation du degré de dépendance de la personne**. Bien qu'il ne soit pas le seul outil d'évaluation de la perte d'autonomie existant, il est le plus utilisé par les acteurs du champ de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes et permet de déterminer l'éligibilité à certaines aides comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

L'évaluation du degré de dépendance au travers de la grille AGGIR permet de situer la personne au sein d'un Groupe Iso Ressources – GIR - déterminé.

La détermination du GIR de la personne prend en compte à la fois l'altération des capacités locomotrices et mentales et les besoins d'aide dans les actes de la vie quotidienne.

Qui effectue l'évaluation du GIR ?

L'évaluation du degré de perte d'autonomie des personnes peut être faite :

- Par une **équipe médico-sociale départementale** dans le cadre de la demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie – sur demande exprimée de la personne, les proches peuvent être présents lors de la visite de l'équipe médico-sociale de même pour le médecin traitant ou les professionnels accompagnant la personne ;
- Par le **médecin traitant ou médecin effectuant le suivi médical** de la personne dans le cadre d'une évaluation du GIR préalable à une entrée en établissement médico-social pour personnes âgées ;
- Pour les personnes en établissement médico-social pour personnes âgées, par le **médecin coordonnateur ou un autre médecin référent**.

A savoir : le GIR est un outil d'évaluation de la perte d'autonomie initialement conçu pour évaluer l'évolution de la perte d'autonomie chez les personnes en établissement dans une évaluation de long terme. Son utilisation pour une évaluation ponctuelle de la perte d'autonomie chez les personnes peut faire débat. Il existe ainsi d'autres outils d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes vieillissantes, tels d'ADL de Katz.

A3 : L'évaluation de la dépendance avant 60 ans : le taux d'incapacité évalué par la Maison Départementale des Personnes Handicapées

Les textes normatifs considèrent que la perte d'autonomie liée au vieillissement débute à 60 ans. Cependant, les personnes qui ont vécu de long parcours d'errance au cours de leur vie, de même que personnes confrontées à une pathologie lourde ou à une situation de handicap, peuvent présenter des signes de perte d'autonomie liée au vieillissement bien avant 60 ans.

Dans ces situations, la perte d'autonomie liée au vieillissement est considérée comme une situation de handicap et l'évaluation de la dépendance se fait via **l'évaluation du taux d'incapacité**.

Qu'est ce que le taux d'incapacité ?

Le taux d'incapacité est l'outil utilisé dans le champ du handicap pour définir le niveau de dépendance d'une personne.

Le calcul du taux d'incapacité est effectué à partir du guide barème publié dans le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007. Ce guide barème identifie notamment des fourchettes de taux d'incapacité permettant d'apprécier la sévérité du handicap :

- «- forme légère : taux de 1 à 15 % ;
- forme modérée : taux de 20 à 45 % ;
- forme importante : taux de 50 à 75 % ;
- forme sévère ou majeure : taux de 80 à 95 % »

Aux seuils d'incapacité de 50% et de 80% sont associés des droits et prestations pour les personnes.

Définitions des taux d'incapacité supérieurs à 50 et 80% par le décret du 6 novembre 2007 :

« Un taux de 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable dans la vie sociale de la personne. L'entrave peut soit être concrètement repérée dans la vie de la personne, soit compensée afin que cette vie sociale soit préservée, mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique. Toutefois, **l'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne.**

Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en œuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80 % est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction. »

Qui évalue le taux d'incapacité ?

C'est l'équipe pluridisciplinaire de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui fixe le taux d'incapacité de la personne en fonction des données qui lui sont transmises tant d'un point de vue médical que sur les aspects liés aux limitations dans la vie courante.

L'évaluation du taux d'incapacité est effectuée suite à l'envoi d'une demande de prestation ou de reconnaissance du handicap à la MDPH. L'équipe pluridisciplinaire propose, en fonction du projet de la personne et de son taux d'incapacité, un plan d'aide qui est ensuite validé par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Il peut être demandé, si la situation de la personne évolue, une nouvelle définition du taux d'incapacité.

B- Prestations sociales et aides à destination des personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie

Les fiches à suivre concernent les prestations d'aide sociale légales, accessibles sur tous les départements.

En sus de ces aides et selon leur politique à destination des personnes âgées ou en situation de handicap, des aides dites "extra-légales" peuvent être proposées.

Il est conseillé de se renseigner auprès des services du département concerné.

Selon le taux d'incapacité des personnes évaluées et leur projet de vie, l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH propose un plan d'aide à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui se prononce sur l'ouverture des droits à prestation ou les orientations en structure médico-sociale pour personnes en situation de handicap.

Entre autres, la CDAPH peut décider :

- De l'attribution de l'Allocation Adultes Handicapé.e.s à la personne (AAH) ;
- De l'attribution d'une Prestation Compensatoire du Handicap (PCH) ;
- D'une orientation vers un établissement médico-social pour personnes en situation de handicap.

A savoir : La reconnaissance du handicap n'est pas soumise à des conditions de régularité du séjour, ce sont les aides attribuées qui peuvent y être conditionnées. Il est ainsi possible de faire une demande MDPH pour une personne sans autorisation de séjour sur le territoire français.



Conseil : Remplir un dossier MDPH

Toute demande auprès de la MDPH se fait au travers du cerfa n° 15692*01. Pour les premières demandes il est nécessaire de remplir l'ensemble du formulaire, de même si la situation de la personne a évolué depuis sa dernière demande (situation médicale ou administrative, changement de projet etc.).

Le volet E du Cerfa n°15692*01 permet d'exprimer les demandes de droits et prestations. Seuls les droits et prestations demandés dans le volet E sont étudiés par la CDAPH. Ainsi, **il est conseillé de ne pas se limiter à une seule demande de prestation (ex : AAH) mais de faire des demandes pour l'ensemble des droits et prestations dont pourrait bénéficier la personne** (orientation dans un établissement médico-social pour personnes en situation de handicap, Prestation Compensatoire du Handicap – PCH, etc.).

B1a : Allocation aux Adultes Handicapés et Majoration pour une Vie Autonome

L'allocation Adultes Handicapés – AAH

Type d'aide	Prestation sociale, minima social
Montant en juin 2020	<p>902,70€ par mois pour l'AAH à taux plein.</p> <p>Si la personne perçoit une rente d'invalidité ou une pension de retraite elle perçoit la différence entre ces revenus et le montant à taux plein de l'AAH (902,7€).</p> <p>Si la personne perçoit des revenus du travail, le montant de l'AAH est calculé à partir de ces ressources. Une déclaration trimestrielle de revenus doit être effectuée auprès de la CAF.</p>
Droit au séjour	Résider en France de manière stable depuis au moins 3 mois et régulière vis-à-vis du droit des étrangers
Age	<p>Entre 20 et 62 ans.</p> <p>Les personnes dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80% ayant obtenu l'AAH avant 62 ans peuvent demander à conserver le bénéfice de l'AAH après leurs 62 ans.</p>
Dépendance	<p>L'AAH est attribuée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux personnes ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% ; - Aux personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79% et qui ont une restriction substantielle d'accès à l'emploi reconnue par la CDAPH.
Ressources	L'attribution de l'AAH est conditionnée à des ressources n'excédant pas un plafond défini par décret ¹ .
Démarches	Cerfa n° 15692*01 à adresser à la MDPH du département de domiciliation
Date d'effet des droits	Mois suivant le dépôt de dossier.

Conditions cumulatives d'attribution

¹Cf Annexe 1

La Majoration pour une Vie Autonome - MVA

Type d'aide	Aide permettant de financer une partie des dépenses liées au handicap (ex : adaptation du logement).	
Montant en juin 2020	104,77€ par mois	
Droits ouverts à d'autres aides	Être bénéficiaire de l'AAH et de l'Aide au Logement	
Conditions cumulatives d'attribution	Dépendance	Avoir un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80%
	Ressources	Ne pas percevoir de revenus d'activité
	Logement	Vivre dans un logement indépendant (qui ne dépend pas d'un établissement social ou médico-social). La MVA n'est pas accessible aux personnes logées dans des dispositifs de logement intermédiaire ou hébergées
	Démarches	Versement automatique par la CAF ou la MSA aux personnes remplissant les conditions d'attributions.

Le Complément de Ressources pour les bénéficiaires de l'AAH a été supprimé au 1er décembre 2019. Seules les personnes qui en bénéficiaient avant cette date peuvent continuer à le percevoir. Il cesse d'être versé si les personnes travaillent ou atteignent l'âge de la retraite.

AAH, retraite et Allocation de Solidarité aux Personnes Agées :

A l'âge de 62 ans, les bénéficiaires de l'AAH bénéficient d'une liquidation automatique de leurs droits à retraite¹ :

- Un courrier est envoyé aux bénéficiaires de l'AAH 6 mois avant l'âge de leur retraite ;
- Les bénéficiaires de l'AAH peuvent s'opposer à la liquidation automatique de leurs droits à retraite par courrier recommandé avec accusé de réception jusqu'à 4 mois avant leurs 62 ans.

Le bénéfice de l'AAH prend fin à compter de l'âge de 62 ans, excepté pour les personnes ayant un taux d'incapacité supérieur à 80% qui peuvent demander à continuer à bénéficier de l'AAH après 62 ans. Si la personne perçoit des revenus du fait de la liquidation de ses droits à retraite, seule une AAH complémentaire est versée (différence entre le montant de la pension de retraite et 902,70€).

S'ils remplissent les conditions de ressource nécessaires, les bénéficiaires de l'AAH qui atteignent l'âge de 62 ans peuvent bénéficier de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)² .

¹Décret n° 2020-809 du 29 juin 2020 relatif aux conditions d'attribution automatique aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés de leur pension de retraite

Cf fiche dédiée

B1b : La Prestation Compensatoire du Handicap – PCH

	<p>Aide visant à compenser la dépendance remboursement ou financement de dépenses liées au handicap</p>
<p>Montant en juin 2020</p>	<p>Les montants pris en charge par la PCH sont plafonnés par type d'aide, le détail des plafonds est disponible sur le site www.service-public.fr¹ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide Humaine : permet de rémunérer les aidants familiaux ou le recours à des services d'aide à domicile ; - Aide technique : achat ou location de matériel pour compenser le handicap (ex : fauteuil roulant) - Aide à l'aménagement du logement ; - Aide au transport ; - Aides spécifiques ou exceptionnelles ; - Aides animalières.
<p>Résidence et droit au séjour</p>	<p>Résider en France de manière stable depuis au moins 3 mois et régulière vis-à-vis du droit des étrangers</p>
<p>Age</p>	<p>Être âgé.e de moins de 60 ans ou :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Être âgé.e de plus de 60 ans et exercer une activité professionnelle ; - Avoir rempli les conditions pour bénéficier de la PCH avant 60 ans et avoir moins de 75 ans ; - Renouvellement de la PCH perçue avant 60 ans tant que la personne ne bénéficie pas de l'APA².
<p>Impact du handicap sur la vie quotidienne</p>	<p>La PCH est attribuée aux personnes pour lesquelles le handicap entraîne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une difficulté absolue dans la réalisation d'une activité (mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales et relations avec autrui) ; - Une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités – activités réalisées difficilement et de façon altérée.
<p>Ressources en juin 2020</p>	<p>La PCH est attribuée sans conditions de ressources, cependant les ressources de la personne déterminent une PCH à taux plein ou taux partiel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge à 100% des plafonds de dépense par type d'aide pour les personnes dont les revenus sont inférieurs ou égaux à 27 007,02 € par an ; - Sinon prise en charge à 80% des plafonds de dépense par type d'aide.
<p>Démarches</p>	<p>Cerfa n° 15692*01 à adresser à la MDPH du département de domiciliation</p>

¹<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

² Cf fiche dédiée p.52

La PCH en structure d'hébergement social :

Les personnes hébergées dans les structures d'hébergement social peuvent bénéficier de la PCH et il est tout à leur intérêt de faire une demande dans ce sens.

Y compris si la personne est hébergée dans une structure d'hébergement collective, la PCH peut lui permettre de financer l'intervention de services d'aides à domicile (ménage, repas, aide à la toilette, etc.) et ainsi éviter que les équipes sociales de la structure aient à assumer ces missions d'aide à domicile de la personne.

De même, le bénéfice de la PCH pour les personnes résidant dans les structures d'hébergement social peut permettre de financer des aides techniques permettant d'améliorer les conditions de vie de la personne dans la structure (ex : lit médicalisé).

Il est ainsi conseillé de demander également le bénéfice de la PCH lors de la constitution des dossiers MDPH au sein des structures d'hébergement. Si la personne le souhaite, une demande d'orientation vers un établissement médico-social pour personnes en situation de handicap peut également être sollicitée.

B2 : L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées - ASPA

■ L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées, encore parfois appelée « minimum vieillesse » est une prestation sociale liée à l'âge. Elle vise à garantir un minimum de ressources aux personnes de plus de 65 ans rencontrant des difficultés d'ordre social.

L'ASPA peut prendre la forme d'un complément de ressource pour les personnes qui ont des droits à retraite, ou alors peut être versée à taux plein pour les personnes n'ayant aucune ressource ni droit à retraite.

Type d'aide	Prestation sociale, minima social
Montant en juin 2020	<p>Montant maximal pour une personne seule : 10 838,40 € par an soit 903,20€ par mois. Montant maximal pour un couple : 16 826,64 € par an soit 1402,22€ par mois.</p> <p>Le montant de l'ASPA est calculé en soustrayant les ressources annuelles de la personne ou du couple au montant maximal annuel de l'ASPA.</p>
Droit au séjour et durée de résidence	<p>Condition de régularité du séjour au regard du droit des étrangers. Pour les personnes étrangères, une ancienneté de 10 ans de résidence régulière sur le territoire (détention d'un titre de séjour autorisant à travailler) est requise, excepté pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les personnes bénéficiaires d'une protection internationale (réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire ou apatrides) ; - Les ressortissants de l'espace économique européen ou de la confédération Suisse ; - Les ressortissants algériens en possession d'un certificat de résidence ; - Les anciens combattants en possession d'un certificat de résidence ou d'un récépissé de demande de certificat de résidence ; - Les ressortissants monégasques ou détenteurs d'un titre andorran délivré par la Préfecture des Pyrénées Orientales.
Résidence	La résidence permanente ou le séjour principal de la personne doit être établi en France – séjour d'au moins 180 jours dans l'année en France.
Age	A partir de 65 ans ou 62 ans pour les personnes bénéficiaires de l'AAH, personnes reconnues inaptes au travail, personnes ayant une incapacité permanente de travail à un taux supérieur ou égale à 50% ou les anciens combattants/déportés/internés ou prisonniers de guerre (sous conditions).
Liquidation des droits à la retraite	Le bénéfice de l'ASPA est subordonné à la liquidation de l'ensemble des droits à la retraite en France et à l'étranger.
Dépendance	L'attribution de l'ASPA n'est pas conditionnée à des critères de dépendance.

Conditions cumulatives d'attribution

Ressources

Le montant des ressources annuelles doit être inférieur au montant maximal annuel de l'ASPA

Ressources prises en comptes :

- Revenus professionnels : prise en compte des revenus des 3 derniers mois auxquels sont soustraits 2281,82€ pour un couple et 1369,09€ pour une personne seule;
- Pensions de retraite ;
- Pensions d'invalidité ;
- Pensions alimentaires dont le montant est fixé par décision de justice ;
- Revenus des biens immobiliers et mobiliers à hauteur de 3% de leur valeur vénale fixée à date de la demande (dont résidences secondaires par exemple);
- Biens dont le demandeur a fait donation – sous conditions

Ressources non prises en comptes :

- AAH
- Prestations familiales
- Allocations logement (ALS, APL, ALF);
- Aides en espèces ou en nature versées par les descendants sans décision judiciaire
- Retraite du combattant et pensions attachées à des distinctions honorifiques (légion d'honneur, etc.)
- Valeur de la résidence principale

Démarches**ASPA pour les personnes ayant des droits à pension de retraite :**

- Demande auprès de la CNAF (pour l'Île-de-France) ou de la MSA (si retraité du régime agricole)

ASPA pour les personnes n'ayant pas de droits à pension de retraite :

- Demande auprès du Centre Communal d'Action Sociale de la commune de résidence de la personne ou directement auprès du SASPA – Service de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées de la MSA (interlocuteur unique depuis le 1er janvier 2020).

Pour les couples, chaque membre du couple doit faire une demande d'ASPA le cas échéant, la demande est évaluée en fonction de la situation globale du foyer.

Date d'effet

Si la demande est faite dans les trois mois suivant la notification de retraite, date d'effet rétroactive à la date d'effet de la retraite.

Récupération sur succession

Les sommes versées au titre de l'ASPA par l'Etat peuvent en partie être récupérées sur succession, uniquement sur la partie de succession excédant 39 000€ en métropole et 100 000€ dans les départements d'Outre-Mer.

■ Spécificités de la demande d'ASPA pour les personnes ayant cotisé à un système de retraite étranger :

Pour bénéficier de l'ASPA, il est nécessaire de prouver que l'ensemble des droits à retraite de base et complémentaire a été liquidé.

Pour les personnes qui ont exercé une activité professionnelle à l'étranger :

- Soit le pays où elles ont cotisé a signé une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France¹. Dans ce cas la demande de liquidation peut et doit être demandée via la CNAV, le cas échéant la liquidation se fait selon les conditions de la législation française ;
- Soit le pays dans lequel elles ont cotisé n'a pas d'accord avec la France, les démarches doivent alors être faites directement auprès de la caisse de retraite du pays concerné.

Les démarches auprès des caisses de retraites des pays étrangers peuvent parfois être très longues pour peu de droits ouvrables à leur issue. Il est alors possible pour les personnes de déposer leur demande d'ASPA en joignant une attestation sur l'honneur indiquant qu'elles renoncent à leurs droits à retraites perçus à l'étranger ou dans un pays déterminé.

Bénéficiaires du RSA, retraite et ASPA :

Les bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) peuvent à l'âge de 62 ans (âge légal de départ à la retraite), s'ils n'exercent pas d'activité rémunérée, demander à liquider leurs droits à la retraite. Cependant, s'ils ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de l'ASPA avant 65 ans ou d'une retraite à taux plein avant 67 ans et que leurs droits à retraite sont faibles, il n'est pas forcément dans leur avantage de liquider leurs droits à la retraite dès 62 ans.

Il peut alors être conseillé aux personnes de ne pas faire leur demande de liquidation des droits à retraite à 62 ans mais d'attendre l'âge de 65 ans et la possibilité d'obtenir une retraite à taux plein plus avantageuse, ainsi que la possibilité de bénéficier de l'ASPA.

A savoir : Il n'existe pas d'âge limite pour bénéficiaire du RSA (Article L262-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles). De même, si le bénéfice du RSA est subordonné au fait de faire valoir ses droits aux autres prestations sociales, les prestations auprès des régimes de retraite font exception à ce principe (Article L262-10 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Ainsi, il ne peut être procédé à une coupure des droits aux RSA ou minoration du RSA aux personnes qui décideraient d'attendre 65 ou 67 ans pour liquider leurs droits à retraite.

¹ Liste des pays ayant signé une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France disponible sur le site du CLEISS - Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale

■ L'Allocation Simple d'Aide Sociale pour les Personnes Agées :

Les personnes n'ayant aucun droit à retraite et s'étant vues refuser le bénéfice de l'ASPA peuvent faire une demande d'Allocation Simple d'Aide Sociale auprès du Centre Communal d'Action Sociale de leur commune de domiciliation.

Le montant de cette allocation et les conditions de ressources pour y accéder sont similaires à ceux de l'ASPA.

Les personnes de nationalité française doivent pour y accéder résider en France et les personnes étrangères doivent quant à elles répondre à une condition de résidence en France métropolitaine ininterrompue depuis au moins 15 ans avant leurs 70 ans. Cette allocation permet notamment aux personnes vieillissantes régularisées tardivement et ne pouvant justifier des 10 ans de résidence régulière pour bénéficier de l'ASPA, d'avoir des ressources.

Démarches

APA à domicile :

Demande auprès des services sociaux de proximité du département, du centre communal d'Action Sociale ou des Points d'Informations dédiés aux personnes âgées (ex : CLIC -centres locaux d'information et de coordination - ou Maisons des Aînés et des Aidants à Paris).

Suite à la demande, l'équipe médico-sociale du département effectue une visite au domicile de la personne pour évaluer son GIR et établir un plan d'aide personnalisé.

L'APA est attribuée et financée par le département où la personne a son domicile de secours¹.

APA en établissement

La demande doit être faite auprès du département du domicile de secours sauf si l'établissement est situé dans le département où la personne a son domicile de secours et perçoit une dotation globale APA.

A partir du moment de l'enregistrement du dossier complet de demande d'APA, le Président du Conseil Départemental a deux mois pour notifier sa décision concernant l'APA. Si ce n'est pas le cas, le département a l'obligation de verser une somme forfaitaire égale à 871,17 € si la personne réside à domicile jusqu'à notification de la décision du Président du Conseil départemental.

En établissement, cette somme forfaitaire correspond à 50% du tarif correspondant à la dépendance des résidents de GIR 1 et 2.

L'APA est versée à compter de la date de la notification du Président du Conseil Départemental ou, si la personne est en établissement, à compter de la date d'enregistrement du dossier complet par les services du département.

Si la situation du demandeur présente un caractère d'urgence d'ordre médical ou social, le président du Conseil départemental attribue l'APA à titre provisoire en appliquant les sommes forfaitaires susmentionnées.

Date d'effet et délais d'instruction de la demande

L'APA en structure d'hébergement social :

Les personnes hébergées dans les structures d'hébergement social peuvent bénéficier de l'APA et il est tout à leur intérêt de faire une demande dans ce sens.

En structure d'hébergement, l'APA peut permettre de prendre en charge l'intervention de services d'aide à domicile, le financement d'aides techniques (ex : lit médicalisé) ou encore le portage de repas adaptés aux besoins de la personne y compris si la structure d'hébergement propose une prestation de restauration (ex : portage de repas liquide pour une personne qui ne peut manger solide). L'APA peut également financer le matériel non médical de protection nécessaire du fait de la perte d'autonomie tel les alèses ou les couches.

L'APA peut également permettre à la personne d'être accueillie dans un accueil de jour pour personnes en perte d'autonomie ou encore d'effectuer des séjours temporaires en établissement médico-social pour personnes âgées (ex : EHPAD) en vue d'une orientation vers ce type d'établissement ou pour répondre à un besoin ponctuel.

¹ Cf fiche technique dédiée p.18

C- Etablissements
d'hébergement
médico-sociaux
vers lesquelles peuvent
être orientées les
personnes vieillissantes
ayant des difficultés
sociales

C1 : l'Aide Sociale à l'Hébergement pour le financement des séjours en établissement médico-social pour personnes âgées ou personnes handicapées

L'Aide Sociale à l'Hébergement permet de financer le séjour des personnes ayant des difficultés à financer le reste à charge au sein d'un établissement médico-social pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap.

- Avant 60 ans : la personne peut bénéficier de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) pour personnes en situation de Handicap :
- Après 60 ans : la personne peut bénéficier de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) pour personne âgée.

	ASH pour les personnes en situation de handicap	ASH pour les personnes âgées	
Montant	Variable selon les règlements d'aide sociale dans chaque département et les ressources de la personne		
Département responsable de l'ASH	Département où la personne a son domicile de secours. En l'absence de domicile de secours, département où réside la personne au moment de sa demande d'admission à l'aide sociale ¹ .		
Conditions cumulatives d'accès	Résidence et régularité du séjour	Résidence stable et ininterrompue sur le territoire français depuis au moins 3 mois et situation régulière au regard du droit des étrangers.	
	Age	Moins de 60 ans	Plus de 56 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail
	Dépendance	Taux d'incapacité d'au moins 80%.	
	Ressources	Ressources inférieures aux frais d'hébergement.	Ressources inférieures aux frais d'hébergement incluant les ressources des obligés alimentaires.
	Reste à vivre mensuel laissé à la personne (en EHPAD ou USLD)	10% des ressources et a minima l'équivalent d'un tiers du montant de l'Allocation Adultes Handicapés (300 euros environ)	10% des ressources et a minima 1% du montant annuel de l'ASPA soit 108 euros par mois.
	Démarches	Reconnaissance du taux d'incapacité d'au moins 80% auprès de la MDPH puis demande aux services sociaux de la commune ou du département.	Demande d'admission à l'aide sociale à l'hébergement auprès des services sociaux du département. Durant la procédure d'instruction de la demande, les départements recherchent les obligés alimentaires de la personne.
Récupération sur succession	Les dépenses versées par le département au titre de l'aide sociale à l'hébergement peuvent faire l'objet d'une récupération sur succession. Les conditions dépendent des départements.		

¹ Cf fiche technique sur le domicile de secours p.18

■ Aide sociale à l'hébergement pour les personnes âgées et recherche des obligés alimentaires :

Lors de l'instruction de la demande d'Aide Sociale à l'Hébergement, les départements effectuent une recherche des obligé.e.s alimentaires.

C'est uniquement en cas d'impossibilité pour les obligé.e.s alimentaires de couvrir les frais d'hébergement de la personne que l'Aide Sociale à l'Hébergement peut être attribuée.

Les obligés alimentaires sont :

- Les époux.se ;
- Les enfants ;
- Les petits-enfants ;
- Les gendres et belles-filles (excepté lorsque l'époux.se et les enfants issus de l'union sont décédés).

Certains départements font le choix de ne considérer comme obligés alimentaires que l'époux.se et les enfants de la personne.

Les obligé.e.s alimentaires ont la possibilité de faire une demande de déchargement de cette obligation alimentaire devant le juge civil.



Article 205 du Code Civil :

« Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin. »

Article 206 du Code Civil :

« Les gendres et belles-filles doivent également, et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés. »

Article 207 du Code Civil :

« [...] Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire. [...] »

La recherche des obligé.e.s alimentaires peut entraîner des délais parfois très longs d'instruction de la demande d'aide sociale, notamment dans la situation de personnes en situation de rupture familiale depuis de nombreuses années.

Structure	Public	Démarches d'admission	Aides mobilisables
Résidences Service (ou à Paris Appartements Séniors)	Personnes : - Âgées de plus de 60 ans (sauf dérogations) - Sans perte ou faible perte d'autonomie (GIR 5 ou 6 à l'entrée) - Sans ou faible besoin de soins	Auprès de l'établissement.	- APA à domicile - Aide au logement
Résidences Autonomie (ou du centre d'action sociale de la ville de Paris)		Auprès de l'établissement ou via une demande sur le portail Via Trajectoire	- APA à domicile - Aide au logement - ASH
EHPAD Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes	Personnes : - Âgées de plus de 60 ans (sauf dérogations) - Dépendantes (GIR 1 à 4 à l'entrée) - Ayant besoin de soins médicaux	Cerfa n° 14732*03 à transmettre à l'établissement identifié ou demande via le portail Via Trajectoire	- APA en établissement - Aide au logement - ASH (si conventionnement)
USLD Unités de Soins de Longue Durée	Personnes : - Âgées de plus de 60 ans (sauf dérogations) - Très dépendantes (GIR 1 à 2) - Besoins importants en soins - Nécessité d'une surveillance médicale constante	Orientation via les professionnels de santé, souvent à la suite d'une hospitalisation	- APA en établissement - Aide au logement - ASH (si conventionnement)
Petites unités de vie	Personnes : - Âgées de plus de 60 ans (sauf dérogations) - Dépendantes - Ayant besoin de soins médicaux	Cerfa n° 14732*03 à transmettre à l'établissement identifié ou demande via le portail Via Trajectoire	- APA en établissement ou à domicile - Aide au logement - ASH (si conventionnement)

Via trajectoire : dossier unique et dématérialisé de demande d'admission en EHPAD, Résidence Autonomie et USLD

En Ile-de-France, le portail Via trajectoire¹ recense l'offre d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Ce portail permet de créer un dossier dématérialisé d'admission et de l'envoyer aux établissements sélectionnés en fonction des projets et possibilités de la personne.

L'annuaire des établissements présentés sur Via Trajectoire précise les établissements conventionnés pour recevoir des personnes bénéficiant de l'Aide Sociale à l'Hébergement.

¹ <https://trajectoire.sante-ra.fr/GrandAge/Pages/Public/Accueil.aspx>

C2a : Les résidences services et résidences autonomie : des établissements non-médicalisés pour personnes encore autonomes

Les résidences autonomie et résidences services sont des établissements proposant aux personnes des logements individuels et des espaces collectifs de vie. Certains services peuvent également être proposés (blanchisserie, activités collectives, dans certains cas restauration, etc.).

Les résidences services sont des logements privés à l'inverse des résidences autonomie qui ont le statut de Résidence Sociale, avec de ce fait des loyers modérés, et le statut d'établissement social et médico-social.

En résidence Service comme en Résidence Autonomie, les personnes peuvent bénéficier de l'APA à domicile et de l'Aide au Logement. Au contraire des résidences services, **les résidents en Résidence Autonomie peuvent bénéficier de l'Aide Sociale à l'Hébergement** pour personnes âgées.



A Paris, les « Résidences Services » du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (CASVP) ont le statut de résidence autonomie. Ce sont les « appartements seniors » qui sont résidences services au sens de la présente définition.

L'admission en résidence services du CASVP est soumise à certaines conditions spécifiques :

- Être domicilié.e à Paris depuis au moins 3 ans avant la demande;
- Ou avoir résidé au moins 10 ans à Paris et avoir quitté la ville moins de 3 ans avant la demande ;
- La demande d'admission en résidence senior du Centre d'Actions Sociale de la Ville de Paris est à renouveler chaque année (le CASVP de l'arrondissement envoie une lettre avec un formulaire de renouvellement de la demande en amont de son expiration).

Dérogation d'âge pour entrer en Résidence Autonomie :

Les personnes de moins de 60 ans peuvent intégrer une Résidence Autonomie sur dérogation accordée par l'établissement et dérogation par le Conseil Départementale si une demande d'Aide Sociale à l'Hébergement est effectuée. La demande de dérogation peut être faite au moment de la demande d'admission à l'aide sociale à l'hébergement ou suite à l'accord d'un gestionnaire pour admettre la personne en Résidence Autonomie.

Les avantages de l'orientation en Résidence Autonomie pour les publics en situation de précarité :

Les Résidences Autonomies offrent l'avantage d'un accompagnement adapté au vieillissement des personnes tout en préservant un fonctionnement souple et des collectifs restreints. Ainsi les personnes ont en Résidence Autonomie leur propre logement, à loyer modéré, et ont le choix de participer ou non au collectif.

Le cadre de la Résidence Autonomie permet l'intervention de professionnel.le.s à domicile, parfois plus simplement que dans le cadre d'un centre d'hébergement social, et un accompagnement de prévention de la perte d'autonomie pour des personnes vieillissantes encore relativement autonomes.

C2b: Les EHPAD, USLD et Petites Unités de Vie (PUV)

Les EHPAD, USLD et Petites Unités de Vie (PUV) sont des établissements médicalisés destinés à accueillir les personnes âgées dépendantes.

La tarification de ces dispositifs comprend trois volets :

- Le forfait soins : pris en charge par l'assurance maladie ;
- Le forfait dépendance : pouvant être pris en charge par l'APA en établissement (ou dans certains cas par l'APA à domicile en PUV) ;
- Le forfait hébergement : ouvrant droit aux aides au logement et pouvant être pris en charge par l'Aide Sociale à l'Hébergement pour les personnes dont les ressources (aides au logement comprises) sont inférieures au forfait hébergement.



Tous les établissements ne sont pas conventionnés à l'ASH. Certains établissements également n'ont qu'une partie de leurs places conventionnées ASH. Ce sont les départements qui décident du conventionnement des places.

Les USLD sont situées au sein d'établissements sanitaires alors que les EHPAD et PUV sont des établissements médico-sociaux.

Les PUV ont le même statut que les EHPAD, elles se distinguent par leur nombre de places réduites. Dans certains cas les PUV peuvent être des établissements indépendants, dans d'autres, elles font partie d'un EHPAD. Selon leur conventionnement, les résident.e.s des PUV peuvent bénéficier de l'APA soit à domicile soit en établissement.

Dérogation d'âge pour l'entrée en EHPAD, USLD ou PUV :

Les établissements médicalisés pour personnes âgées dépendantes sont accessibles à partir de l'âge de 60 ans. Cependant, dans certaines situations de perte d'autonomie précoce, des dérogations sont possibles. Ce sont les départements qui octroient les dérogations d'âge pour l'entrée dans ces établissements, en octroyant en même temps des dérogations d'âge pour l'admission à l'APA et à l'ASH permettant de financer le séjour en établissement. Outre la dérogation du département pour l'admission aux aides permettant de financer le séjour en EHPAD, il est nécessaire d'obtenir un accord d'admission dérogatoire de la part de l'établissement.

Les modalités de demande de dérogation d'âge peuvent varier d'un département à l'autre en fonction des règlements d'admissions à l'aide sociale. Deux cas pour la dérogation d'âge :

- La personne est reconnue en situation de handicap avant 60 ans par la MDPH avec un taux d'incapacité d'au moins 80%. Dans ce cas, la personne peut bénéficier de la PCH pour financer le forfait dépendance en établissement et pourra bénéficier de l'Aide Sociale à l'Hébergement pour adultes en situation de handicap y compris en établissement médico-social pour personnes âgées. Cela permettra à la personne, si elle n'a pas de ressources propres, de bénéficier d'un reste pour vivre supérieur à ce qu'il serait avec l'Aide Sociale à l'Hébergement pour personnes âgées ;
- La personne n'est pas reconnue en situation de handicap par la MDPH. Dans ce cas, une dérogation d'âge pour bénéficier de l'APA et de l'admission à l'ASH doit être sollicitée auprès du Président du Conseil Départemental. Selon les départements, la réponse peut prendre plusieurs jours, semaines ou mois. Les différences de budget des départements pour le financement de l'APA et de l'ASH entraînent également des différences de traitement des demandes de dérogation. Certains départements demandent systématiquement un avis à la MDPH avant d'octroyer la dérogation d'âge.

Les freins et levier pour l'orientation de personnes en situation de grande précarité vers des établissements médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes :

L'orientation des personnes ayant vécu de grands parcours d'errance ou en situation de grande précarité vers les établissements médico-sociaux pour personnes âgées dépendantes soulève parfois des difficultés : à la fois administratives et financières, mais également liées aux représentations que les personnes peuvent avoir de l'EHPAD, des « maisons de retraite », et inversement. Il est donc important, pour réussir l'orientation des personnes, de prendre le temps de préparer ce projet avec elles en amont.

Tout d'abord, la réponse du département sur une demande d'admission à l'Aide Sociale à l'Hébergement peut prendre plusieurs mois, en particulier si la personne a des obligé.e.s alimentaires avec lesquels elle n'a plus de lien. De plus, le reste à vivre restreint à 108€ par mois* peut représenter un frein pour les personnes du fait de la perte d'autonomie financière que cela représente : bien que les établissements fournissent des prestations alimentaires, de blanchisserie, etc. certaines dépenses ne sont pas prises en compte (ex : tabac). Pour éviter un refus ou un échec d'orientation, ces éléments doivent être expliqués et compris par la personne avant d'envisager toute démarche d'orientation.

Ensuite, le cadre des EHPAD ou établissements assimilés peut paraître très contraignant pour des personnes ayant vécu de longs parcours d'errances ou habituées à avoir une certaine autonomie dans leur organisation quotidienne. Les horaires de sorties et de visites sont limités dans de nombreux établissements, les heures de repas souvent fixes, etc. Une visite de l'établissement en amont et de découverte du règlement intérieur peut être envisagée pour rassurer la personne et envisager avec elle son adaptation à un nouveau cadre. De même, la possibilité de séjour temporaire en EHPAD pris en charge au titre de l'APA est ouverte. Il peut être envisagé avec les personnes de prévoir un séjour temporaire dans un établissement avant de prévoir une orientation de long terme, ce qui laisse la possibilité à la personne d'exprimer ses souhaits en toute connaissance du fonctionnement de l'établissement et parfois de revoir ses représentations.

Enfin, il est fréquent que les personnes ayant vécu de longs parcours d'errance soient confrontées à une perte d'autonomie précoce et aient du mal à créer des liens avec les autres résidents de l'établissement qui ne sont pas forcément de la même génération. Plus généralement, il peut être difficile pour une personne ayant connu la rue ou les structures d'hébergement social de trouver une place au sein de la communauté de résidents de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (nombre de résident.e.s important, difficultés à se sociabiliser avec des personnes ayant des vécus très différents, etc.). Les Petites Unités de Vie peuvent être une solution pour lever ce frein à l'orientation dans un établissement adapté car elles offrent un cadre de vie avec un nombre restreint de personnes dans lequel il est plus simple de créer du lien.

* À Paris, une aide complémentaire du département fait que ce reste pour vivre minimal est majoré de 6,10 € par mois.

C3 : Orientation en établissement médico-social pour personnes en situation de handicap

Sur orientation de la CDAPH, les personnes en situation de handicap peuvent bénéficier d'une orientation vers un établissement médico-social pour personne en situation de handicap avec ou sans hébergement.

Dans les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, les frais d'hébergement peuvent être pris en charge par l'Aide Sociale à l'Hébergement pour personnes en situation de handicap¹. En cas d'absence de ressources, le reste-pour-vivre laissé à la personne est à minima de 30% du montant de l'AAH soit 300€ par mois environ. Cette prise en charge des frais d'hébergement n'est possible que pour les personnes résidant sur le territoire français de façon stable et régulière au regard du droit des étrangers.

Parmi les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap, il existe des Maisons d'Accueil pour Personnes Handicapées Agées (MAPHA), vers lesquelles les personnes en situation de vieillissement précoce peuvent être orientées par la CDAPH. Suite à l'avis d'orientation vers ce type d'établissement par la CDAPH il est nécessaire d'envoyer une demande d'admission à l'établissement concerné.

¹ Cf fiche sur l'Aide Sociale à l'Hébergement



Les Lits Haltes Soins Santé (LHSS), Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et Appartements de Coordination Thérapeutique sont des établissements médico-sociaux de soins résidentiels destinés aux personnes sans domicile personnel et ayant besoin de soins à domicile.

Ces dispositifs sont inconditionnels et peuvent accueillir des personnes sans conditions de ressources ou de situation administrative et proposent aux personnes un hébergement, des soins ou un suivi thérapeutique adapté et un accompagnement psycho-social.

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) accueillent **des personnes majeures sans domicile fixe**, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, **dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue**. Ces dispositifs ne sont pas dédiés à une pathologie donnée. La **durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois maximum**, renouvelable. Les LHSS peuvent être mobilisés, à titre d'exemple, pour les personnes qui, en sortie d'hospitalisation ont besoin de soins infirmiers et paramédicaux qu'ils/elles ne peuvent recevoir à domicile faute de domicile personnel.

Les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) accueillent des **personnes majeures sans domicile fixe**, quelle que soit leur situation administrative, **atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie** et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures. Les LAM n'ont pas de durée prévisionnelle de séjour.

Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) proposent un **hébergement à titre temporaire** pour des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Ils permettent d'assurer le suivi et la coordination des soins, l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion. L'admission en ACT est soumise à un diagnostic médical faisant état d'une pathologie déterminée. L'admission en ACT n'est pas soumise à des conditions de régularité vis-à-vis du droit au séjour cependant, le modèle économique des ACT prévoit le paiement d'une participation financière par les personnes, ce qui peut freiner l'admission des personnes sans aucune ressource dans ces dispositifs.

L'admission en LAM, LHSS ou ACT est conditionnée à une orientation médicale et les demandes doivent être adressées aux établissements concernés. A Paris, le Samusocial de Paris régule l'ensemble des places LHSS. En Seine-Saint-Denis, l'ensemble des ACT étudie les demandes d'admission au sein d'un guichet unique composé des différents gestionnaires d'ACT. Une partie des gestionnaires d'ACT parisiens et val-de-marnais a également mis en place un guichet unique.

	Public visé	Prestations	Mobilisation des services	Prise en charge financière
SAVS – Service d’Accompagnement à la Vie Sociale	Adultes en situation de handicap	Accompagnement et apprentissage à l’autonomie sur l’ensemble des aspects de la vie quotidienne	Orientation par la CDAPH suite à une demande auprès de la MDPH	Prise en charge financière partielle ou totale possible dans le cadre de la Prestation Compensatoire du Handicap – PCH ¹ .
SAMSAH - Service d’Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés		Prestations des SAVS et suivi médical et paramédical		
SAAD – Services d’Aide à Domicile	Intervention auprès des personnes âgées précaires ou en situation de handicap ayant besoin d’aide dans les gestes de la vie quotidienne	Prestation d’aide à la personne (toilette, lever/coucher, habillage, soins d’hygiène et de prévention, aide à la prise des repas).	Mobilisation dans le cadre du plan d’aide départemental dans le cadre de l’APA ou sur orientation CDAPH.	Prise en charge partielle ou totale possible dans le cadre des aides humaines financées par l’Aide Personnalisée d’Autonomie -APA ou de la PCH
SSIAD - Services de Soins Infirmiers à Domicile	Personnes malades de plus de 60 ans ou personnes en situation de handicap de moins de 60 ans souffrant d’une maladie chronique	Soins infirmiers.	Prescription médicale par le médecin traitant ou autre professionnel de santé.	Prise en charge par l’Assurance Maladie. L’intervention des SSIAD est comprise dans le panier de soins de l’Aide Médicale d’Etat. Le matériel utilisé par les équipes des SSIAD, Alèses ou autres protections sont à charge de la personne.
SPASAD – Service Polyvalent d’Aide et de Soins à Domicile	Personnes malades de plus de 60 ans ou personnes en situation de handicap de moins de 60 ans souffrant d’une maladie chronique	Prestations d’aide à la personne et de soins infirmiers.	Prescription médicale pour les soins infirmiers et mobilisation dans le cadre du plan d’aide départemental pour l’aide à domicile.	Prise en charge partielle ou totale possible par l’APA pour les prestations d’aide à domicile et la Sécurité Sociale pour les Soins.

¹ Voir fiche dédiée

<p>HAD Hospitalisation à Domicile</p>	<p>Personnes malades nécessitant des soins coordonnés, fréquents et complexes.</p>	<p>Soins médicaux et paramédicaux complexes</p>	<p>Prescription médicale, le plus souvent suite à une hospitalisation.</p>	<p>Prise en charge par l'Assurance Maladie. L'Hospitalisation à domicile est comprise dans le panier de soins de l'Aide Médicale d'Etat. Dans le cadre de l'HAD le matériel et les protections sont pris en charge par l'Assurance Maladie.</p>
<p>Professionnels de santé libéraux</p>	<p>Toute personne malade nécessitant de consulter un professionnel de santé à domicile.</p>	<p>Consultations et soins selon spécialité du professionnel.</p>	<p>Sollicitation directe ou sur orientation médicale dans le cadre du parcours de soins.</p>	<p>Prise en charge des frais par l'Assurance Maladie comme toute consultation médicale. Le déplacement à domicile peut faire l'objet de dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge par le panier de soins AME. De même, la visite à domicile fait partie des dépassements d'honoraires autorisés pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire gratuite.</p>
<p>Services de portage de repas à domicile</p>	<p>Selon critères des services de portage de repas à domicile, souvent dépendant des communes ou départements.</p>	<p>Portage de repas adaptés aux besoins de la personne.</p>	<p>Services sociaux départementaux ou centres communaux d'action sociale. Peut faire partie du plan d'aide départemental pour les personnes âgées.</p>	<p>Prise en charge partielle ou totale possible au titre de l'APA ou selon les aides spécifiques des communes.</p>

Intervention des services à domicile et structures d'hébergement social :

Rien ne s'oppose à ce que les services d'intervention à domicile soient mobilisés au sein des structures d'hébergement à destination des personnes sans domicile personnel. En effet, le lieu d'hébergement est légalement considéré comme le domicile de la personne.

Les services d'aide et de soins à domicile susmentionnés sont agréés pour une file active limitée. Il est possible que le service sollicité n'ait pas de places disponibles et qu'il refuse de ce fait, d'intervenir au domicile de la personne. Il est parfois difficile de distinguer un refus lié à un manque de place dans le service d'intervention à domicile et un refus possiblement discriminant lié à la situation d'hébergement de la personne ou, dans le cas des services de soins, à sa couverture maladie. La création de liens partenariaux avec les services d'intervention à domicile permet souvent de lever les freins à l'intervention au sein des structures d'hébergement en rassurant les professionnels sur la présence de membre de l'équipe de la structure lors de leur intervention, en mettant en place un cadre formalisé d'intervention, etc.

Si rien n'empêche l'hospitalisation à domicile au sein d'une structure d'hébergement, les configurations des locaux peuvent rendre celle-ci complexe voire impossible à mettre en œuvre. En effet, il est préférable que la personne puisse disposer d'une chambre individuelle, qu'il soit possible d'y installer un lit médicalisé et que la venue des professionnel.le.s de santé soit possible et facilitée.

**E - Les dispositifs
participant à la
coordination des acteurs
autour de la personne
âgée en perte d'autonomie**

E1 : Le/La médecin traitant.e, premier.e interlocuteur.trice pour la coordination des acteurs autour de la personne



Dans le parcours des personnes en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement, le/la médecin traitant.e est un.e interlocuteur.trice central.e de l'accompagnement. Il est important de pouvoir identifier avec la personne un.e médecin traitant.e qui pourra coordonner les réponses apportées aux difficultés de la personne sur le plan médical. Le/La médecin traitant.e fait notamment le lien avec les services de soins à domicile ou les professionnel.le.s libéraux intervenant auprès de la personne.

Il/Elle peut également évaluer le niveau de perte d'autonomie de la personne en vue d'une admission en établissement médico-social pour personnes âgées. C'est le/la premier.e interlocuteur.trice dans la construction d'un parcours d'accompagnement adapté de la personne.

Les médecins généralistes peuvent effectuer une évaluation gériatrique permettant de mettre en place des mesures adaptées pour prévenir les impacts du vieillissement et la perte d'autonomie. Les médecins généralistes peuvent également orienter la personne vers des consultations spécialisées, telles les « consultations mémoires » si des signes d'altération des fonctions cognitives sont repérés.

A défaut de médecin traitant.e (situation notamment des personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat), des liens partenariaux peuvent être tissés avec les professionnel.le.s du territoire, notamment les médecins généralistes des centres et maisons de santé, pour que la personne puisse bénéficier d'un suivi régulier par un.e même professionnel.le de santé.

Tout en s'attachant à respecter les souhaits de la personne et les règles relatives au secret médical, au secret professionnel et à la protection des données personnelles, le lien entre les accompagnants sociaux et le/la médecin traitant.e peut participer à construire un parcours d'accompagnement cohérent et adapté pour la personne.



La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation du système de santé prévoit la mise en place d'ici 2022, sur des territoires déterminés¹, de **Dispositifs d'Appui à la Coordination**. Ces dispositifs d'appui à la coordination ont vocation à être un soutien aux professionnels de santé, et plus largement à tout professionnel ou personne concernée – selon l'organisation propre au dispositif d'appui à la coordination du territoire – par la coordination des parcours de personnes dont la situation est évaluée comme complexe. Les DAC ont vocation à traiter les situations des personnes de tout âge et de toute pathologie mais se constituent le plus souvent autour du regroupement des acteurs d'appui à la coordination des parcours des personnes âgées.

Les DAC ont vocation à regrouper les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie), les Réseaux de Santé (en gérontologie et autres spécialités) qui dépendent de la politique du Ministère de la Santé et, sur le principe du volontariat des départements, les CLIC qui dépendent de la politique départementale.

Lorsque les CLIC sont intégrés aux DAC, les DAC s'adressent tant aux professionnels qu'aux personnes concernées et leurs proches. Ce n'est pas forcément le cas lorsque les CLIC n'y sont pas intégrés.

Les DAC ont pour mission de la coordination autour des cas complexes :

- Pour personnes de tout âge et de toute pathologie ;
- Un cas est complexe à partir du moment où la personne ou le professionnel le/la ressent comme tel (ex : cumul de difficultés d'ordre social et médical) ;
- Le DAC se dote d'un numéro unique qui permet une saisine simplifiée ;
- Le suivi intensif et la coordination de cas se font selon un principe de subsidiarité avec l'action des autres acteurs intervenant autour de la personne.

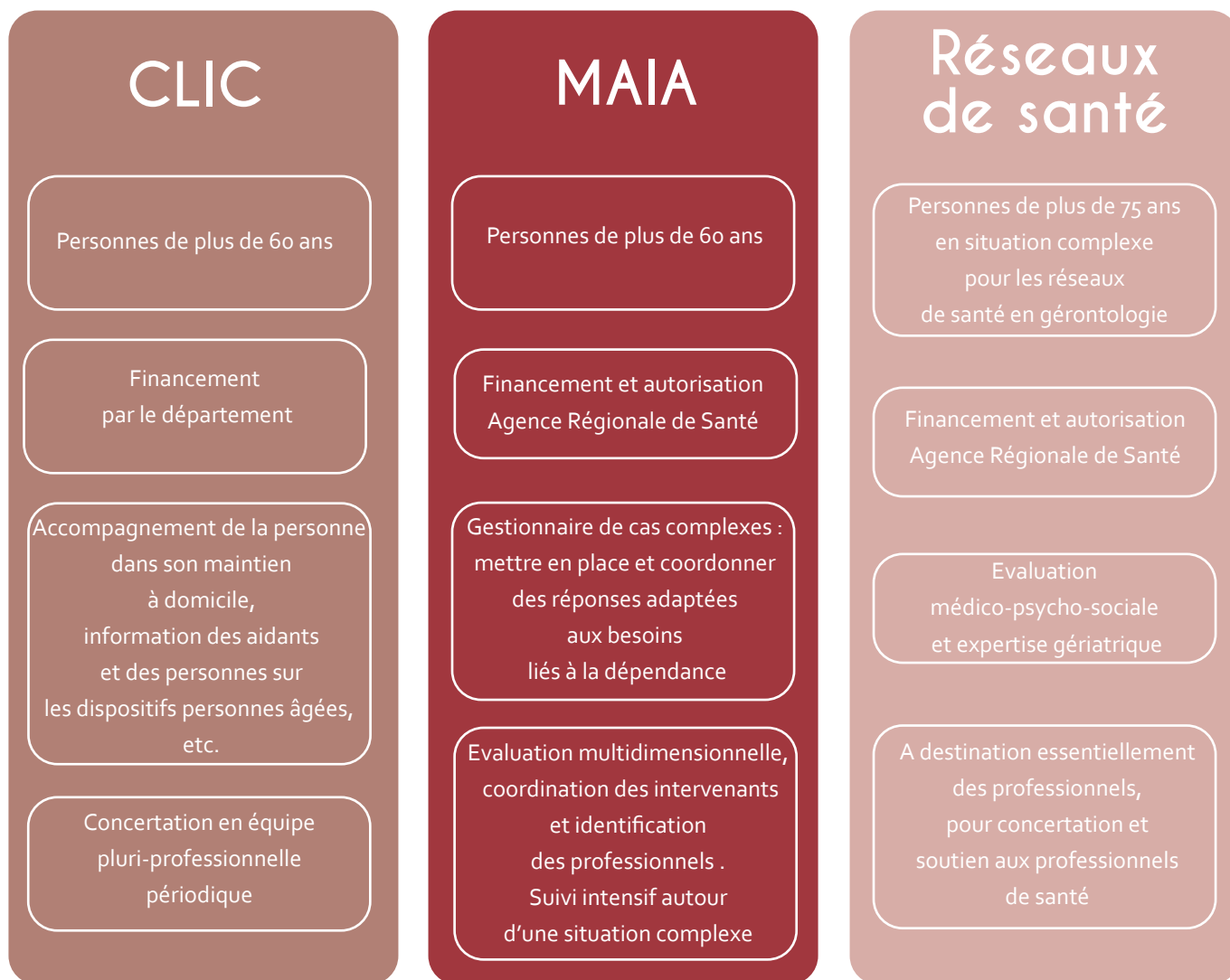
Le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelles d'Orientation (FAMO) : outil des MAIA pour la coordination du parcours des personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie

Les DAC sont en cours de mise en œuvre sur le territoire francilien et n'ont pas tous la même organisation et stratégie de déploiement. Dans tous les territoires, quel que soit l'état d'avancement des projets de DAC, les MAIA peuvent intervenir pour favoriser la coordination des acteurs et des parcours des personnes cumulant difficultés sociales et de santé.

Les MAIA d'Ile-de-France ont mis en place le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle d'Orientation (FAMO) qui permet aux professionnels médicaux (et sociaux sur certains départements) de saisir la MAIA pour une coordination de parcours pour les personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie. Le FAMO permet de faire un premier diagnostic social et médical pour permettre à la MAIA ensuite d'effectuer son travail de coordination.

Les acteurs des MAIA n'ont pas tous une connaissance affinée du champ de la grande précarité et de l'hébergement. Aussi, il est conseillé de prendre attache avec la MAIA du territoire de la structure avant de la saisir sur une situation, pour expliquer le cadre d'intervention et en quoi l'apport de la MAIA serait complémentaire à l'action des accompagnants sociaux de la personne. Il peut notamment être important d'expliquer à la MAIA que les accompagnants sociaux du secteur de l'exclusion n'ont pas une connaissance poussée des acteurs et dispositifs du champ des personnes âgées mais que pour autant ils continueront d'accompagner la personne dans les domaines relatifs à sa situation sociale qui ne sont pas maîtrisés par les équipes de la MAIA.

¹Voir territoire des DAC en Ile-de-France en annexe p.72



A Paris, les Maisons des Aînés et des Aidants ou M2A :

A Paris, les Maisons des Aînés et des Aidants¹ regroupent d'ores et déjà le CLIC, les MAIA et les réseaux de santé gériatriques. Il s'agit de guichets uniques pour les professionnel.le.s mais également pour les personnes et leurs proches, qui permettent d'informer mais également de faire de la coordination des acteurs pour construire le parcours de personnes dans une situation médico-sociale jugée complexe.

¹Voir adresses et territoires des M2A