



ACCOMPAGNER LES PERSONNES PRÉCAIRES VIEILLISSANTES ET/OU EN PERTE D'AUTONOMIE

*Outils à destination des professionnel.le.s du secteur AHL
et des structures médico-sociales de soins résidentiels*

Novembre 2020 - Actualisation Septembre 2024

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France travaille depuis 2016 avec ses adhérents autour de la question de l'accompagnement des personnes vieillissantes en situation de précarité accompagnées dans son réseau.

Avec le soutien de la Fondation Sanofi Espoir, la Fédération a déployé un projet de formation et d'outillage des acteurs du secteur de l'inclusion sociale autour de la question de l'accompagnement des personnes précaires vieillissantes.

Ce document réunit les outils à destination des professionnel.le.s du secteur de la lutte contre les exclusions qui ont été conçus dans le cadre de ce projet :

- **Un outil pratique d'aide au repérage de la perte d'autonomie ;**
- **Des fiches techniques permettant d'éclaircir certains points juridiques ou certaines situations :**
 - La notion de domicile de secours
 - Curatelle, tutelle et mesure de protection des majeurs
 - Personnes vieillissantes en situation administrative précaire : quels droits ?
 - Travailler en lien avec les autres professionnel.le.s accompagnant la personne vieillissante.
- **Des fiches pratiques de présentation des dispositifs et aides mobilisables :**

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

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

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

D-Services d'Aide à domicile ;

E-Les dispositifs d'appui à la coordination.

Nous espérons que ces outils pourront être utiles pour améliorer l'accompagnement des personnes vieillissantes en situation de précarité,

Sophie Lascombe,
Présidente de la Commission Santé de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France

LE REPÉRAGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET DES DIFFICULTÉS LIÉES AU VIEILLISSEMENT

Table des matières

Repérer la perte d'autonomie liée au vieillissement	5
Santé : Repérer les signaux d'alerte	11
Quelles premières actions entreprendre lorsqu'une possible situation de perte d'autonomie a été repérée ?	12
Le formulaire d'analyse multidimensionnel (FAMO) : un outil pour analyser les situations et faire le lien avec d'autres professionnels	12
Qu'est-ce que le FAMO et quand l'utiliser ?	12
Comment signaler une situation à un DAC - Dispositif d'Appui à la Coordination et transmettre le FAMO ?	12
Inviter la personne à faire le lien avec son médecin traitant ou un.e professionnel.le de santé qui la suit régulièrement	13
Si la personne peut bénéficier de l'APA, mobiliser l'équipe médico-sociale départementale pour la mise en place d'un plan d'aide personnalisé	13
<i>Annexe - Comprendre le modèle AGGIR</i>	<i>14</i>

OUTIL PRATIQUE

Repérer la perte d'autonomie liée au vieillissement

La grille à suivre est un outil qui a pour vocation de permettre aux professionnel.le.s du secteur de la lutte contre les exclusions de repérer les signes d'alerte pouvant évoquer une perte d'autonomie de la personne. Cette grille n'a pas pour vocation de permettre l'évaluation du niveau de GIR. Elle se base toutefois sur le modèle AGGIR¹ et détermine les questions ou observations qui peuvent se poser pour repérer une perte d'autonomie.

Si des signes de la perte d'autonomie sont repérés, les professionnel.le.s pourront entrer en lien avec le/la médecin traitant.e de la personne, les services d'appui à la coordination de cas complexes du territoire ou encore solliciter l'équipe médico-sociale départementale dans le cadre d'une demande d'aide personnalisée à l'autonomie, pour effectuer une évaluation du niveau de dépendance de la personne.

L'évaluation de la perte d'autonomie peut impliquer des questions relevant de l'intime de la personne, la manière dont elle fait sa toilette, dont elle s'habille, etc. qui ne peuvent pas toujours être posées directement par les travailleur.se.s sociaux.ales dans leur situation et relation avec la personne. Pour chaque activité, **la grille à suivre propose aux professionnel.le.s d'observer certains signes qui peuvent faire écho à une perte d'autonomie ou suggère certaines questions qui peuvent être posées**, si la relation avec la personne et le positionnement du/de la travailleur.se social.e le permet. Il ne s'agit que d'éléments indicatifs et non exhaustifs. Les signes observés peuvent également parfois avoir d'autres interprétations qu'une perte d'autonomie.

Le travailleur.se social.e pourra s'appuyer sur les éléments du quotidien de la personne dont il/elle a connaissance afin de poser des questions le plus naturellement possible, d'être plus à l'aise et d'éviter la sensation d'être « intrusif.ve ». Faire référence à la vie du centre (« avez-vous assisté à l'atelier d'hier », « que pensez-vous du menu de la semaine... »), du quartier etc...

Le repérage précoce de la perte d'autonomie permet, en lien avec les professionnel.le.s de santé et la personne, de mettre en place des actions de prévention de la perte d'autonomie. La perte d'autonomie étant un processus évolutif, il semble important d'être vigilant.e aux signes d'alerte sur le long court.




L'outil présenté à suivre est une aide aux travailleur.se.s sociaux.ales dans leur exercice professionnel. Il ne s'agit en aucun cas d'une fiche de liaison ou grille d'évaluation. Il n'a pas vocation à être transmis à d'autres professionnel.le.s et ne pourrait l'être **sans information et accord exprès de la personne concernée.**

A la suite de cet outil sont présentées des démarches qui peuvent être entreprises une fois la perte d'autonomie repérée et notamment le Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle, qui permet de faire le point sur la situation de la personne et peut servir, avec son accord, à faciliter la communication entre professionnel.le.s mobilisé.e.s autour de sa situation.

¹ Cf Annexe : « Comprendre le modèle AGGIR » p.14

LES FONCTIONS OBSERVÉES

Les transferts :

 **Ce qui est observé :** La capacité de la personne à effectuer de manière autonome ses transferts (se lever, s'asseoir, se coucher et passer d'une position à l'autre) y compris avec une aide matérielle.

Questions qui peuvent être posées :

- Avez-vous besoin d'aide pour vous sortir de votre lit le matin ou vous coucher le soir ?

Signes d'alerte en entretien :

La personne refuse de s'asseoir lors d'un entretien et préfère rester debout malgré une position qui semble inconfortable.

Absence répétée et non justifiée aux entretiens.


La personne reste assise si personne ne vient l'aider à se relever.

Signes d'alerte dans la vie quotidienne en collectif ou à domicile :

La personne reste alitée.

La personne reste assise si personne ne vient l'aider à se relever.

Déplacement à l'intérieur :

 **Ce qui est observé :** La capacité de la personne à se déplacer de façon autonome à l'intérieur de son logement ou de la structure sans risques.

Questions qui peuvent être posées :

- Etes-vous tombé.e récemment ?
- Pouvez-vous aller jusqu'à la salle de restauration ?
- Questionnements indirects pour savoir si la personne a la capacité d'aller à certains endroits auxquels il est possible d'accéder. *Exemple :* Avez-vous vu la nouvelle affiche à l'accueil ? Que pensez-vous du nouvel agencement du hall ? Avez-vous vous été chercher votre courrier récemment ?

Signes d'alerte en entretien :

La personne semble avoir des problèmes d'équilibre en se déplaçant pour se rendre de la porte du bureau à sa chaise.

La personne se retient aux éléments l'entourant pour se déplacer.

Signes d'alerte lors de visites à domicile :

La personne ne vient pas d'elle-même ouvrir la porte.

La personne ne va plus chercher son courrier ou ne sort pas sa poubelle.

La personne se maintient aux murs ou autres éléments l'entourant pour se déplacer.

Signes d'alerte dans la vie quotidienne en collectif :


La personne déambule dans son logement ou la structure.

La personne reste dans sa chambre ou un espace restreint.

La personne tombe ou semble manquer d'équilibre.

La personne se maintient aux murs ou autres éléments l'entourant pour se déplacer.

Déplacement à l'extérieur :

 **Ce qui est observé :** La capacité de la personne à se déplacer de façon autonome et sans risques à l'extérieur de son logement ou de la structure.

Questions qui peuvent être posées :

- Etes-vous sorti.e récemment ?
- Avez-vous vu les travaux sur la place x ?
- Avez-vous été faire des courses ?
- Etes-vous tombé.e à l'extérieur de la structure / de votre domicile ?

Signes d'alerte dans la vie quotidienne en collectif :

La personne ne sort plus de la structure.
La personne a recours à d'autres personnes pour effectuer ses achats ou démarches habituelles.

Signes d'alerte en entretien :

Absences injustifiées en entretien.
La personne n'a pas effectué des démarches qu'elle devait effectuer à l'extérieur.
Signalement par des partenaires d'absences injustifiées à des rendez-vous.


Signes d'alerte lors de visites à domicile :

La personne n'a pas fait ses courses (réfrigérateur et placards vides, etc.)



Attention : Une **difficulté à effectuer les transferts ou des déplacements sans aide mécanique mais à laquelle un matériel adapté permet de répondre n'est pas considérée comme une perte d'autonomie**. En cas de difficulté à exercer les transferts ou les déplacements, avant que ne se pose la question de la perte d'autonomie, il peut être répondu à la difficulté en proposant à la personne d'étudier avec un.e médecin ses besoins d'aides matérielles (canne, siège adapté, etc.).
Sur prescription médicale et sous certaines conditions de prise en charge, ces aides matérielles peuvent être prises en charge par l'Assurance Maladie.

Toilette :

 **Ce qui est observé :** La capacité de la personne à effectuer sa toilette tant sur le haut du corps que le bas du corps (de façon adaptée et autonome.)

Questions qui peuvent être posées :

- Effectuez-vous seul.e votre toilette ?
- Avez-vous des difficultés pour vous laver ?
- Pouvez-vous entrer facilement dans la baignoire / la douche ?


Signes d'alerte en entretien :

Atteintes cutanées visibles.
Odeur corporelle forte.
Tâches ou marques sur le visage, les mains ou les membres.
Cheveux inhabituellement emmêlés sur une période longue.

Signes d'alerte dans la vie quotidienne en collectif :

La personne ne se rend pas à la salle de bain.

Élimination urinaire et fécale :

 **Ce qui est observé :** L'autonomie de la personne dans l'utilisation des toilettes ou des protections.

Signes d'alerte en entretien :


Odeur d'urine ou de déjections.
Tâches caractéristiques sur les vêtements.

Signes d'alerte lors de visites à domicile :

Draps ou vêtements souillés visibles.
Odeur d'urine ou de déjections.

En cas de suspicion d'incontinence de la personne, il peut être nécessaire de vérifier avec elle si elle souhaite avoir des protections à usage unique et le cas échéant, si elle a les moyens de s'en procurer. Il est possible que l'hygiène de l'élimination ne soit pas assurée non du fait d'une dépendance de la personne mais du fait d'un manque d'accès aux protections nécessaires.

Alimentation :

 **Ce qui est observé :** La capacité de la personne à se servir de manière autonome (couper, peler, ouvrir les aliments, remplir des contenants) avant de porter les aliments à sa bouche, sa capacité à porter les aliments à sa bouche et à avaler de façon autonome.

Questions qui peuvent être posées :

- Coupez-vous vous-mêmes vos aliments ?
- Arrivez-vous à vous servir de l'eau ?
- Mangez-vous seul.e ?
- Qu'avez-vous mangé au déjeuner ?
- Que pensez-vous des menus de la restauration collective en ce moment ?
- Avez-vous aimé [plat x] servi la semaine dernière ?

Signes d'alerte dans la vie quotidienne en collectif :

La personne ne coupe pas les aliments, ne pèle pas les aliments qui devraient l'être.

La personne ne peut remplir un verre d'eau sans assistance extérieure.


La personne ne mange que des aliments n'ayant pas besoin d'être coupés, pelés ou ouverts avant d'être portés à la bouche.

La personne a besoin de l'aide d'un tiers pour porter les aliments et boissons à sa bouche et avaler.

Signes d'alerte en entretien :

La personne semble avoir maigri rapidement.
Tâches d'aliments sur les vêtements ou le menton de façon répétée.

Habillage :

 **Ce qui est observé :** La capacité de la personne à s'habiller seule en autonomie de façon adaptée. En particulier il est observé la capacité de la personne à passer les vêtements par la tête et/ou les bras (haut du corps), la capacité de la personne à fermer les vêtements (fermetures éclair, boutons, pressions, velcro) et sa capacité à s'habiller sur le bas du corps (passer les vêtements par le bas du corps y compris chaussettes et chaussures).

Questions qui peuvent être posées :

- Vous habillez vous seul.e le matin ou alors avec l'aide d'une autre personne ?

Signes d'alerte en entretien, dans la vie quotidienne ou lors de visites à domicile :

La personne ne porte que des chemises, gilets ou autres vêtements ne nécessitant pas de passer les vêtements par la tête.


La personne ne ferme plus ses vêtements de façon systématique (boutons et fermetures éclair non fermés, velcros non positionnés, etc.).

La personne ne met plus de chaussettes ou plus de chaussures fermées.

La personne ne porte jamais de pantalon/col-lants ou chaussettes

La personne porte des vêtements qui ne sont pas adaptés à la circonstance ou à la saison.

Orientation dans le temps et dans l'espace :

 **Ce qui est observé :** La capacité de la personne à se repérer dans le temps et dans les lieux habituels de vie et nouveaux.

Questions qui peuvent être posées :

- Quel jour de l'année sommes-nous ?
- A quel moment de la journée sommes-nous ?

Signes d'alerte lors de visites à domicile :

Erreurs pour se rendre d'une pièce à l'autre du domicile.

Déambulation dans le domicile.

Signes d'alerte en entretien :

Absence répétée et injustifiée aux rendez-vous.

Retard aux entretiens (la personne se perd).

La personne semble ne pas savoir à quel moment de la journée ou de l'année elle se situe.

La personne semble ne pas se souvenir du dernier entretien ou confondre les temporalités d'évènements.

Signes d'alerte dans la vie quotidienne en collectif :

Déambulation au sein de la structure.


Erreurs pour se rendre dans les lieux quotidiens (ex à la cuisine ou salle de bain).

La personne confond les jours de la semaine.

La personne s'habille de manière inadaptée en fonction de la saison (difficulté à se repérer dans les saisons).

La personne ne trouve pas son chemin pour effectuer des activités de son quotidien.

Cohérence dans la communication et le comportement :

 **Ce qui est observé** : La capacité de la personne à agir de façon cohérente, logique et sensée par rapport aux autres, à réagir de manière adaptée aux situations de danger, et à communiquer (verbalement ou non) de manière à se faire comprendre dans la vie quotidienne.

Signes d'alerte en entretien :

Agressivité de la personne en entretien.
Changements d'humeur brusques.
La personne n'arrive pas à se faire comprendre (sans rapport avec des questions éventuelles liées à la maîtrise de la langue).
Propos incohérents.
La personne semble présenter des troubles du comportement.


Signes d'alerte dans la vie quotidienne en collectif :

Isolement.
Réactions parfois extrêmes dans les relations avec les autres personnes hébergées.
La personne est au cœur de conflits fréquents avec les autres personnes hébergées.
Variations d'humeur.
Actions entraînant une mise en danger de la personne par elle-même.

Signes d'alerte lors de visites à domicile :

Isolement repéré de la personne.
Accumulation d'objets.
Troubles du voisinage signalés.

Alerter :

 **Ce qui est observé** : La capacité de la personne à utiliser des moyens de communication pour alerter en cas de danger (téléphone, alarme, etc.).

Autonomie dans les activités domestique et sociales (variables illustratives du modèle AGGIR) :

Dans la situation de personnes en situation de grande précarité, à la rue ou hébergées, la réalisation de ces activités domestiques et sociales définies par la grille AGGIR n'est pas toujours évaluable ni un indicateur pertinent de la perte d'autonomie. Cependant, **des changements dans les pratiques habituelles des personnes relatives à ces activités peuvent être des signes de perte d'autonomie** (ex : une personne cesse de sortir rencontrer ses amis, la personne ne cuisine plus lorsqu'elle a une cuisine à domicile, la personne ne tient plus sa chambre ordonnée, etc.).

Il est important toutefois de porter attention à savoir si la personne a la **capacité de prendre ou non son traitement et de respecter les ordonnances de manière autonome**. Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'un besoin d'aide qui peut rendre nécessaire la mobilisation de services à domicile ou l'orientation de la personne vers une structure plus adaptée.

Si une personne présente plusieurs des signes évoqués ci-dessus, cela peut signifier une perte d'autonomie. Si la personne est éligible à l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA)¹, alors il est conseillé de faire appel à l'équipe médico-sociale départementale qui procédera à l'évaluation de son niveau de GIR et définira un plan personnalisé d'aide.

Dans tous les cas, **si une perte d'autonomie est suspectée, il est indiqué de faire le lien avec le médecin traitant de la personne** ou, à défaut, un médecin qui pourra la suivre médicalement.

¹ Cf fiche dédiée p.49

Santé : Repérer les signaux d'alerte

Outre la perte d'autonomie, le processus de vieillissement peut entraîner une dégradation de l'état de santé des personnes. Il est alors important de pouvoir repérer quelques signaux qui peuvent alerter sur la situation de la personne et vérifier avec elle qu'elle bénéficie bien d'un suivi médical adapté.

Diagnostic initial sur la situation de la personne :

- La personne a-t-elle une couverture santé ?

PUMa (Protection Universelle Maladie)	CSS (Complémentaire Santé Solidaire)	AME (Aide Médicale d'Etat)
------------------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - La personne a-t-elle un.e médecin traitant.te ou un.e médecin qui peut la suivre régulièrement ? - La personne a-t-elle un traitement ? Prend-elle son traitement de manière autonome et adaptée ? | <ul style="list-style-type: none"> - La personne a-t-elle besoin de soins infirmiers à domicile ? Si oui, sont-ils mobilisés ? - La personne a-t-elle été hospitalisée récemment ? |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Questions pouvant être posées :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous des difficultés à voir ou lire ? - Avez-vous des difficultés à entendre ? | <ul style="list-style-type: none"> - Etes-vous tombé.e récemment ? - Quand avez-vous vu un médecin pour la dernière fois ? |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Signes d'alerte à observer :

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ralentissement de la marche * ; - Perte de poids importante ; - Sueurs ; - Tremblements ; - Présence d'hématomes multiples et fréquents sur le corps ; | <ul style="list-style-type: none"> - Incompréhension des questions ; - Agitation ; - Euphorie ou tristesse inexplicée ; - Difficulté à entendre. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

* Le ralentissement de la marche est un signe qui peut être prédictif de troubles neurologiques ou démences. De même, le ralentissement de la marche peut être causé par des troubles musculosquelettiques qui entraînent un risque de chute ou de dégradation importante des fonctions physiques de la personne. C'est donc un signe d'alerte très important.

Quelles premières actions entreprendre lorsqu'une possible situation de perte d'autonomie a été repérée ?

Le formulaire d'analyse multidimensionnel (FAMO) : un outil pour analyser les situations et faire le lien avec d'autres professionnels

Qu'est-ce que le FAMO et quand l'utiliser ?

Les MAIA (remplacées à présent par les Dispositifs d'Appui à la Coordination - DAC qu'elles ont intégré) d'Ile-de-France ont mis en place un Formulaire d'Analyse Multidimensionnelle d'Orientation (FAMO), unique dans toute la région Ile-de-France. Ce formulaire a plusieurs fonctions :

- Il permet de faire un point sur la situation de la personne au regard des points d'alertes repérés sur la question de la santé, de l'autonomie ou encore de l'environnement de la personne. C'est à ce titre un outil d'analyse utile pour le/la professionnel.le qui le remplit dans le cadre d'un accompagnement ;
- **Avec l'accord de la personne**, le FAMO peut servir de fiche de liaison entre les acteurs mobilisés pour son accompagnement (centre d'hébergement, service d'aide à domicile, professionnel.le.s de santé, etc.) ;
- **Lorsque qu'une personne vieillissante cumule des difficultés d'ordre sanitaire et social, avec son accord, le FAMO permet de signaler à la MAIA une situation.** La MAIA peut à partir de l'analyse du FAMO mobiliser les acteurs adaptés pour répondre aux besoins de la personne.

Comment signaler une situation à une MAIA et entre le FAMO ?

Les professionnel.le.s sociaux.ales peuvent transmettre en ligne les formulaires FAMO pour signaler une situation au DAC de leur territoire.

Pour cela il est nécessaire de créer un compte nominatif sur le site « Maillage » de son département.

Maillage[Numéro de département].sante-idf.fr

Inviter la personne à faire le lien avec son/sa médecin traitant.e ou un/une professionnel.le de santé qui la suit régulièrement



Si une possible perte d'autonomie est repérée chez la personne, que ce soit lors d'un entretien social, dans le collectif ou lors de visites à domiciles, il peut lui être conseillé d'en parler à son/sa médecin traitant.e ou au/ à la médecin qui la suit régulièrement.

Si la personne donne expressément son accord, il est possible de transmettre au/à la médecin concerné.e une note de liaison expliquant les signes repérés par le/la professionnel.le.

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. Ils/Elles peuvent également orienter la personne vers des consultations spécialisées, telles les « consultations mémoires » si des signes d'altération des fonctions cognitives sont repérés.

Si la personne peut bénéficier de l'APA¹, mobiliser l'équipe médico-sociale départementale pour la mise en place d'un plan d'aide personnalisé



Si la personne est en situation régulière sur le territoire français vis-à-vis du droit au séjour, alors il est possible de mobiliser les aides prises en charges par le département relatives à la perte d'autonomie. Pour cela, il est nécessaire d'adresser une demande d'aide personnalisée à l'autonomie (APA) au département. Une équipe médico-sociale départementale rencontrera alors la personne et effectuera une évaluation de son niveau de dépendance (détermination du GIR) avant de mettre en place avec la personne un plan d'aide personnalisé.

¹ Cf fiche pratique sur l'Aide Personnalisée d'Autonomie p.49

Annexe - Comprendre le modèle AGGIR :

Le modèle AGGIR est l'outil principal utilisé pour évaluer la perte d'autonomie liée au vieillissement. A partir de cette grille, les professionnels exerçant en EHPAD ou alors les équipes médico-sociales départementales en charge de l'attribution de l'aide personnalisée d'autonomie, déterminent le niveau de perte d'autonomie de la personne auquel correspond un GIR (Groupe Iso Ressources) de 1 à 6.

L'évaluation du GIR se base sur l'évaluation de la capacité de la personne à effectuer certaines activités de la vie quotidienne. Le modèle AGGIR comporte **10 variables dites discriminantes d'activités corporelles et mentales** :

- Cohérence
- Orientation
- Toilette
- Habillage
- Alimentation
- Elimination urinaire et fécale
- Transferts (se lever, se coucher, s'asseoir)
- Déplacement à l'intérieur
- Déplacement à l'extérieur
- Alerter

Pour chaque champ d'activité, **il est évalué si la personne effectue l'activité : spontanément, totalement, habituellement** (dès lors que c'est nécessaire, attendu) et correctement (de manière adaptée et sans se mettre en danger). **L'évaluateur code chaque activité discriminante** de la grille en fonction de si ces conditions sont remplies ou non (A si la personne fait spontanément, totalement, habituellement et correctement, B si une à trois de ces conditions ne sont pas remplies, C si la personne ne fait pas ou qu'aucune de ces conditions n'est remplie). **A partir du codage de chaque activité, un algorithme détermine le niveau de GIR.**

Outre ces variables discriminantes, 7 variables d'activité domestiques et sociales dites illustratives sont évaluées de la même manière que les variables discriminantes pour permettre d'évaluer les besoins d'aide des personnes et de consolider la détermination du niveau de dépendance :

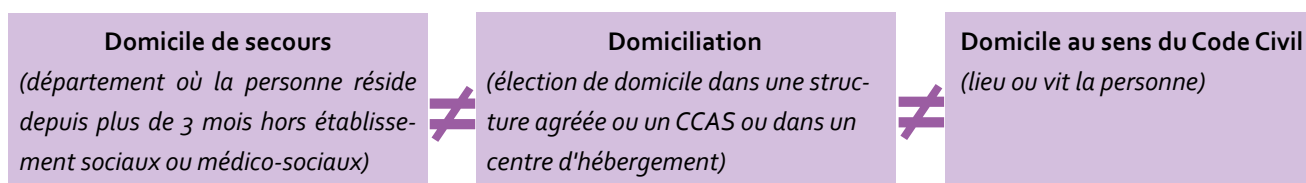
- Gestion des biens et du budget ;
- Cuisine ;
- Ménage ;
- Transports (utilisation des moyens de transports collectifs ou individuels de manière volontaire) ;
- Achats ;
- Suivi du traitement médical ;
- Activités du temps libre (pratiques de loisirs et activités).

FICHES TECHNIQUES

I- La notion de domicile de secours	16
II- Curatelle, tutelle et mesure de protection des majeurs	20
III- Personnes vieillissantes en situation administrative précaire : quels droits ?	25
IV- Travailler en lien avec les autres professionnel.le.s accompagnant la personne vieillissante	29

LA NOTION DE DOMICILE DE SECOURS

Schéma synthèse en page 19



Qu'est-ce que la notion de domicile de secours ?

Le domicile de secours permet de **déterminer le département qui a en charge le financement des prestations d'aide sociale légale.**



Article L121-1 du Code de l'Action Sociale et des familles (CASF) :

« [...] Les prestations légales d'aide sociale sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours [...] »

Quelles sont les prestations d'aides sociales légales ?

Les prestations d'aides sociales légales, pour lesquelles intervient la notion de domicile de secours sont :

- Les prestations liées à l'aide sociale à l'enfance ;
- Les prestations liées à l'aide aux personnes en situation de handicap et délivrées par la MDPH – **dont la PCH et l'ASH** ;
- Les prestations liées à l'insertion – **dont le RSA** ;
- Les prestations liées à l'aide aux personnes âgées **dont l'APA et l'ASH.**

La détermination du domicile de secours est différente de l'élection de domicile (ou domiciliation) par la personne et il peut arriver qu'aucun domicile de secours ne puisse être déterminé en ce qui concerne des personnes en situation d'errance ou hébergées.

- Le domicile de secours détermine auprès de quel département une demande d'aide sociale (notamment liée au handicap ou à la condition de personne âgée) doit être demandée.

1. L'acquisition du domicile de secours



Article L122-2 du CASF :

« Nonobstant les dispositions des articles 102 à 111 du code civil, le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de trois mois dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf pour les personnes admises dans des établissements sanitaires ou sociaux, ou accueillies habituellement, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale au domicile d'un particulier agréé ou faisant l'objet d'un placement familial en application des articles L. 441-1, L. 442-1 et L. 442-3, qui conservent le domicile de secours qu'elles avaient acquis avant leur entrée dans l'établissement et avant le début de leur séjour chez un particulier. Le séjour dans ces établissements ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial est sans effet sur le domicile de secours. [...] »

- Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle de 3 mois dans un département ; Les établissements sociaux, au titre desquels les centres d'hébergement, ne permettent pas l'acquisition du domicile de secours.

2. La perte du domicile de secours



Article L122-3 du CASF :

« Le domicile de secours se perd :

1° Par une absence ininterrompue de trois mois postérieurement à la majorité ou à l'émancipation, sauf si celle-ci est motivée par un séjour dans un établissement sanitaire ou social ou au domicile d'un particulier agréé ou dans un placement familial, organisé en application des articles L. 441-1, L. 442-1 et L. 442-3 précités ;

2° Par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

Si l'absence résulte de circonstances excluant toute liberté de choix du lieu de séjour ou d'un traitement dans un établissement de santé situé hors du département où réside habituellement le bénéficiaire de l'aide sociale, le délai de trois mois ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus. »

■ En théorie, concernant les personnes sans domicile fixe, il n'y a pas lieu de considérer que l'absence du lieu du domicile de secours soit motivée par un séjour dans un établissement social. Il pourrait donc être considéré qu'une personne hébergée depuis plus de 3 mois a perdu son précédent domicile de secours bien que cela ne soit pas toujours admis par les départements.

Exemple : si une personne est admises en EHPAD dans le Val-de-Marne alors qu'elle a habité à Paris pendant plus de trois mois avant son admission en EHPAD c'est toujours Paris qui est son domicile de secours et donc, le département de Paris a à charge les prestations d'aide sociale légale la concernant

3. En cas d'absence de domicile de secours : qui prend en charge les prestations d'aide sociale légale ?

- Le département où réside la personne :



Article L122-1 du CASF :

« Les dépenses d'aide sociale prévues à l'article L. 121-1 sont à la charge du département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours.

A défaut de domicile de secours, ces dépenses incombent au département où réside l'intéressé au moment de la demande d'admission à l'aide sociale. »

Si une personne n'a pas de domicile de secours, alors c'est le département dans lequel réside l'intéressé.e au moment de la demande d'admission à l'aide sociale qui a la charge des prestations d'aide sociale légale.

- Pour le RSA, la PCH et l'APA a minima : le département de domiciliation



Article L264-1 du CASF :

« Pour prétendre au service des prestations sociales légales, réglementaires et conventionnelles, à l'exception de l'aide médicale de l'Etat mentionnée à l'article L. 251-1, ainsi qu'à la délivrance d'un titre national d'identité, à l'inscription sur les listes électorales ou à l'aide juridique, les personnes sans domicile stable doivent élire domicile soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit auprès d'un organisme agréé à cet effet.

L'organisme compétent pour attribuer une prestation sociale légale, réglementaire ou conventionnelle est celui dans le ressort duquel la personne a élu domicile.

Le département débiteur de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap et du revenu de solidarité active mentionnés respectivement aux articles L. 232-1, L. 245-1 et L. 262-1 est celui dans le ressort duquel l'intéressé a élu domicile »

- Le département de domiciliation d'une personne sans domicile a la charge des prestations sociales légales pour les personnes domiciliées. Le RSA, l'APA et la PCH sont explicitement mentionnées comme étant à la charge du département de domiciliation de la personne.



Concernant l'Aide Sociale à l'hébergement, bien que l'article L264-1 du CASF mentionne que « L'organisme compétent pour attribuer une prestation sociale légale, réglementaire ou conventionnelle est celui dans le ressort duquel la personne a élu domicile », cette aide n'étant pas explicitement citée, certains départements considèrent que cet article n'est pas applicable à l'ASH et que la personne dépend de l'Aide Sociale d'Etat.

- La prise en charge par l'aide sociale d'Etat



Article L121-7 du CASF :

« Sont à la charge de l'Etat au titre de l'aide sociale : [...] 1° Les dépenses d'aide sociale engagées en faveur des personnes mentionnées aux articles L. 111-3 et L. 232-6 [...]. »

Article L111-3 du CASF :

« Les personnes dont la présence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pu choisir librement leur lieu de résidence, ou les personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé, ont droit aux prestations d'aide sociale dans les conditions prévues pour chacune d'elles par le présent code. »

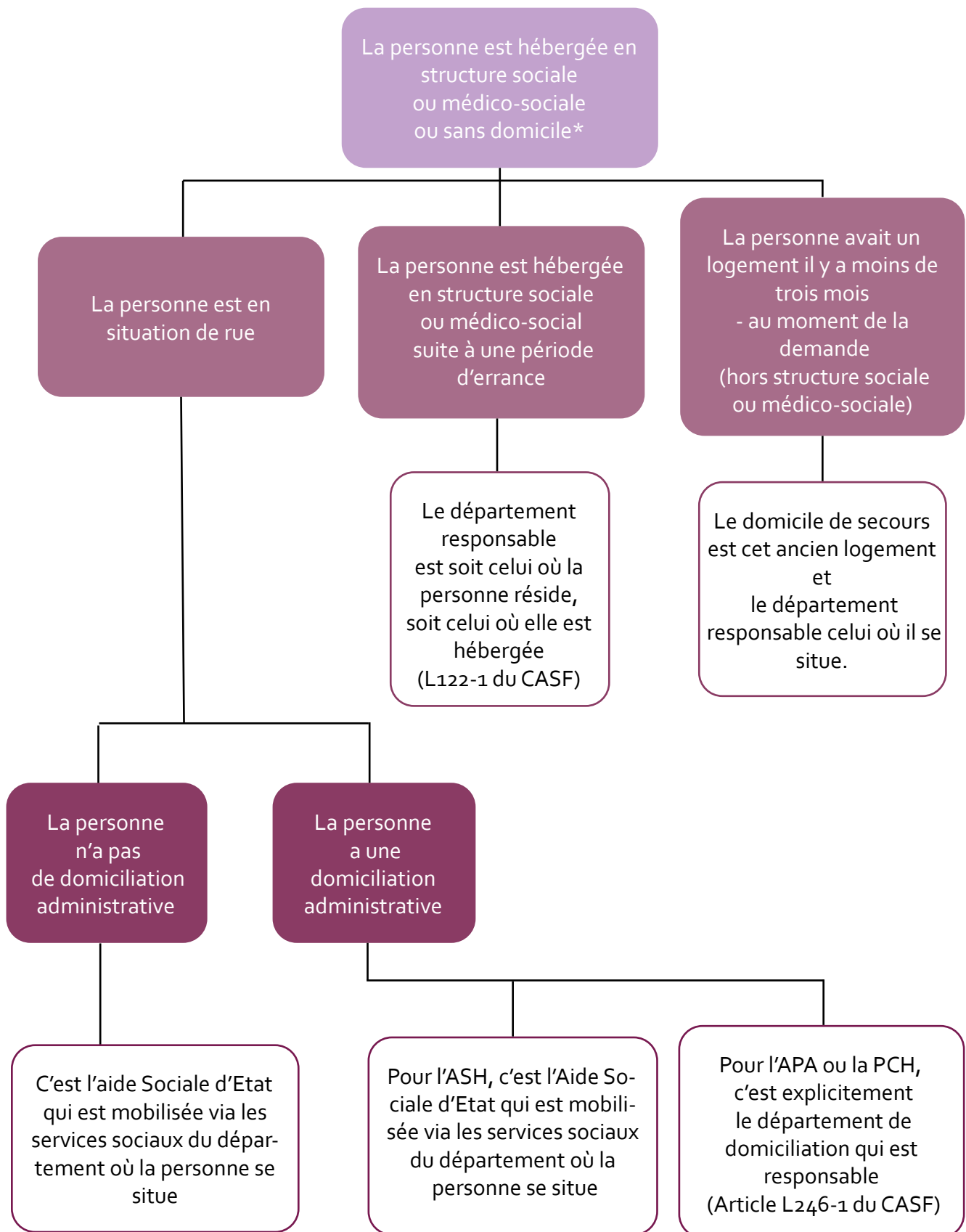
- L'Aide Sociale d'Etat ne devrait prendre le relai de l'Aide Sociale départementale uniquement dans les situations où il n'est pas possible de déterminer un domicile pour la personne.

Prise en charge des prestations d'aide sociale légale pour les personnes en situation de rue ou hébergées :

En théorie, c'est au département de prendre en charge les prestations légales d'aide sociale pour les personnes à la rue ou hébergées dès lors qu'elles ont une domiciliation dans le département.

En pratique, il arrive que les départements renvoient vers l'aide sociale d'Etat la prise en charge de l'Aide Sociale à l'Hébergement, y compris quand la personne est domiciliée. Si la demande est faite auprès d'un département, c'est au département de faire le lien avec les services de l'Etat pour déterminer qui est compétent pour la prise en charge des prestations d'aides sociales.

Quel département prend en charge les prestations d'aide social selon la situation de la personne ?



*Le domicile de secours ne s'acquiert pas par une résidence dans les structures sociales et médico-sociales, y compris de plus de trois mois.

LES MESURES JUDICIAIRES DE PROTECTION DES MAJEURS

Avertissement : il existe différents types de mesure de protection des majeurs et procédures associées. Cette fiche technique ne les aborde pas de façon exhaustive. Ainsi, seules les mesures de protection des majeurs judiciaires sont ici traitées. Le mandat de protection future et l'habilitation familiale, entre autres, ne sont pas abordés dans cette fiche.

La perte d'autonomie liée au vieillissement, lorsqu'elle entraîne une altération des fonctions mentales, peut altérer la capacité des personnes à se représenter elles-mêmes et en cohérence ses intérêts. Le Juge des Contentieux de la Protection (JPC – ex Juge des tutelles) peut alors décider de mettre en place une mesure de protection des majeurs. Ces mesures peuvent également être mobilisées lorsque la personne est en incapacité physique d'exprimer ses volontés.

Il existe plusieurs mesures judiciaires de protection des majeurs :

- La sauvegarde de justice par voie judiciaire¹ ;
- La curatelle : simple, adaptée ou renforcée ;
- La tutelle ;

Quelle que soit la mesure de protection des majeurs, c'est le Juge des Contentieux de la Protection² qui se prononce sur l'opportunité de mise en place d'une telle mesure et qui décide de sa mise en place. Les mesures de protection des majeurs peuvent être demandées au juge quelle que soit la situation administrative de la personne.

• **Quand demander au juge des tutelles la mise en place d'une mesure de protection des majeurs ?**

Une mesure de protection des majeurs ne peut être demandée que s'il apparaît que du fait d'une altération des fonctions mentales, la personne ne semble pas en mesure de défendre elle-même ses intérêts ou lorsque l'altération de ses fonctions physiques l'empêche d'exprimer sa volonté. Ce n'est pas une mesure qui vise à contraindre ni à obliger la personne à accepter une orientation ou une démarche qu'elle ne pense pas être dans son intérêt.

Lorsque la personne n'a plus la capacité d'exprimer sa volonté ou de défendre son intérêt, la mise en place d'une mesure de protection judiciaire permet au juge de désigner un représentant légal qui pourra légalement établir pour elle certaines démarches administratives ou civiles et représenter ses intérêts.

¹La sauvegarde de justice par voie médicale, non abordée dans cette fiche, peut être déclarée directement par le corps médical au Procureur de la République au Tribunal de Grande Instance pour une durée de deux mois renouvelable par périodes de six mois.

²Depuis 2019, la dénomination du Juge des tutelles a été remplacée par celle de « Juge du Contentieux de la Protection », dans cette fiche la dénomination « Juge des tutelles » peut être utilisée par simplicité.

- **En tant que professionnel.le social.e : quelles démarches pour faire une demande de mesure de protection des majeurs ?**

Le juge des tutelles peut être saisi d'une demande de mise en place d'une mesure de protection des majeurs **par la personne elle-même**, un proche de la personne (conjoint.e, parent ou allié.e ou personne entretenant des liens stables et étroits avec elle), par son curateur.trice ou tuteur.trice ou encore par le Procureur de la République.

Lorsqu'un.e travailleur.se social.e estime qu'une personne n'est pas en mesure de défendre son propre intérêt du fait d'une altération de ses fonctions mentales ou physiques, il/elle peut envisager avec la personne de mettre en place une mesure de protection des majeurs :

- Soit la personne fait elle-même une requête de mise sous protection auprès du juge des tutelles ;
- Soit un.e proche de la personne fait une requête auprès du juge des tutelles. Dans certains cas, le juge peut estimer que le/la travailleur.se social.e répond au critère de « liens stables et étroits » avec la personne et le/la considérer comme proche (ex : si une personne est hébergée depuis plusieurs années dans la même structure) ;
- Soit le/la travailleur.se social.e peut **effectuer un signalement au Procureur de la République qui pourra faire une demande de mesure de protection auprès du juge des tutelles**. Le signalement est à effectuer par courrier simple ou en lettre recommandée avec accusé de réception. Il est conseillé autant que possible d'en discuter avec la personne en amont de la saisine du procureur. La saisine ne doit pas mentionner les éléments relatifs à la santé de la personne mais les limitations à effectuer seule les actes de la vie quotidienne. C'est le médecin qui établit ensuite un **certificat médical**.

Il est également possible que la personne fasse elle-même la demande auprès du juge ou qu'un.e proche décide de faire cette demande.

À toute demande auprès du juge des tutelles doit être joint un certificat médical circonstancié établi par un.e médecin à choisir sur une liste établie par le Procureur de la République. Ce certificat inclut :

- Une description précise de l'altération des facultés ;
- Les données sur l'évolution prévisible en l'état de la science de la situation de la personne ;
- Les conséquences de l'altération des facultés sur la nécessité d'être assisté.e dans les actes courants ;
- Une indication sur la possibilité pour le/la juge d'auditionner le/la majeur.e.

Le coût du certificat médical est établi à 160€ et à charge de la personne (hors frais de déplacements du professionnel), excepté lorsque la demande de protection émane du Procureur de la République saisi par un tiers ou lorsqu'il s'auto-saisit.

Éléments à mentionner dans le signalement au Procureur de la République :



Article 1216-1 du Code Civil :

« Les demandes présentées au Procureur de la République aux fins de saisine du juge des tutelles contiennent l'identité de la personne à protéger et la description des faits appelant la protection [...] »

Article 1216-2 du Code Civil :

« La demande contient également, lorsqu'elles sont connues et utiles, les informations suivantes, en précisant comment elles ont été recueillies :

- la composition de la famille de la personne à protéger, ses conditions de vie, son lieu de vie et son environnement social ;
- la consistance de son patrimoine, les ressources, les charges et dettes ainsi que, le cas échéant, la liste des prestations mobilisables au bénéfice de la personne ;
- l'autonomie de la personne, évaluée au regard de sa capacité à s'organiser seule dans la vie quotidienne, à accomplir ses démarches administratives et gérer son budget, seule. »

Droits des personnes durant la procédure :

Lorsqu'une mesure de protection est demandée au juge des tutelles, le juge peut demander pendant la procédure à entendre la personne concernée. Elle a également le droit d'être représentée par un avocat durant la procédure.

Lorsque des mesures de curatelle ou tutelle sont mises en place, la personne majeure peut effectuer un recours contre la décision du juge des tutelles dans un délai de 15 jours suivant la notification de la décision.

• Les différentes mesures de protection judiciaire et leurs caractéristiques

■ La sauvegarde de justice par voie judiciaire :

Durée : 1 an maximum renouvelable jusqu'à 2 ans.

La sauvegarde de justice est une mesure de **protection temporaire**. Elle peut être mobilisée pour des personnes souffrant d'une altération temporaire de leurs facultés mentales du fait d'une maladie ou d'un affaiblissement ou infirmité liée à l'âge ou encore empêchées dans l'expression de leur volonté par une altération de leurs facultés psychiques et ou mentales.

La sauvegarde de justice, dans les situations d'urgence, peut être décidée par le juge des tutelles en attente de la mise en place de mesures de tutelle ou de curatelle.

La sauvegarde de justice permet à la personne d'**être représentée pour accomplir certains actes, cependant elle conserve l'entièreté de sa capacité juridique** (sauf exceptions définies par le juge). Cette représentation permet de contester, corriger ou annuler les décisions ou actes pris pendant la sauvegarde de justice.

■ La curatelle :

La curatelle protège les personnes **en état d'agir par elles-mêmes** mais qui ont besoin d'être assistées et contrôlées dans certains actes de la vie civile et dans la gestion de leurs ressources. La mesure de curatelle peut être décidée pour une durée allant jusqu'à 5 ans renouvelable.

Il existe plusieurs niveaux de curatelle :

- **La curatelle simple** permet à la personne de conserver sa capacité à assumer seule les actes de gestion courante et notamment ses ressources, mais elle doit cependant être accompagnée pour les actes pouvant affecter son patrimoine présent ou à venir (signature d'un emprunt, vente immobilière, etc.) ;
- **La curatelle aménagée** permet au juge de définir quels actes la personne peut effectuer seule ou non ;
- **En cas de curatelle renforcée, le/la curateur.trice perçoit sur un compte dédié ouvert à cet effet les ressources de la personne protégée et règle ses dépenses.** La personne protégée n'a donc plus la main sur les actes de gestion courante.

Le/la curateur.trice **assiste la personne protégée** dans les actes de la vie civile tels le mariage, le divorce, la succession, la vente d'un bien, mais ne la représente pas dans ces actes.

■ La mesure de tutelle :

La tutelle est la mesure de protection des majeurs **la plus contraignante** et concerne les personnes qui ne sont pas en état d'agir par elles-mêmes et de représenter leurs propres intérêts dans les actes de la vie civile. Le/La mandataire représente donc la personne non seulement dans les démarches de gestion des ressources et de son patrimoine mais peut également être amenée à la représenter dans les actes administratifs.

La personne doit être représentée par son/sa tuteur.trice dans l'ensemble des actes de la vie civile : demande d'une nouvelle pièce d'identité, mariage, divorce, succession, etc.

Le juge des tutelles établit les actes que la personne peut ou non faire seule, en fonction de sa situation particulière.

• Par qui sont exercées les mesures de protection des majeurs

Le juge choisit pour exercer les différentes mesures de protection des majeur.e.s un mandataire parmi les proches de la personne. Si cela n'est pas possible, alors un.e mandataire judiciaire agréé.e est désigné.e.

Dans cette situation, la rémunération du/ de la mandataire judiciaire est à la charge de la personne protégée en fonction de ses ressources.

• Fin des mesures de protection

Il est mis fin aux mesures de protection des majeurs lors de l'expiration de la durée de protection définie par le juge et en l'absence de renouvellement, en cas de levée de la mesure de protection par le juge des tutelles (par exemple en cas de demande de la personne majeure étayée par un nouveau certificat médical) ou en cas d'ouverture d'une mesure de curatelle ou tutelle.

Droits des personnes protégées et impacts de la protection sur l'accompagnement social



La mise en place d'une mesure de protection a des conséquences en ce qui concerne la signature des documents écrits engageant la personne, et notamment les contrats de séjour ou de résidence :

- Si la personne est placée sous curatelle, les contrats doivent être contre-signés par la personne qui exerce la tutelle. Si la personne est placée sous tutelle en cours de séjour, un avenant au contrat peut être fait ;
- Si la personne est placée sous tutelle, la personne qui exerce la tutelle doit signer le contrat de séjour.

De même, les notifications de fins de prise en charge ou autre document de ce type doivent être adressés à la personne et à la personne qui exerce la tutelle ou curatelle.

Quelle que soit la mesure de protection mise en œuvre par le juge des tutelles, la personne conserve **le libre choix de sélectionner sa résidence**. De même, la personne est libre de choisir les personnes qu'elle souhaite fréquenter à titre privé. Enfin, les personnes protégées conservent leur droit de vote (sauf dans certains cas de mise sous tutelle sur décision expresse du juge).

La nature de la protection définit également la capacité de la personne à consentir aux mesures mises en place dans le cadre de l'accompagnement social et donc des précautions à employer par les accompagnants sociaux :

- La personne conservant dans toute situation le droit de choisir sa résidence, **les orientations vers des dispositifs sociaux ou médico-sociaux d'hébergement ou de logement doivent être, comme pour toute personne, abordées avec elle et faire l'objet, autant que possible, de son consentement**. Toutefois, il est nécessaire de s'assurer de la bonne information du mandataire des démarches effectuées ou en cours car celles-ci impacteront la gestion courante des ressources et du patrimoine de la personne ;
- Concernant les **démarches administratives** (exemple : demande d'aides financières ou matérielles, etc.), il est nécessaire de **faire le lien avec le/la mandataire dans les situations où des mesures de sauvegarde de justice**, curatelle ou tutelle, sont mises en œuvre. En effet, c'est le/la mandataire qui reçoit le courrier de la personne.

Légalement, quelle que soit la mesure de protection mise en œuvre par le juge des tutelles, **c'est le/la mandataire de la personne qui doit veiller à ce que la personne accède à ses droits sociaux et prestations**. Dans les faits, ce n'est pas parce que la personne est mise sous protection que tous ses droits sont ouverts. Il est conseillé de faire un état des lieux des démarches engagées et à faire avec le/la mandataire et d'effectuer les démarches nécessaires dans le cadre de l'accompagnement avec la personne et en lien avec son/sa mandataire.

QUELS DROITS POUR LES PERSONNES EN SITUATION ADMINISTRATIVE PRÉCAIRE ?

Dans les structures d'inclusion sociale, une partie conséquente des personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie est constituée de personnes en situation administrative précaire, dont le séjour sur le territoire français n'est pas régulier au regard du droit des étrangers.e.s.

La situation administrative de ces personnes ne leur permet pas d'accéder au bénéfice de certaines aides à destination des personnes âgées ou en situation de handicap (APA, PCH, intervention des SAAD, etc.). Les personnes en situation administrative précaire ne sont toutefois pas sans droit aucun.

Cette fiche technique vise à produire des éléments de repère pour l'accompagnement des personnes, mais n'est pas une liste exhaustive de l'ensemble des droits des personnes en situation administrative précaire.

I - L'accès à une autorisation de séjour pour les personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie

Les motifs ouvrant la possibilité pour les personnes d'obtenir un titre de séjour en France sont nombreux. Un diagnostic global de la situation de la personne et de ses possibilités d'obtenir un titre de séjour selon des motifs particuliers peut être fait auprès d'une association spécialisée en droit des étrangers. Sur cette fiche seront présentés deux motifs d'obtention d'une carte de séjour temporaire « Vie privée et familiale » qui peuvent être mobilisés pour fonder une demande de régularisation pour les personnes en situation administrative précaire vieillissantes.

1 - La Carte de Séjour temporaire « vie privée et familiale » pour motifs humanitaires exceptionnels



Article L.435-1 du CESEDA :

« L'étranger dont l'admission au séjour répond à des considérations humanitaires ou se justifie au regard des motifs exceptionnels qu'il fait valoir peut se voir délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention " salarié ", " travailleur temporaire " ou " vie privée et familiale ", sans que soit opposable la condition prévue à l'article L. 412-1.

Lorsqu'elle envisage de refuser la demande d'admission exceptionnelle au séjour formée par un étranger qui justifie par tout moyen résider habituellement en France depuis plus de dix ans, l'autorité administrative est tenue de soumettre cette demande pour avis à la commission du titre de séjour prévue à l'article L. 432-14. »

Le Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers et de la Demande d'Asile (CESEDA) prévoit des possibilités d'admission exceptionnelle au séjour pour motifs humanitaires et l'octroi d'une carte de séjour temporaire d'une durée de validité maximale d'un an renouvelable. Cette possibilité d'admission au séjour concerne des personnes en situation irrégulière sur le territoire français et qui ne peuvent bénéficier d'une régularisation pour un autre motif.

Si les motifs humanitaires ne sont pas exhaustivement définis par les textes législatifs et réglementaires, et que l'admission exceptionnelle au séjour est soumise à décision discrétionnaire du Préfet¹, **la loi prévoit que pour toutes les personnes en capacité de prouver leur résidence en France depuis plus de 10 ans, la demande d'admission au séjour doit être étudiée par une commission des titres de séjour**, composée de deux personnalités qualifiées désignées par le Préfet ainsi que d'un maire ou de son suppléant².

Si l'admission exceptionnelle au séjour n'est pas automatique pour les personnes résidentes en France depuis plus de 10 ans, elle est facilitée.

Renouvellement du titre

La demande de renouvellement du titre doit être adressée à la Préfecture **dans les deux mois précédant l'expiration du titre**. Il est conseillé d'anticiper la prise de rendez-vous pour le renouvellement des titres de séjour afin que le rendez-vous puisse effectivement se tenir dans ce délai.

Après une année de séjour régulier, la personne qui a obtenu une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » peut demander à bénéficier d'une carte de séjour pluriannuelle pour une durée de 4 ans maximum. Cette délivrance, prévue à l'Article L.433-4 du CESEDA, se fait sous réserve que les conditions ayant mené à la délivrance du titre de séjour continuent d'exister et sous conditions d'intégration, notamment d'avoir signé le Contrat d'Intégration Républicaine et le Contrat d'Engagement aux principes de la République (CER – intruduit par la loi du 26 janvier 2024).

La loi du 26 janvier 2024 prévoit également une condition de maîtrise du français qui devra être définie par décret au plus tard le 1er janvier 2026.

Après une durée de résidence stable et régulière de trois à cinq ans selon les situations la personne peut demander la délivrance d'une carte de résident.e de dix ans. Dans la plupart des cas cela est possible après cinq ans de résidence régulière et sous conditions de ressources au moins équivalentes au SMIC (hors prestations sociales). **Cette condition de ressources n'est pas applicable aux personnes bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapé.e.s**. C'est l'Article L.426-17 du CESEDA qui prévoit ces dispositions.

2 - La Carte de Séjour temporaire « vie privée et familiale » pour motifs de soins



Article L.425-9 du CESEDA :

« L'étranger, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié, se voit délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " d'une durée d'un an.

[...]

La décision de délivrer cette carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. [...] »

¹ A Paris le Préfet de Police

² A Paris, le/la maire ou un maire d'arrondissement ou un conseiller d'arrondissement (ou leur suppléant) désigné par le Conseil de Paris.

Un titre de séjour « pour soins » peut être demandé pour les personnes dont la pathologie rend nécessaire le suivi de soins dont la personne ne peut bénéficier dans son pays d'origine.

L'admission au séjour est conditionnée par l'avis du collège de médecins de l'OFII qui étudie la demande **au regard du dossier médical de la personne** (certificat médical et justificatifs transmis avec la demande de titre de séjour dans une enveloppe portant la mention « secret médical ») **et des rapports en sa possession sur le système de santé dans le pays d'origine** de la personne afin de juger de la possibilité ou non pour la personne de « bénéficier effectivement d'un traitement approprié » dans son pays d'origine. Ce bénéfice effectif prend en compte à la fois la disponibilité des traitements dans le pays d'origine, mais également la capacité de la personne à y accéder notamment sur le plan financier.

L'admission au séjour pour motif de santé n'est ainsi pas possible systématiquement pour les personnes en situation de perte d'autonomie, mais la pertinence d'une demande de titre à ce motif, en particulier pour les personnes ne pouvant justifier d'une résidence stable en France depuis au moins 10 ans, doit être étudiée au regard du pays d'origine de la personne et de sa situation médicale.

II - Les droits et dispositifs accessibles aux personnes en situation administrative précaire

1 - Pour la prise en charge des dépenses de santé : l'Aide Médicale d'Etat

Les personnes en situation administrative précaire peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat si elles remplissent certaines conditions :

- Ne pas avoir de droits ouverts à la sécurité sociale (les droits à la PUMa sont maintenus durant 6 mois suivant l'expiration d'un titre de séjour) ;
- **Résider sur le territoire français et en situation irrégulière au regard du droit au séjour depuis au moins trois mois ;**
- Avoir des ressources n'excédant pas les plafonds¹

L'Aide Médicale d'Etat prend en charge les dépenses de santé à hauteur de 100% du tarif défini par la sécurité sociale mais ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires éventuels.

La demande d'Aide Médicale d'Etat est à effectuer auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département de domiciliation de la personne et à renouveler chaque année (demande de renouvellement à adresser dans les deux mois précédant l'expiration des droits).

Les personnes vieillissantes bénéficiaires de l'AME peuvent bénéficier, entre autres prestations de santé, et sans reste à charge :

- De l'intervention des SSIADs (reste à charge pour la personne uniquement sur les protections, alèses et le matériel) ;
- De l'hospitalisation à domicile (sans reste à charge) ;
- De l'intervention de professionnel.le.s de santé libéraux à domicile (sous condition d'absence de dépassement d'honoraires par rapport au tarif conventionné secteur 1 par la sécurité sociale).

¹ Les plafonds varient fréquemment, il est possible de les consulter sur le site : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>

2 - La possibilité de liquider des droits à retraite complémentaire

Si la liquidation des droits ouverts à la retraite de base pour les personnes qui résident sur le territoire français est conditionnée à la régularité du séjour sur le territoire, la liquidation des droits à retraite complémentaire n'est soumise à aucune condition de régularité du séjour.

Ainsi, les personnes ayant cotisé durant leur vie en France auprès d'un régime de retraite complémentaire peuvent demander à liquider ces droits à retraite y compris si elles n'ont pas d'autorisation de séjour au moment de la liquidation et ainsi bénéficier d'un minimum de ressources financières.

3 - Orientation vers les structures médico-sociales de soins résidentiels

Les structures médico-sociales de soins résidentiels à destination des personnes ayant des difficultés spécifiques, soit les Lits Halte Soins Santé (LHSS), les Lits d'Accueil Médicalisés (LAM) et Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont accessibles aux personnes en situation administrative précaire¹.

¹Voir fiche pratique dédiée à ces dispositifs p.59

TRAVAILLER EN LIEN AVEC LES AUTRES PROFESSIONNEL.L.E.S ACCOMPAGNANT LA PERSONNE VIEILLISSANTE

L'accompagnement des personnes vieillissantes et/ou en situation de perte d'autonomie accompagnées dans les structures d'inclusion sociale nécessite la coordination de différents professionnel.les autour de la personne. Ainsi, les travailleur.se.s sociaux.ales des structures sont amené.e.s à être en lien avec d'autres intervenant.e.s autour de la personne : médecin traitant, MAIA, services sociaux départementaux pour les demandes d'aides spécifiques, services d'intervention à domicile, etc. Si la coordination est nécessaire, il est important de veiller à tout moment de l'accompagnement au respect des droits des personnes en particulier concernant la protection de leurs données personnelles, le secret médical et le libre choix.

I - Principes applicables

Principes généraux : charte des droits et libertés de la personne accueillie

« Article 3 – Droit à l'information

*La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine. **La personne a accès aux informations la concernant** dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative. »*

« Article 4 – Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1) La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2) Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3) Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. [...] Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. [...] La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement. »

« Article 7 : Droit à la protection

*Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, **le respect de la confidentialité des informations la concernant** dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté. »*

Le secret professionnel :

Le code pénal prévoit trois grandes catégories de professionnel.le.s soumis.e.s au secret professionnel selon leur :

- Etat – « ministres de cultes » ;
- Profession ;
- Missions ou fonctions.

Le secret professionnel du fait de la profession concerne les assistant.e.s de service social et non les autres professionnel.le.s du secteur social (éducateur.rice.s spécialisé.e.s, CESF, travailleur.se.s pair.e.s, etc.). Toutefois, ces professionnel.le.s peuvent être concerné.e.s par le secret professionnel **du fait de leurs missions ou fonctions**. A titre d'exemple, les professionnel.le.s intervenant dans les SIAO ou les CHRS. Ainsi, sans consentement éclairé de la personne, il n'est pas légal de partager des informations concernant la situation sociale ou de santé de la personne avec d'autres professionnel.le.s.



Article L345-1 du Code de l'Action Sociale et des familles :

« Les personnels des centres d'hébergement et de réinsertion sociale sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal. Par dérogation au même article 226-13, ils peuvent échanger entre eux les informations confidentielles dont ils disposent et qui sont strictement nécessaires à la prise de décision. »

Article L331-2 du Code de l'Action Sociale et des familles :

« Il est tenu dans tout établissement un registre, [...], où sont portées les indications relatives à l'identité des personnes séjournant dans l'établissement, la date de leur entrée et celle de leur sortie.

[...]

Toute personne appelée par ses fonctions à prendre connaissance de ce registre est tenue au secret professionnel dans les conditions et sous les peines fixées par [l'article 226-13](#) du code pénal. »

Article 226-13 du Code Pénal :

« La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. »

II - Garantir les droits des personnes dans l'accompagnement social

■ Informer les personnes sur les démarches entreprises et obtenir leur consentement concernant la transmission d'informations :

A toutes les étapes de l'accompagnement, il est nécessaire d'informer la personne sur les démarches entreprises la concernant. De même, et afin de respecter ses droits et la réglementation relative à la protection des données personnelles, les échanges d'informations concernant la situation de la personne à d'autres professionnel.le.s doivent faire l'objet :

- D'une information complète sur :
 - o Les informations transmises – cela implique par exemple de lire à la personne le contenu des notes sociales transmises ;
 - o Le/La destinataire de l'information ;
 - o La finalité de la communication d'informations la concernant (par exemple la mobilisation d'une aide financière, etc.) ;
- Du recueil du consentement de la personne sur les informations transmises ;
- De la sécurisation des données lors de la transmission d'information.

Seules les **informations nécessaires et pertinentes** doivent être transmises aux professionnel.le.s participant à l'accompagnement de la personne et **le nombre de destinataires des informations doit, autant que possible, être limité.**

■ Les informations d'ordre médical sur la personne :

Les travailleur.se.s sociaux.ales ne sont pas habilité.e.s à recevoir et traiter des informations soumises au secret médical, ils ne font pas partie des équipes de soins autour de la personne.

Cependant, en pratique, il arrive que les travailleur.se.s sociaux.ales soient destinataires de certaines informations d'ordre médical, soit par la personne elle-même soit par les professionnel.le.s de santé l'accompagnant. Il est alors conseillé de recueillir le consentement écrit de la personne sur la possibilité des travailleur.se.s sociaux.ales l'accompagnant d'accéder à certaines informations d'ordre médical la concernant.

Les documents contenant des informations soumises au secret médical ne doivent pas être conservés dans le dossier social de la personne.

Autant que possible, la transmission d'informations doit être limitée aux éléments nécessaires à la mise en place d'un accompagnement adapté de la personne. A titre d'exemple, si la mobilisation de soins infirmiers à domicile est nécessaire pour une personne hébergée dans une structure, il peut y avoir un échange entre les professionnel.le.s de la structure et le/la médecin traitant.e de la personne sur la mise en place de cette intervention, mais seul le service de soins à domicile doit être destinataire des informations d'ordre médical.

■ La personne de confiance :

Toute personne a le droit de désigner une personne de confiance qui peut l'assister dans ses démarches. Toutefois, l'accès de la personne de confiance aux informations médicales concernant la personne doit faire l'objet d'un accord auprès de celle-ci.

La désignation d'une personne de confiance ne lève pas les obligations relatives à l'information de la personne accompagnée sur les démarches effectuées, les informations transmises à des tiers, etc.

■ L'évaluation sociale transmise au SIAO :

Le vieillissement et la perte d'autonomie des personnes peuvent rendre nécessaire une demande d'orientation de la personne vers une solution d'hébergement ou de logement mieux adaptée à sa situation, soit un établissement du champ de l'accompagnement aux personnes âgées, soit un autre établissement du secteur de l'inclusion sociale, via une demande au SIAO.

Les professionnel.le.s des SIAO ne sont pas, sauf exceptions, habilité.e.s à recevoir des informations médicales sur la personne. Toutefois, il est important, pour que le SIAO puisse identifier une orientation adaptée à la personne, que soient mentionnés les besoins de la personne impliqués par son état de santé.

Ainsi, il peut être mentionné dans l'évaluation sociale au SIAO que l'état de santé de la personne rend nécessaire une orientation vers une structure où elle pourra bénéficier d'une chambre individuelle, qu'elle a besoin d'une structure adaptée aux personnes à mobilité réduite ou encore que son état de santé rend nécessaire d'être orientée à proximité du lieu de suivi de ses soins ou la réalisation de soins à domicile. Cependant, ces informations transmises dans l'évaluation sociale ne peuvent être assorties d'informations d'ordre médical sur la pathologie de la personne ou d'un certificat médical.

FICHES PRATIQUES

Fiches pratiques :

A- La perte d'autonomie ou dépendance – définition et modes d'évaluation 34

A1 : Perte d'autonomie ou dépendance : définition	35
A2 : L'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées : la grille AGGIR	36
A3 : L'évaluation de la dépendance avant 60 ans : le taux d'incapacité évalué par la Maison Départementale des Personnes Handicapées	38

B- Prestations sociales et aides à destination des personnes vieillissantes et/ou en perte d'autonomie 39

B1 : les aides attribuées par la MDPH pour les adultes en situation de handicap	40
B1a : l'Allocation aux Adultes Handicapés ;	41
B1b : La Prestation Compensatoire du Handicap.	43
B2 : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées	45
B3 : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie	49

C- Etablissements d'hébergement médico-sociaux vers lesquelles peuvent être orientées les personnes vieillissantes ayant des difficultés sociales 51

C1 : l'Aide Sociale à l'Hébergement pour le financement des séjours en établissement médico-social pour personnes âgées ou personnes handicapées	52
C2 : les établissements médico-sociaux pour personnes âgées	54
C2a : Résidences Service et résidences autonomie	55
C2b : EHPAD, PUV et USLD	56
C3 : orientation vers les établissements médico-sociaux pour personnes en situation de handicap	58
C4 : les établissements médico-sociaux de soins résidentiels	59

D- Services d'Aide à domicile 60

E- Les dispositifs d'appui à la coordination 64

E1 : Le/La médecin traitant.e, premier.e interlocuteur.trice pour la coordination des acteurs autour de la personne	65
E2 : Les dispositifs d'appui à la coordination	66

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	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 si elle le souhaite 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	1 016,05€ en 2024 par mois pour l'AAH à taux plein. 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 (1 016,05€ en 2024). 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.
Droit au séjour	Résider en France de manière stable depuis au moins 3 mois et régulière vis-à-vis du droit des étrangers
Age	Entre 20 et 62 ans. 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.
Dépendance	L'AAH est attribuée : <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

La Majoration pour une Vie Autonome - MVA

Conditions cumulatives d'attribution	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
	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 le montant de l'AAH). 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

	Aide visant à compenser la dépendance remboursement ou financement de dépenses liées au handicap
Montant en juin 2020	<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.
Résidence et 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>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.
Impact du handicap sur la vie quotidienne	<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.
Ressources en août 2024	<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 30 398,54 € par an avec un plafond de dépenses ; - Sinon prise en charge à 80% des plafonds de dépense par type d'aide.
Démarches	Cerfa n° 15692*01 à adresser à la MDPH du département de domiciliation

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

² Cf fiche dédiée p.49

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 au 1er janvier 2024	<p>Montant maximal pour une personne seule : 1 012,02 € brut par mois. Montant maximal pour un couple : 1 571,16 € brut 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>Pour les personnes étrangères il y a une condition de régularité du séjour au regard du droit des étranger-e-s. De plus, est requise, une ancienneté de 10 ans de résidence régulière sur le territoire (détenion 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 en France pour les personnes étrangères	<p>La résidence permanente ou le séjour principal de la personne doit être établi en France – séjour d'au moins 9 mois par an en France (L. 815-1 du Code de la Sécurité Sociale).</p>
Age	<p>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).</p>
Liquidation des droits à la retraite	<p>Le bénéfice de l'ASPA est subordonné à la liquidation de l'ensemble des droits à la retraite en France et à l'étranger. Il est possible d'attester du renoncement au bénéfice des droits à retraite à l'étranger.</p>
Dépendance	<p>L'attribution de l'ASPA n'est pas conditionnée à des critères de dépendance.</p>

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 2 650,37 € pour un couple et 1 590,22 € pour une personne seule;
- Lorsque les ressources des trois derniers mois ne permettent pas de bénéficier de l'ASPA alors les revenus des 12 derniers mois sont examinés. Alors est déduit un montant de 10 601,50 € pour un couple et de 6 360,90 € 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 CNAV (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).

Date d'effet

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.

Récupération sur succession

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.

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 l'ASPA ou 77 ans et la possibilité d'obtenir une retraite à taux plein plus avantageuse.

A savoir :

- Il n'existe pas d'âge limite pour bénéficier 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
- Si le bénéfice du RSA est conditionné au fait d'avoir fait valoir ses droits aux prestations sociales, l'article L26210 du CASF mentionne que, pour les personnes bénéficiaires du RSA hors celles reconnues inaptes au travail, la liquidation des droits à retraite n'est pas nécessaire pour bénéficier du RSA.

La circulaire CNAV 2020-27 du 13 juillet 2020 revient sur les modifications apportées par l'article 82 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 précise ce principe :

« L'article 82 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit que le bénéfice du revenu de solidarité active (RSA) est soumis à la condition que l'intéressé et/ou les personnes composant le foyer aient fait valoir l'ensemble de leurs droits :

- à la retraite dès l'âge du taux plein (67 ans pour les assurés nés à compter de 1955) ou dès l'âge légal de départ à la retraite (62 ans) pour les assurés reconnus inaptes au travail ;
- et à l'Aspa dès l'âge du taux plein (67 ans pour les assurés nés à compter de 1955) ou dès l'âge légal de départ à la retraite (62 ans) pour les assurés reconnus inaptes au travail ou dès 65 ans pour les assurés relevant du service de l'allocation aux personnes âgées (Saspa).»

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

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

Passage de l'AAH à l'ASPA :

Il est prévu par l'Article L821-1 que les bénéficiaires de l'AAH sont réputés inaptes au travail pour la liquidation des droits à retraite et peuvent ainsi faire une demande de retraite à taux plein à 62 ans.

Pour les personnes inaptes au travail, l'âge minimal pour bénéficier de l'ASPA est abaissé à 62 ans. Ainsi les bénéficiaires de l'AAH peuvent demander à bénéficier de l'ASPA à 62 ans. De plus, à partir de 62 ans les personnes ne peuvent, en règle générale, plus bénéficier de l'AAH. Il y a à cela deux exceptions dans lesquelles les personnes peuvent continuer à bénéficier de l'ASPA :

- Si elles ont un taux de dépendance supérieure à 80% elles peuvent choisir de garder l'AAH ou de passer à l'ASPA ;
- Si la personne bénéficiaire de l'AAH exerce une activité professionnelle (Disposition introduite par la Loi de Finance pour 2024 - article L.821-1 du Code de la 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. Il est nécessaire de ne pas bénéficier d'une pension de retraite.

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.

L'allocation simple d'aide sociale est notamment prévue par les articles L.111-2 et L.231-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

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.16

C- Etablissements
d'hébergement
médico-sociaux
vers lesquels 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 .	
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 65 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.	10% des ressources et a minima 1% du montant annuel de l'ASPA.
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.16

■ 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 qui doivent prendre en charge, en première instance, les frais d'hébergement de la personne en institution. Cette recherche des obligé·e·s alimentaires pour des personnes en rupture avec leur famille peut entraîner des délais parfois très long d'instruction de la demande d'aide sociale.

C'est uniquement en cas d'impossibilité pour les obligé·e·s alimentaires de couvrir les frais d'hébergement de la personne qu'intervient l'Aide Sociale à l'Hébergement.

Le Code Civil prévoit une définition plus large des obligé·e·s alimentaires que ceux prévus dans le cadre de l'attribution de l'ASH. En effet, des exceptions sont prévues dans ce cadre par l'Article L.132-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).



Article L.132-6 du CASF :

« Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux postulants et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais.

Par dérogation, sont dispensés de fournir cette aide :

1° Les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins trente-six mois cumulés au cours des dix-huit premières années de leur vie, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales ;

2° Les enfants dont l'un des parents est condamné comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime ou d'une agression sexuelle commis sur la personne de l'autre parent, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales. Cette dispense porte uniquement sur l'aide au parent condamné ;

3° Les petits-enfants, dans le cadre d'une demande d'aide sociale à l'hébergement pour le compte de l'un de leurs grands-parents.

Cette dispense s'étend aux descendants des enfants et des petits-enfants mentionnés aux 1° à 3° du présent article. »

Sous réserve des exceptions mentionnées ci-dessus dans l'Article L.132-6 du CASF, sont obligé·e·s alimentaires pour la demande d'ASH :

- Les époux·se ;
- Les enfants ;
- Les gendres et belles-filles (excepté lorsque l'époux·se et les enfants issu·e·s de l'union sont décédé·e·s).

C2 : les établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

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)	Auprès de l'établissement.	- APA à domicile - Aide au logement
Résidences Autonomie (ou du centre d'action sociale de la ville de Paris)	- Sans ou faible besoin de soins	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 121€ en 2024 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. 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 dédiées 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.

A échéance de 2025 devrait être mis en place en Ile-de-France un guichet unique de régulation des places LAM, LHSS et ACT.

	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 ²	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

² Les SAAD et les SIAD sont concerné par une réforme en prévoyant la fusion en SPASAD

<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. 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 et possible prise en charge par l'aide sociale départementale.</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 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.trices 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. Le FAMO est utilisé par les DACs d'Ile-de-France.

Les acteurs des DAC 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 le DAC du territoire de la structure avant de la saisir sur une situation, pour expliquer le cadre d'intervention et en quoi l'apport du DAC serait complémentaire à l'action des accompagnants sociaux de la personne. Il peut notamment être important d'expliquer 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 du DAC.

¹Voir territoire des DAC en Ile-de-France en annexe p.69



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

A Paris, les Maisons des Aînés et des Aidants¹ sont des outils de mise en place des DACs. 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

Acronymes

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
AME	Aide Médicale d'Etat
APA	Aide Personnalisée d'Autonomie
ASH	Aide Sociale à l'hébergement
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CDAPH	Commission Départementale des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD	Hospitalisation A Domicile
JPC	Juge des contentieux de la protection
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapés
PCH	Prestation Compensatoire du Handicap
PUMa	Protection Universelle Maladie
PUV	Petite Unité de Vie
SAAD	Service d'Aide A Domicile
SPASAD	Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

REMERCIEMENTS :

La Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France remercie l'ensemble des acteurs et personnes qui ont rendu possible la publication de ces outils :

- La Fondation Sanofi Espoir ;
- Le Conseil d'Administration de la Fédération des acteurs de la solidarité Ile-de-France ;
- L'ensemble des membres de la Commission Santé de la Fédération ainsi que l'ensemble des personnes qui ont participé aux groupes de travail sur leur élaboration ;
- Clotilde Hoppe pour la conception du document ;
- L'ensemble des relecteurs et partenaires du projet ;
- Léa Garnier pour la mise en page et l'édition graphique.



Fédération
des acteurs de
la solidarité

ÎLE DE FRANCE

Avec le soutien de

FONDATION
SANOFIESPOIR