

RÈGLEMENT DÉPARTEMENTAL D'AIDE SOCIALE

*en faveur des personnes âgées
et des adultes en situation de handicap*

Édition 2017

Département de Tarn-et-Garonne

Le **Règlement Départemental d'Aide Sociale** définit les règles d'attribution des prestations d'Aide Sociale relevant de la compétence du Département (article L121-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles).

Il est considéré comme un acte réglementaire, c'est-à-dire un acte dont l'objet est de définir une norme impersonnelle dans son objet et permanente dans le temps (sauf modification par délibération de l'Assemblée Départementale) qui sert de base à des décisions individuelles.

Ce règlement constitue donc le document de référence pour les conditions d'attribution de toutes les prestations sociales légales et facultatives du Département. Il constitue un acte exécutoire opposable juridiquement aux organes décisionnels et aux usagers. Il doit s'opposer à tous, à la fois comme référence du cadre légal de l'aide départementale et comme guide pratique, en soutien de l'exercice des professionnels ou pour éclairer les personnes bénéficiant d'une aide sociale départementale.

Ce règlement constitue également un outil d'information pour les partenaires du Département : associations, établissements et services sociaux et médico-sociaux, Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale ...

Le présent Règlement Départemental d'Aide Sociale a été adopté par le Conseil Départemental de Tarn et Garonne lors de sa séance du

Il annule et remplace tout Règlement antérieur.

Il s'applique à toute personne âgée ou adulte en situation de handicap bénéficiant de l'aide sociale du Département de Tarn et Garonne, quel que soit son lieu de résidence.

Toute personne intéressée peut exercer un recours devant le Tribunal Administratif contre le présent règlement dans un délai de deux mois à compter de sa publication au Recueil des Actes Administratifs.

Toute personne intéressée par une décision individuelle prise en application du présent règlement peut former un recours devant les juridictions de l'aide sociale dans le délai de deux mois à compter du prononcé de la décision.

SOMMAIRE

<u>Les principes généraux de l'aide sociale</u>	p 6
I – Définition de l'Aide Sociale Légale	p 6
II – Caractéristiques de l'Aide Sociale Légale	p 6
<u>Chapitre I – Les conditions générales d'admission à l'aide sociale</u>	p 9
I – Conditions de résidence en France	p 9
II – Conditions de nationalité	p 9
III – Conditions liées aux ressources	p 9
IV – Notion de domicile de secours	p 10
<u>Chapitre II – Les conséquences de l'admission à l'aide sociale</u>	p 13
I – Les participations	p 13
II – Les recours en récupération	p 16
III – La garantie des recours	p 18
IV – Fraudes et indus	p 19
V – Les contrôles	p 19
<u>Chapitre III – La procédure d'admission à l'aide sociale</u>	p 21
I - La procédure d'admission : dispositions communes aux différentes formes d'aide sociale	p 21
II - L'admission d'urgence	p 24
III - Révision des décisions	p 24
<u>Chapitre IV – Les organes de décisions et voies de recours</u>	p 27
I – Le recours gracieux	p 27
II – Les recours contentieux	p 27
III – La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées – CDAPH	p 29
<u>Chapitre V – L'aide médicale</u>	p 31
<u>Chapitre VI – L'aide sociale aux personnes âgées</u>	p 33
<u>Sous-chapitre I – Les aides au maintien à domicile</u>	p 34
I – L'aide ménagère aux personnes âgées	p 34
II – L'allocation représentative des services ménagers	p 35
III – Participation de l'aide sociale aux frais de repas des personnes âgées	p 36
<u>Sous-chapitre II – La prévention de la perte d'autonomie</u>	p 37
I – La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie	p 37
II – L'octroi d'aides techniques individuelles	p 38
<u>Sous-chapitre III – L'accompagnement de la perte d'autonomie : l'APA</u>	p 40
I – Dispositions générales	p 40
II – L'APA à domicile.....	p 45
III – L'APA en accueil familial	p 55
IV – L'APA en établissement	p 56

Sous-chapitre IV – L'aide sociale à l'hébergement en établissement des personnes âgées	p 60
I – Les conditions de prise en charge	p 60
II – Les établissements concernés	p 61
III – Les dispositions financières	p 62
IV – Perception des revenus des bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées admises dans les établissements sociaux ou médico-sociaux	p 64
V – L'admission	p 65
VI – La prise en compte des absences	p 66
VII – L'hébergement en résidence autonomie ou petite unité de vie	p 67
VIII – L'hébergement temporaire	p 68
IX – Les recours et récupérations sur succession des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement	p 69
X – Les frais d'inhumation	p 69
Chapitre VII – L'aide sociale aux personnes handicapées	p 71
Sous-chapitre I – Les aides au maintien à domicile	p 72
I – L'aide ménagère	p 72
II – L'Allocation Représentative des Services Ménagers	p 72
III – La participation aux frais de repas	p 73
Sous-chapitre II – L'Allocation Compensatrice	p 74
I – Définition	p 74
II – Les conditions	p 74
III – La procédure	p 75
IV – Règles de non cumul et droit d'option	p 78
Sous-chapitre III – La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)	p 80
I – Conditions d'attribution	p 80
II – Champ d'application de la PCH à domicile	p 82
III – Les spécificités de la PCH en établissement	p 85
IV – Procédures d'instruction et d'attribution	p 87
V – Règles de cumul et droit d'option	p 93
VI – La PCH pour les bénéficiaires de l'AEEH	p 94
Sous-chapitre IV – La prise en charge en établissement et services médico-sociaux	p 96
I – Conditions générales	p 96
II – La procédure d'admission	p 97
III – Modalités de financement des frais d'hébergement et d'accueil	p 98
IV – Les voies de recours	p 105
Chapitre VIII – L'accueil familial	p 107
I – L'obligation d'être agréé	p 107
II – Les droits et obligations des accueillants et des accueillis	p 113
III – Le contrat d'accueil	p 116
IV – L'obligation de formation	p 119
V – Cas particulier des accueillants familiaux employés par des personnes morales	p 120
VI – La prise en charge des frais d'accueil par l'aide sociale	p 121
Chapitre IX – La prévention et la lutte contre la maltraitance	p 127

Envoyé en préfecture le 14/11/2017

Reçu en préfecture le 14/11/2017

Affiché le



ID : 082-228200010-20171018-CD20171018_21-DE

PRINCIPES GÉNÉRAUX

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE L'AIDE SOCIALE ET DISPOSITIONS COMMUNES AUX PERSONNES ÂGÉES ET AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les articles 111-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles concernent notamment les dispositions communes applicables à l'aide sociale aux personnes âgées et aux adultes handicapés et sont déclinées ci-après.

Les règles particulières concernant l'un ou l'autre de ces publics ou applicables à certaines prestations sont développées dans les chapitres dédiés à cet effet.

I – DÉFINITION DE L'AIDE SOCIALE LÉGALE (articles L114-4 et L123-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

L'Aide Sociale légale est un système de prestations en nature ou en espèce, à domicile ou en établissement. Elle est l'expression de la solidarité de la collectivité à l'égard des personnes qui, en raison de leur état physique et/ou mental, de leur situation économique et/ou sociale, ont besoin d'être aidées.

L'Aide Sociale s'adresse à ceux et à celles qui ne peuvent pas faire face à certains risques, faute de ressources suffisantes ou parce que les régimes de prévoyance (sécurité sociale, mutuelles ...) ne couvrent pas toute la prestation ou ne concerne pas les risques encourus.

Elle est destinée à aider les personnes vulnérables en situation de pauvreté ou de précarité, et les personnes qui ne peuvent pas pourvoir à leur entretien et aux soins qu'exige leur état.

Il s'agit donc d'une solidarité obligatoire qui s'impose aux budget des différents acteurs publics.

L'aide extra-légale ou « aide sociale facultative », quant à elle, regroupe un ensemble d'aides qui relèvent de l'action volontariste et facultative des collectivités territoriales ou de leurs établissements.

Pour bénéficier de l'Aide Sociale, il faut entrer dans l'une des catégories de bénéficiaires prévues par la législation ou bien ouvrir droit à une prestation extra-légale inscrite dans le Règlement Départemental. L'Aide Sociale ne couvre donc pas toutes les situations.

II – CARACTÉRISTIQUES DE L'AIDE SOCIALE LÉGALE (articles L121-5 et L132-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles)

– **Le caractère obligatoire** : le Département a l'obligation d'assurer le financement des prestations d'aide sociale et les dépenses afférentes doivent être inscrites à son budget.

– **Le caractère subsidiaire** : l'aide sociale n'intervient, en principe, qu'après épuisement de tous les moyens de recours aux ressources personnelles, à la solidarité familiale (mise en jeu de l'obligation alimentaire) et aux divers régimes de protection sociale existants (sécurité sociale,

mutuelle, assurance...). Ce principe est appliqué sauf dispositions ~~législatives ou réglementaires~~ contraires.

En outre, il est tenu compte, en matière d'aide à domicile, de l'aide de fait pouvant être apportée par la famille.

– **Le caractère personnel** : le droit à l'aide sociale est personnel, incessible et insaisissable. L'aide sociale est accordée en fonction des besoins et de la situation personnelle du demandeur.

– **Le caractère spécialisé** : les formes d'aide sociale répondent à une logique catégorielle et spécialisée. Elles apportent des réponses à des besoins et des risques spécifiques.

– **Le caractère temporaire et renouvelable** : l'admission à l'aide sociale n'a pas de caractère définitif, elle est prise pour une durée limitée dans le temps. A l'échéance du droit, l'admission peut être renouvelée sur demande du bénéficiaire ou de son représentant légal.

– **Le caractère révisable** : la décision d'admission à l'aide sociale peut être révisée au regard d'éléments nouveaux, lorsque la décision a été prise sur la base d'éléments incomplets ou erronés ou du fait d'une décision judiciaire.

– **Le caractère d'avance** : les sommes versées au titre de l'aide sociale sont, sauf dispositions contraires, des avances récupérables. Ainsi, le Département, en application des textes réglementaires en vigueur, peut tenter des actions tendant à la récupération totale ou partielle du montant des aides avancées. Afin de garantir les récupérations des prestations d'aide sociale avancées, le Département peut prendre une hypothèque légale sur les biens du bénéficiaire.

CHAPITRE I

LES CONDITIONS D'ADMISSION

À L'AIDE SOCIALE

CHAPITRE I

LES CONDITIONS GÉNÉRALES D'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE

« Toute personne résidant en France bénéficie, si elle remplit les conditions légales d'attribution, des formes de l'aide sociale telles qu'elles sont définies par le présent Code. » (article L111-1 du Code de l'action sociale et des familles).

I – CONDITIONS DE RÉSIDENCE EN FRANCE (article L111-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Seules les personnes résidant en France peuvent bénéficier de l'aide sociale.

La résidence en France doit être habituelle et non passagère : toute demande émanant d'un touriste ou d'une personne qui est simplement de passage sur le territoire national est irrecevable.

II – CONDITIONS DE NATIONALITÉ (articles L112-2 et L231-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Pour prétendre au bénéfice de l'aide sociale, il faut :

- soit être français résident,
- soit résider en France sous certaines conditions.

II – 1 Les étrangers issus de l'union européenne et les étrangers ressortissants d'un pays cosignataire d'une convention d'assistance avec la France peuvent prétendre aux prestations d'aide sociale. Ils doivent être en situation de séjour régulier en France. Aucune condition de durée de séjour en France n'est exigée.

II – 2 Les réfugiés et apatrides sont assimilés aux nationaux s'ils sont en situation régulière. Ils doivent bénéficier du statut de réfugié politique ou d'apatride délivré par l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (*Convention de Genève du 28 juillet 1951 et Conférence des Nations Unies du 28 septembre 1954*).

II – 3 Les étrangers non ressortissants d'une convention résidant en France peuvent bénéficier, dans les conditions propres à chacune de ces prestations :

- des prestations d'aide à domicile, à condition qu'ils justifient d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins 15 ans avant l'âge de 70 ans,
- des autres formes d'aide sociale, à condition qu'ils justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France.

III – CONDITIONS LIÉES AUX RESSOURCES

L'Aide Sociale est un avantage subsidiaire et ne peut être demandée qu'en cas d'insuffisance de ressources du demandeur ou de sa famille.

III – 1 Insuffisance de ressources du demandeur (articles L132-1 et L132-2 du Code de l'action sociale et des familles)

L'autorité départementale est tenue de considérer les ressources et les possibilités contributives du postulant et, le cas échéant, de ses obligés alimentaires afin de déterminer si celles-ci ne permettent pas de faire face à la dépense envisagée.

Sauf dispositions contraires prévues par les lois ou règlements, il est tenu compte dans l'appréciation des ressources du demandeur :

- des revenus professionnels ;
- de la valeur en capital des biens non productifs de revenus qui est évaluée dans des conditions fixées par voie réglementaire. Cependant, ne sera pas prise en compte la valeur locative du logement non productif de revenus si le demandeur l'occupe à titre principal ;
- des ressources provenant d'une obligation alimentaire (lorsqu'elle est prévue) ;
- des allocations versées par un régime de sécurité sociale ou de prévoyance ;
- de tout type de pensions ou revenus autres (retraite principale, retraites complémentaires, pension étrangère, pension d'invalidité, pension de veuve de guerre, rente accident de travail, rente viagère...).

Seules la retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques ne sont pas comptabilisées dans le calcul des ressources.

Le postulant à l'aide sociale doit solliciter toutes les prestations auxquelles il est susceptible de prétendre auprès des organismes concernés.

III – 2 Participation financière du demandeur

Les personnes âgées ou handicapées hébergées dans un établissement sont tenues de contribuer au remboursement de leurs frais de séjour dans la limite de 90 % de leurs ressources et doivent disposer d'une somme mensuelle minimum d'argent de poche, dont les modalités de calcul sont fixées par décret.

Les participations aux frais de séjour des personnes âgées ou handicapées hébergées sont exposées dans le chapitre concernant chacune de ces prestations.

III – 3 Les ressources susceptibles de provenir de l'obligation alimentaire

Il s'agit de la mise en œuvre de l'obligation alimentaire prévue aux articles 205 et suivants du Code civil (cf chap. II : Conséquences de l'admission à l'Aide Sociale).

IV – NOTION DE DOMICILE DE SECOURS

La notion de domicile de secours permet de déterminer la collectivité qui assure la prise en charge financière des prestations. En effet, l'article L122-1 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « Les dépenses d'aide sociale sont à la charge du Département dans lequel les bénéficiaires ont leur domicile de secours ».

Pour prétendre aux prestations d'aide sociale du Département de Tarn-et-Garonne, le postulant doit avoir son domicile de secours dans le Tarn-et-Garonne.

IV – 1 Acquisition du domicile de secours (article L122-2 du Code de l'action sociale et des familles)

Le domicile de secours s'acquiert par une résidence habituelle et ininterrompue de 3 mois dans un département.

Le domicile de secours peut être différent du domicile civil ou du domicile politique (le majeur sous tutelle peut avoir un domicile de secours distinct du domicile légal du tuteur).

Le séjour en établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux n'est pas acquisitif de domicile de secours : les intéressés conservent celui qu'ils avaient acquis avant leur entrée en établissement.

L'accueil habituel, à titre onéreux ou au titre de l'aide sociale, au domicile d'un particulier agréé (accueillant familial) n'a pas d'effet sur le domicile de secours qui reste le domicile acquis antérieurement à l'accueil.

IV – 2 La perte du domicile de secours

Le domicile de secours se perd :

- par une absence ininterrompue de 3 mois postérieurement à la majorité ou l'émancipation, sauf si celle-ci est motivée par un séjour dans un établissement sanitaire ou social ou en cas de placement familial évoqué ci-dessus. Si l'absence résulte de circonstances excluant toute liberté de choix du lieu de séjour ou d'un traitement hospitalier situé hors département, le délai de 3 mois ne commence à courir que du jour où ces circonstances n'existent plus ;
- par l'acquisition d'un autre domicile de secours.

IV – 3 Les situations prises en charge par l'État

Seules les personnes dont la présence sur le territoire métropolitain résulte de circonstances exceptionnelles et qui n'ont pas pu choisir librement leur lieu de résidence ou les personnes pour lesquelles aucun domicile fixe ne peut être déterminé relèvent de l'aide sociale de l'État.

Les dossiers relevant de la compétence de l'État sont transmis à la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP).

IV – 4 Contestation du domicile de secours (article L122-4 du Code de l'action sociale et des familles)

S'il estime que le demandeur de l'aide sociale a son domicile de secours dans un autre département, le Président du Conseil Départemental doit transmettre le dossier au Département concerné dans un délai d'un mois à compter du dépôt de la demande. Ce dernier doit alors se prononcer sur sa compétence dans le mois qui suit. S'il ne reconnaît pas sa compétence, il transmet le dossier à la Commission Centrale d'Aide Sociale.

CHAPITRE II

LES CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION
À L'AIDE SOCIALE

CHAPITRE II

LES CONSÉQUENCES DE L'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE

I – LES PARTICIPATIONS

I – 1 Participation du bénéficiaire (*articles L231-1 et R231-3 du Code de l'action sociale et des familles*)

L'admission à l'Aide Sociale peut laisser à la charge du bénéficiaire une partie de la dépense ou une participation financière réglementairement prévue.

De plus, l'aide n'intervient, en principe, qu'après épuisement de tous les moyens de recours aux ressources personnelles, à la solidarité familiale et aux divers régimes de protection sociale existants. Le postulant à l'aide sociale doit solliciter toutes les prestations auxquelles il est susceptible de prétendre auprès des organismes concernés.

Le principe de subrogation : le Département peut se substituer au bénéficiaire de l'aide sociale afin de faire valoir les droits de ce dernier relatifs à ses créances pécuniaires à l'exception des majeurs placés sous protection judiciaire pour qui ce rôle est dévolu au tuteur. Le Département est alors subrogé dans les droits de l'allocataire, dans la limite des prestations allouées.

Cette subrogation du Département peut s'exercer contre toute personne physique ou morale si les créances concernées ne sont ni incessibles, ni insaisissables et que la subrogation a été signifiée au débiteur. Elle s'exerce notamment auprès des mutuelles, des caisses de retraite, des compagnies d'assurance, des débiteurs du bénéficiaire de l'aide sociale (locataire, fermier...).

I – 2 Participation des Obligés Alimentaires (*articles 205 et suivants, article 212, article 214, article 303 et article 515-4 du Code civil*)

En matière d'aide sociale, sauf disposition contraire légale, réglementaire ou figurant au présent règlement, il est fait application des articles du Code Civil qui définissent le devoir de secours et d'assistance, ainsi que l'obligation alimentaire.

En conséquence, pour toute demande d'Aide Sociale qui prévoit la mise en jeu de l'obligation alimentaire, le postulant doit fournir la liste nominative et les coordonnées des personnes tenues envers lui à cette obligation.

Ces dispositions ne s'appliquent pas en matière d'aide ménagère, d'Allocation Compensatrice, de Prestation de Compensation du Handicap et d'Allocation Personnalisée d'Autonomie. S'agissant de l'aide sociale en faveur des personnes handicapées, seule l'obligation alimentaire du conjoint pourrait, au cas par cas, intervenir au titre du devoir de secours.

L'obligation alimentaire est due :

– Entre époux : les époux mariés ont l'obligation de s'entraider financièrement. Ils sont tenus d'un devoir de secours réciproque.

– Entre partenaires pacsés : comme les époux mariés, les ~~partenaires pacsés s'engagent~~ à s'apporter une aide matérielle et une assistance réciproques (il est possible de prévoir dans le contrat de PACS les modalités de cette aide). L'obligation d'aider son partenaire cesse à la dissolution du PACS.

– Entre ascendants et descendants, sans limitation de génération : « *Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère et autres ascendants qui sont dans le besoin* ».

L'enfant adopté de façon plénière a, dans la famille de l'adoptant, les mêmes droits et les mêmes obligations que les autres enfants. En cas d'adoption simple, l'adopté doit des aliments à ses parents adoptifs s'ils sont dans le besoin. L'obligation de fournir des aliments à ses père et mère cesse pour l'adopté dès lors qu'il a été admis en qualité de pupille de l'État ou retirés de son milieu familial par décision judiciaire (*articles 367 du code civil et L228-1 du Code de l'action sociale et des familles*).

– Entre gendres ou belles-filles et beaux parents du demandeur : l'obligation alimentaire entre les conjoints des enfants et les parents de ces derniers est réciproque. L'obligation du gendre et de la belle-fille cesse suite au décès du conjoint qui produisait la parenté et en l'absence d'enfant ou lorsque les enfants issus de leur union sont eux aussi décédés ou en cas de divorce, à la date effective de ce dernier.

Précision : la renonciation par les héritiers à la succession du bénéficiaire ne les dispense pas de leur participation au titre de l'obligation alimentaire.

Exonération de l'obligation alimentaire :

– Suivant l'article L 132-6 du Code de l'action sociale et des familles : « *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 douze premières années de leur vie, sont, sous réserve d'une décision contraire du Juge aux Affaires Familiales, dispensés de droit de fournir cette aide* ». Cette dispense s'étend aux descendants des enfants susvisés.

– Suivant l'article 379 du Code civil, le retrait total de l'autorité parentale « *emporte, pour l'enfant, dispense de l'obligation alimentaire, par dérogation aux articles 205 et 207, sauf disposition contraire dans le jugement de retrait* ».

– Dans une famille recomposée, les enfants du nouveau conjoint ne sont pas tenus d'assumer cette obligation envers leur beau-père ou belle-mère et leurs ascendants.

– Le concubin ou le partenaire pacsé d'un enfant n'a pas d'obligation alimentaire envers les parents de son compagnon ou de sa compagne

– Le Juge aux Affaires Familiales (JAF) a le pouvoir d'exonérer de l'obligation alimentaire notamment lorsque l'obligé alimentaire invoque l'indignité parentale ou conteste l'existence du lien produisant l'obligation alimentaire.

Précision : le non-paiement d'une dette alimentaire constitue un délit pénal d'abandon de famille. Par ailleurs, les débiteurs ayant organisé frauduleusement leur insolvabilité sont passibles de peines prévues par le Code pénal (*article 314-7*).

I – 2 – 1 Mise en jeu de l'obligation alimentaire

En application de l'article L132-6 du Code de l'action sociale et des familles, le Président du Conseil Départemental fixe, en tenant compte du montant de la participation éventuelle des obligés alimentaires, la proportion de l'aide consentie par la collectivité publique.

La décision du Président du Conseil Départemental peut être révisée sur production, par le bénéficiaire de l'Aide Sociale, d'une décision judiciaire rejetant sa demande d'aliments ou limitant l'obligation alimentaire à une somme inférieure à celle qui avait été envisagée par l'organisme d'admission. La décision du Président du Conseil Départemental fait également l'objet d'une révision lorsque les débiteurs d'aliments ont été condamnés à verser des arrérages supérieurs à ceux qu'il avait prévus.

C'est donc au créancier d'aliments lui-même ou à son tuteur de saisir le Juge aux Affaires Familiales (JAF) pour la fixation du montant de la participation alimentaire due par les membres de sa famille qui ont qualité de débiteurs d'aliments.

Cependant, l'article L132-7 du Code de l'action sociale et des familles prévoit « *qu'en cas de carence de l'intéressé, le représentant de l'État ou le Président du Conseil Départemental, peut demander en son lieu et place à l'autorité judiciaire la fixation de la dette alimentaire et le versement de son montant* ».

Par conséquent, dans la pratique, la procédure est la suivante :

- si le postulant à l'Aide Sociale ou son tuteur a déjà saisi le Juge aux Affaires Familiales, la décision judiciaire s'impose au Département,
- si cette démarche n'a pas été effectuée, le Président du Conseil Départemental évalue l'aide que peuvent apporter les obligés alimentaires. Ce montant fait l'objet d'une notification aux débiteurs. Ces derniers ont **deux mois** pour exprimer leur accord et répartir entre eux la somme globale. Au terme de ces deux mois :
 - si les obligés alimentaires sont d'accord pour une répartition, les titres de recette correspondants sont émis par le service financier de la Direction de la Solidarité Départementale à l'encontre des divers débiteurs ;
 - si les obligés alimentaires ont clairement exprimé leur désaccord, le Président du Conseil Départemental saisit le Juge aux Affaires Familiales qui statuera. A noter que les débiteurs peuvent également former un recours devant la Commission Départementale d'Aide Sociale.

À noter : en cas de rejet de l'Aide Sociale, il appartient à l'établissement d'hébergement de saisir lui-même l'autorité judiciaire.

I – 2 – 2 L'évaluation de l'aide des débiteurs d'aliments par les instances décisionnelles (article 208 du Code Civil)

Les aliments ne sont accordés que dans la proportion du besoin de celui qui les réclame et de la fortune de celui qui les doit.

Ni le Code d'action sociale et des familles, ni le Code civil ne prévoient un barème permettant d'apprécier la capacité contributive des obligés alimentaires. Cette évaluation est laissée

à l'entière appréciation des instances décisionnelles.

Le tableau des seuils d'exonération de l'obligation alimentaire, ainsi que les modalités de calcul sont joints en annexe 1.

I – 2 – 3 Le recouvrement des dettes alimentaires

Le recouvrement est effectué par le Payeur Départemental au moyen d'un titre exécutoire, soit par l'accord de l'intéressé, soit par décision judiciaire.

En principe, les titres sont émis pour chaque obligé alimentaire mais la loi permet à l'administration titulaire d'un droit de créance de solliciter un seul débiteur pour la totalité de la somme, ce dernier devant alors se retourner vers les autres débiteurs par le jeu de l'action récursoire.

II – LES RECOURS EN RÉCUPÉRATION

Les prestations servies par le Département donnent lieu à des recours en récupération dans la limite des sommes versées (cf annexe 2). Le montant des sommes à récupérer est arrêté par le Président du Conseil Départemental.

Toutefois, aucun recours en récupération ne peut être exercé en matière d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie, de Prestation de Compensation du Handicap et d'Allocation Compensatrice.

En application de l'article L132-8 du Code de l'action sociale et des familles, les recours en récupération sont exercés à l'encontre :

- du bénéficiaire revenu à meilleure fortune,
- du bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie,
- du donataire,
- du légataire,
- de la succession du bénéficiaire.

II – 1 Recours contre le bénéficiaire « revenu à meilleure fortune »

Un recours peut être exercé contre le bénéficiaire de l'Aide Sociale dont la situation pécuniaire vient à s'améliorer de manière suffisante postérieurement à l'admission à l'aide sociale (héritage, mariage, enrichissement d'un débiteur...), permettant à ce dernier de recouvrer une créance jugée jusqu'alors irrécouvrable.

Le remboursement des prestations est soumis à l'examen du Président du Conseil Départemental qui peut décider le remboursement total ou partiel de la créance du Département.

II – 2 Recours contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie

Un recours peut être exercé contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de 70 ans. Quand la récupération concerne plusieurs bénéficiaires, celle-ci s'effectue au prorata des sommes versées à chacun de ceux-ci.

II – 3 Recours contre le donataire (*article L132-8 du Code de l'action sociale et des familles*)

Le Département a un droit de recours contre le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'Aide Sociale ou dans les dix ans qui l'ont précédée.

Le recours concerne les donations de biens mobiliers et/ou immobiliers. Les donations donnent lieu à recours quelles que soient leurs formes (actes notariés ou donation déguisée).

Lorsque la donation prend figure de vente, le Département peut être subrogé dans l'action en rescision du vendeur.

II – 4 Recours contre le légataire (*articles L132-8, L132-9 et R132-14 à R132-16 du Code de l'action sociale et des familles*)

Ce recours en récupération est dirigé contre les personnes ayant reçu par testament une partie ou la totalité de la succession du bénéficiaire décédé. Cette action en récupération est exercée dans la limite de la valeur appréciée au jour d'ouverture de la succession, des biens légués et jusqu'à concurrence des prestations avancées par le Département.

II – 5 Recours sur la succession

II – 5 – 1 Le principe

Les recours contre la succession des bénéficiaires de l'Aide Sociale sont exercés par le Département, en récupération de tout ou partie des prestations servies. Le montant des sommes à récupérer est arrêté par le Président du Conseil Départemental.

Le recours sur succession est effectué jusqu'à concurrence du montant des prestations allouées et dans la limite de la valeur de l'actif net successoral (c'est-à-dire une fois que les dettes du bénéficiaire ont été soldées). Les héritiers ne sont jamais tenus de rembourser sur leurs deniers personnels la part de créance non couverte par l'actif successoral.

Le Président du Conseil Départemental, appelé à se prononcer sur l'exercice du recours, peut décider de reporter la récupération au décès du conjoint survivant quand celui-ci occupe l'immeuble successoral ou dispose de peu de ressources et, à titre exceptionnel, en faveur d'autres membres de la famille lorsqu'ils se trouvent dans une situation sociale particulièrement difficile.

Si le service de l'Aide Sociale Adultes a eu connaissance de la succession après liquidation des biens, la récupération sera poursuivie sur les héritiers en fonction de la part d'actif dévolue à chacun d'eux et, le cas échéant, sur le patrimoine personnel des héritiers.

Lorsqu'il n'y a pas d'héritier connu ou lorsque les héritiers ont renoncé à la succession, le Président du Conseil Départemental peut demander au juge de déclarer la succession vacante et d'en confier la curatelle au service des Domaines qui procédera au remboursement de la créance départementale.

II – 5 – 2 Les limites du recours sur succession

Aide ménagère (article R132-12 du Code de l'action sociale et des familles)

Le recours sur la succession ne s'exerce que sur la partie de l'actif net successoral qui excède 46 000 €. Seules les dépenses supérieures à 760 € et pour la part qui excède ce montant, peuvent donner lieu à recouvrement.

Hébergement des personnes handicapées (articles L241-4, L344-5 et D344-40 du Code de l'action sociale et des familles)

En application de l'article L344-5 du Code de l'action sociale et des familles, il n'est exercé aucun recours en récupération des frais d'hébergement des personnes handicapées lorsque les héritiers du bénéficiaire décédé sont son conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge de la personne handicapée.

III – LA GARANTIE DES RECOURS

III – 1 L'hypothèque légale (articles L132-9 et R132-16 du Code de l'action sociale et des familles et article 2428 du Code civil)

Le Président du Conseil Départemental peut requérir l'inscription d'une hypothèque légale sur les immeubles et biens appartenant au bénéficiaire de l'Aide Sociale qui en conserve toutefois la libre disposition. Aucune hypothèque n'est inscrite sur un usufruit.

Aucune inscription hypothécaire ne peut être prise en matière d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, de Prestation de Compensation du Handicap, d'Allocation Compensatrice et de prestations d'aide sociale à domicile.

Cette hypothèque ne peut être prise que si les biens immobiliers du bénéficiaire de l'aide sociale représentent une valeur égale ou supérieure à 1 500 €, valeur appréciée à la date de l'inscription. L'hypothèque prend rang à compter de cette date.

Si les prestations allouées dépassent l'évaluation figurant sur le bordereau d'inscription primitif, le Département peut requérir une nouvelle inscription hypothécaire.

III – 2 Main levée de l'hypothèque (article R132-16 du Code de l'action sociale et des familles)

Après le remboursement de la créance ou après décision de remise de la dette d'Aide Sociale, la radiation de l'hypothèque est faite par le conservateur des hypothèques sur requête du Président du Conseil Départemental.

III – 3 Prescription de l'action en récupération (article 2262 du Code civil)

Le délai de prescription de l'action en recouvrement est celui du droit commun prévu à l'article 2262 du Code Civil qui déclare que « toutes les actions personnelles et mobilières se prescrivent par cinq ans à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits qui lui permettent de l'exercer ».

IV – FRAUDES ET INDUS

IV – 1 La fraude (articles L313-1, L313-7 et L313-8 du Code pénal)

Au delà des poursuites en récupération, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir des prestations au titre de l'aide sociale s'expose à des peines prévues par le Code Pénal.

IV – 2 L'indu (articles L245-8 et R131-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Sans préjudice des dispositions prévues au paragraphe III (*Recours en récupération*), si des avantages d'aide sociale ont été attribués à tort du fait d'une erreur ou d'une omission du demandeur ou du Département, les sommes indûment versées sont remboursables par le bénéficiaire ou, le cas échéant, par sa succession.

L'action en répétition de l'indu est exercée par le Président du Conseil Départemental. Elle se prescrit par deux ans pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'Allocation Compensatrice et la Prestation de Compensation du Handicap, sauf en cas de fraude ou de déclaration fausse ou incomplète. Pour les autres prestations, elle se prescrit par 5 ans.

V – LES CONTRÔLES (articles L133-1 et L133-2 du Code de l'action sociale et des familles)

Le Président du Conseil Départemental habilite les agents départementaux chargés de contrôler le respect des règles applicables aux formes d'aide sociale de toute nature à la charge du Département.

L'affectation à des fonctions relevant du domaine de l'aide sociale vaut habilitation d'office.

Les contrôles, que les agents habilités ont vocation à engager, s'exercent sur place et sur pièces, dans les conditions définies par la réglementation en vigueur.

Sont assujettis aux contrôles mentionnés à l'alinéa précédent :

- les bénéficiaires de l'aide sociale départementale, quelle que soit la forme d'aide dont ils bénéficient ;
- les établissements et services, les institutions et les organismes de toute nature habilités par le Président du Conseil Départemental à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- les établissements, les institutions et les organismes de toute nature engageant des actions sociales et/ou délivrant des prestations d'aide sociale, dès lors que ces actions ou prestations sont financées, en tout ou partie, directement ou indirectement, par le Département ;
- les particuliers habilités par le Président du Conseil Départemental à recevoir, à leur domicile et à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes (accueillants familiaux).

Conformément à l'article L133-2 du Code de l'action sociale et des familles, les agents départementaux habilités exercent un pouvoir de contrôle technique sur les institutions sociales et médico-sociales dont la création est subordonnée à une autorisation du Président du Conseil Départemental.

CHAPITRE III

LA PROCÉDURE

CHAPITRE III

LA PROCÉDURE D'ADMISSION À L'AIDE SOCIALE

L'admission à une prestation d'aide sociale est prononcée au vu des conditions d'attribution telles qu'elles résultent des dispositions législatives ou réglementaires et, pour les prestations légales relevant du Département ou pour les prestations que le Département crée de sa propre initiative, suivant les conditions d'attribution prévues au présent règlement.

Toute personne dont les ressources sont insuffisantes et qui remplit par ailleurs les conditions de résidence, d'âge ou d'invalidité fixées par la loi pour l'admission au bénéfice de l'aide sociale, peut être prise en charge à ce titre par le Département.

I – LA PROCÉDURE D'ADMISSION : DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES FORMES D'AIDE SOCIALE

I – 1 Dépôt de la demande (*articles L123-5 et L131-1 du Code de l'action sociale et des familles*)

Les demandes d'admission au bénéfice de l'aide sociale doivent être déposées au Centre Communal (ou Intercommunal) d'Action Sociale (ou, à défaut, à la Mairie) du lieu de résidence de l'intéressé(e).

Ces demandes donnent lieu à l'établissement d'un dossier par le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale qui peut utiliser, à cet effet, des visiteurs-enquêteurs.

Il n'appartient pas aux Communes ou Intercommunalités de juger du bien-fondé de la demande : elles ne peuvent légalement opposer un refus à un dépôt de dossier d'Aide Sociale.

Les demandes d'Allocation Personnalisée d'Autonomie peuvent être déposées directement auprès de la Direction de la Solidarité Départementale par le demandeur, les dossiers de Prestation de Compensation du Handicap auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

I – 2 Constitution du dossier (*article L131-1 du Code d'action sociale et des familles*)

Ce dossier doit comporter tous les renseignements permettant d'en apprécier la validité en fonction de chaque prestation. Il comprend :

- Un dossier familial d'aide sociale qui réunit tous les éléments nécessaires à l'examen des droits du requérant (état civil, résidence, capitaux et ressources, personnes à charge), dont les justificatifs doivent être fournis (extrait de matrice cadastrale, ressources, carte d'assuré social, avis d'imposition, déclaration de ressources, attestation bancaire des intérêts des capitaux placés...).
- L'imprimé CERFA de demande d'aide sociale signé par le demandeur ou son tuteur légal.
- Tout acte notarié, vente ou donation.
- Les imprimés relatifs à l'obligation alimentaire.
- La liste des pièces à fournir est annexée au dossier de demande d'aide sociale.

La validité des éléments contenus dans le dossier correspond à la date de demande de l'aide accordée. Pour tout renouvellement, le demandeur devra donc fournir à nouveau les pièces actualisées constitutives du dossier.

Les bénéficiaires de l'aide sociale ont l'obligation d'avertir le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociales (CCAS ou CIAS) de toute modification de leur situation susceptible d'entraîner une révision de leur dossier. Le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale informe la Direction de la Solidarité Départementale de tout changement de situation d'un bénéficiaire de l'aide sociale dont il pourrait avoir connaissance.

Le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale avertit le demandeur des conséquences de l'admission à l'aide sociale.

Toutes les rubriques d'un dossier d'aide sociale sont très importantes et doivent être complétées avec soin.

Si une rubrique n'est pas complétée, la mention « NEANT » doit être apposée.

Le demandeur d'Aide Sociale peut, à tous les stades de la procédure, solliciter l'annulation de la demande d'Aide Sociale, par simple courrier adressé au Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale qui le transmet à la Direction de la Solidarité Départementale, ou l'adresser directement à la Direction de la Solidarité Départementale .

I – 3 Transmission du dossier à la Direction de la Solidarité Départementale

(articles L131-1 et R131-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale :

- complète le dossier,
- donne un avis motivé sur la demande,
- transmet le dossier complet et signé par le demandeur (ou son tuteur), dans le mois qui suit le dépôt de la demande, à la Direction de la Solidarité Départementale.

Le service Aide Sociale Adultes de la Direction de la Solidarité Départementale accuse réception de la demande, instruit le dossier et lorsqu'il est complet, effectue les contrôles nécessaires sur pièces. Les agents du service d'Aide Sociale Adultes formulent une proposition qui est soumise à l'examen du Président du Conseil Départemental pour décision.

Dans le cadre de l'instruction de la demande d'admission, le demandeur accompagné, le cas échéant, de la personne de son choix ou son représentant dûment mandaté, peut être entendu à sa demande et préalablement à la décision le concernant.

I – 4 La décision *(article L131-2 du Code de l'action sociale et des familles)*

A la suite de la proposition formulée par le Service d'Aide Sociale Adultes de la Direction de la Solidarité Départementale, le Président du Conseil Départemental peut prononcer :

- Une admission totale pour la part des frais non-couverts par les ressources du demandeur pour les frais d'hébergement en établissement médico-social pour personnes âgées ou personnes handicapées, déduction faite d'un minimum légal de ressources au titre de l'argent de poche.

- Une admission partielle :
 - avec une participation financière des obligés alimentaires,
 - avec une participation minimum légale du demandeur pour l'aide ménagère servie aux personnes âgées ou personnes handicapées.
- L'ajournement pour complément d'information.
- Le rejet de la demande ou la fin de la prise en charge de l'Aide Sociale, lorsque les conditions d'admission ne sont pas remplies ou en cas d'absence de renseignements permettant l'appréciation du besoin d'aide.
- La récupération des frais avancés par l'Aide Sociale :
 - recours contre la succession du bénéficiaire ou le légataire,
 - recours à l'encontre du (ou des) donataire(s),
 - recours contre le bénéficiaire « revenu à meilleure fortune »,
 - recours contre le bénéficiaire d'une assurance-vie.

Le Département n'impose pas les participations individuelles des personnes tenues à l'obligation alimentaire : il fixe la proportion de l'aide consentie par la collectivité publique, le solde restant à la charge des débiteurs d'aliments. En cas de désaccord, l'autorité judiciaire fixe la contribution des appelés à l'obligation (Juge aux Affaires Familiales).

Les décisions sont prises pour une durée variable, en fonction des formes d'aide, elles n'ont pas un caractère définitif et peuvent être révisées à échéance ou à tout moment en cas d'évolution de la situation du demandeur ou de l'un de ses obligés alimentaires.

I – 5 La notification (*articles R131-1 et R132-9 du Code de l'action sociale et des familles et article R421-5 du Code de justice administrative*)

Toute décision relative à l'admission à l'aide sociale prise par le Président du Conseil Départemental est notifiée au demandeur. La décision est accompagnée d'un accusé de réception, que le demandeur devra impérativement retourner à la Direction de la Solidarité Départementale, afin de connaître l'éventuelle date de départ du délai de recours contre la décision. Lorsque cet accusé n'a pu être signé, le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale de la commune de la résidence de secours du demandeur le retourne à la Direction de la Solidarité Départementale, en indiquant le motif.

Le Président du Conseil Départemental est également tenu d'informer le maire et/ou le président du Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale, de la commune dans laquelle la demande d'admission à l'aide sociale a été déposée, de sa décision.

Pour l'Aide Sociale à l'Hébergement (personnes âgées ou handicapées), une notification supplémentaire est transmise à l'établissement qui devra en aviser son comptable.

Pour les services ménagers, une notification supplémentaire est transmise par la Direction de la Solidarité Départementale aux services d'aide à domicile.

En cas de sollicitation des Obligés Alimentaires, une notification leur est adressée.

Les voies et délais de recours figurent sur les notifications.

I – 6 Durée de validité des décisions d'admission à l'Aide Sociale

Les dates de validité de l'aide sociale sont fixées par le Président du Conseil Départemental.

Cependant, afin d'harmoniser les décisions sur l'ensemble du département, les périodes de validité des différentes aides ont été déterminées suivant les durées ci-dessous. Elles peuvent faire l'objet d'adaptation si la situation du demandeur l'exige :

- Aide Ménagère (ou Allocation Représentative de Services Ménagers) : 2 ans.
- Hébergement des personnes âgées : 5 ans.
- Placement Familial : 5 ans.
- Allocation Compensatrice, hébergement des personnes handicapées, Prestation de Compensation du Handicap : suivant les dates fixées par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
- Allocation Personnalisée d'Autonomie : 5 ans.

En cas de décès du bénéficiaire, la prestation, de quelque nature qu'elle soit, est due jusqu'au jour du décès inclus.

II – L'ADMISSION D'URGENCE (articles L131-3, L232-12 et L245-2 du Code de l'action sociale et des familles)

La procédure d'admission d'urgence est une procédure administrative exceptionnelle.

Elle peut être prononcée par le Maire, lorsque l'admission pour l'accueil dans un établissement d'hébergement ou l'attribution en nature de l'aide ménagère à une personne âgée privée brusquement de l'assistance de la personne dont l'aide était nécessaire à son maintien à domicile.

L'admission d'urgence contraint l'administration départementale à engager les frais consécutifs à une demande de prestation d'aide sociale, avant même que le Président du Conseil Départemental n'ait statué sur la demande.

La décision d'admission d'urgence doit être notifiée par le Maire au Président du Conseil Départemental dans les **3 jours** avec demande d'avis de réception.

L'admission d'urgence n'est qu'une mesure provisoire **qui doit être complétée par la constitution du dossier** réglementaire par le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale, **dans le mois qui suit**. Ce dossier sera soumis pour décision au Président du Conseil Départemental, selon la procédure normale décrite préalablement.

En cas d'admission dans un établissement, le directeur est tenu de notifier au Président du Conseil Départemental, dans les quarante-huit heures, l'entrée de toute personne ayant fait l'objet d'une décision d'admission d'urgence à l'aide sociale ou sollicitant une telle admission.

L'inobservation des délais prévus ci-dessus entraîne la mise à la charge exclusive de la commune, en matière d'aide à domicile, et de l'établissement, en matière de prise en charge des frais de séjour, des dépenses exposées jusqu'à la date de la notification.

En cas de rejet par le Président du Conseil Départemental, les ~~sommes avancées au titre de~~ l'aide sociale sont récupérées **sur le demandeur**.

N. B. : L'admission d'urgence peut être prononcée par le Président du Conseil Départemental en matière d'APA, en cas d'urgence attestée d'ordre médical ou social, à titre provisoire, pour un montant forfaitaire déterminé par décret. Il peut également attribuer la Prestation de Compensation du Handicap dans les mêmes conditions.

III – RÉVISION DES DÉCISIONS

Sur demande écrite des personnes concernées (bénéficiaire ou représentant légal ou obligés alimentaires), ou à l'initiative du Département, le dossier d'un bénéficiaire de l'aide sociale peut être révisé à tout moment lorsque des éléments nouveaux modifient la situation au vu de laquelle la décision d'attribution d'aide sociale est intervenue (évolution de l'état physique du bénéficiaire, modification des ressources ou de la situation familiale...).

C'est celui qui demande la révision (bénéficiaire ou administration) qui doit apporter la preuve du fait nouveau.

La révision pour élément nouveau ne peut porter que sur des décisions qui ont accordé le bénéfice de l'Aide Sociale. En effet, si l'examen de la demande d'aide sociale a abouti à un rejet de l'aide demandée, le postulant devra effectuer une nouvelle demande s'il estime que l'évolution de sa situation lui permet désormais de remplir les conditions requises.

La révision pour élément nouveau peut aboutir à :

- un rejet de l'aide accordée,
- une diminution de l'aide,
- une augmentation de l'aide,
- une modification de la forme d'aide.

Cependant, la révision pour fait nouveau ne peut opérer rétroactivement.

CHAPITRE IV

LES ORGANES DE DÉCISION

ET VOIES DE RECOURS

CHAPITRE IV

LES ORGANES DE DÉCISION ET VOIES DE RECOURS

En application de la législation en vigueur, la décision d'admission à l'aide sociale est prise par le représentant de l'État pour les prestations qui sont à la charge de l'État et par le Président du Conseil Départemental pour les autres prestations.

I – LE RECOURS GRACIEUX *(articles R421-1 à R421-5 du Code de justice administrative)*

Le recours gracieux est un recours administratif qui peut être exercé par chaque administré contre une décision prise à son encontre par l'autorité administrative. Il s'agit d'une demande de réexamen du dossier par l'administration, qui se distingue donc du recours contentieux.

L'administré dispose d'un délai de deux mois, à compter de la date de la notification de la décision qu'il souhaite contester, pour former ce recours auprès du Président du Conseil Départemental.

La requête, formulée par courrier adressé au Président du Conseil Départemental, doit être motivée et accompagnée de toutes les pièces pouvant permettre la révision de la décision.

Le Président du Conseil Départemental peut rejeter le recours gracieux, y faire droit totalement ou partiellement ou n'y donner aucune réponse. Si le Président du Conseil Départemental n'a pas répondu dans les deux mois suivant la demande de recours, celle-ci est considérée comme rejetée.

Si la procédure de recours gracieux conduit au maintien de la décision initiale, un nouveau délai de deux mois, à compter de cette dernière notification, est ouvert pour former un recours contentieux.

II – LES RECOURS CONTENTIEUX

II – 1 La Commission Départementale d'Aide Sociale *(articles L134-1, L134-4, L134-6, L134-9, R134-10 et R134-12 du Code de l'action sociale et des familles)*

A l'exception des décisions relevant de l'aide sociale extra-légale, les décisions du Président du Conseil Départemental ou du représentant de l'État, peuvent faire l'objet d'une contestation de la part des intéressés auprès de la **Commission Départementale d'Aide Sociale** dans des conditions fixées par voie réglementaire.

La Commission Départementale d'Aide Sociale constitue le premier degré de juridiction des litiges relatifs aux décisions du Président du Conseil Départemental pour les prestations d'aide sociale relevant de sa compétence. Elle est présidée par le Président du Tribunal de Grande Instance.

II – 1 – 1 Procédure

La Commission Départementale d'Aide Sociale peut être saisie par le demandeur de l'aide sociale, ses obligés alimentaires, l'établissement ou le service qui fournit les prestations, le maire, le Président du Conseil Départemental, le Préfet de Département, les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole et par tout habitant ou contribuable de la commune ou du département ayant un intérêt direct à la réformation de la décision.

Le recours doit être écrit, motivé et formulé auprès du secrétariat de la Commission Départementale dans un délai de 2 mois à compter de la date de notification de la décision contestée.

Le demandeur peut être entendu par la Commission Départementale d'Aide Sociale s'il le souhaite et être accompagné par la personne ou l'organisme de son choix.

Les recours formés devant la Commission Départementale d'Aide Sociale ne sont pas suspensifs. La décision contestée continue donc de s'appliquer jusqu'à la décision de la Commission Départementale d'Aide Sociale .

La décision de la Commission Départementale d'Aide Sociale est notifiée intégralement aux intéressés et peut être contestée devant la Commission Centrale d'Aide Sociale.

II – 1 – 2 Organisation et fonctionnement de la Commission Départementale d'Aide Sociale

Le secrétariat de la Commission Départementale d'Aide Sociale est géré par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP), qui assure également le suivi des appels en Commission Centrale d'Aide Sociale et des pourvois en cassation devant le Conseil d'État.

La Commission Départementale d'Aide Sociale est présidée par le Président du Tribunal de Grande Instance du chef lieu du département ou son représentant.

II – 2 La Commission Centrale d'Aide Sociale (CCAS) *(articles L134-2, L134-3, L134-4, L134-5, R134-10 et R134-11 du Code de l'action sociale et des familles)*

Les recours formés devant la Commission Centrale d'Aide Sociale ne sont pas suspensifs. Les décisions contestées continuent donc de s'appliquer jusqu'à la décision de la Commission.

Les décisions de la Commission Centrale d'Aide Sociale peuvent faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'État.

II – 2 – 1 Délai de recevabilité de l'appel

Les intéressés disposent d'un délai de 2 mois à réception de la notification de décision de la Commission Départementale pour former un appel devant la Commission Centrale. Le recours doit être formulé par écrit et motivé.

Le demandeur, accompagné de la personne ou de l'organisme de son choix, peut être

entendu lorsqu'il le souhaite par la Commission Centrale. L'assistance d'un avocat est donc possible mais pas obligatoire.

La décision de la Commission Centrale d'Aide Sociale est notifiée aux intéressés.

II – 2 – 2 Organisation et fonctionnement de la Commission Centrale d'Aide Sociale

La Commission Centrale d'Aide Sociale est composée de sections et de sous-sections dont le nombre est fixé par décret en Conseil d'État.

Le Président de la Commission Centrale est nommé par le Ministre chargé de l'action sociale sur proposition du vice-président du Conseil d'État parmi les conseillers d'État en activité ou honoraires.

Chaque section ou sous-section comprend en nombre égal, d'une part, des membres du Conseil d'État, des magistrats de la Cour des Comptes ou des magistrats de l'ordre judiciaire en activité ou honoraires désignés respectivement par le vice-président du Conseil d'État, le premier président de la Cour des Comptes ou le Ministre de la Justice et, d'autre part, des personnes particulièrement qualifiées en matière d'aide ou d'action sociale désignées par le ministre chargé de l'action sociale.

Les membres de la Commission Centrale sont nommés pour une durée de 4 ans, renouvelable.

III – LA COMMISSION DES DROITS ET DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES HANDICAPÉES *(articles L146-9, L241-6, R241-31 du Code de l'action sociale et des familles)*

Instituée aux termes de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées se substitue aux anciennes COTOREP et CDES.

Cette instance est rattachée à la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne handicapée, notamment en matière d'attribution de prestations et d'orientations, se basant sur l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire et tenant également compte des souhaits exprimés par la personne handicapée dans son projet de vie.

Cette instance est, entre autres, compétente pour :

- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion professionnelle et sociale,
- l'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés et de la Prestation de Compensation du Handicap,
- désigner les établissements ou services concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé, ainsi que statuer sur l'accompagnement des

personnes handicapées âgées de plus de 60 ans hébergées dans les structures spécialisées.

Les décisions de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées sont motivées. Leur durée de validité ne peut être inférieure à un an, ni excéder cinq ans, sauf dispositions législatives ou réglementaires contraires.

La décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées est notifiée par le Président de la commission à la personne handicapée ou à son représentant légal, ainsi qu'aux organismes concernés.

CHAPITRE V

L'AIDE MÉDICALE

L'Aide Médicale a été supprimée par la loi du 27 juillet 1999 créant la Couverture Maladie Universelle (CMU). En effet, à compter du 1er janvier 2000, la prise en charge des frais médicaux relève de la compétence de la CAISSE d'ASSURANCE MALADIE pour la couverture maladie de base et la couverture maladie complémentaire.

Néanmoins, les personnes ayant bénéficié de l'Aide Médicale restent soumises aux dispositions relatives à la récupération des sommes avancées à ce titre.

L'Aide Ménagère Complémentaire de Soins, entrant dans le cadre de l'Aide Médicale avant la parution de la loi, ne fait plus l'objet d'un traitement spécifique, les conditions de droit commun pour l'Aide Ménagère aux personnes âgées ou handicapées sont applicables à des situations de besoin de services ménagers pour motif médical.

CHAPITRE VI

L'AIDE SOCIALE AUX

PERSONNES ÂGÉES

CHAPITRE VI

L'AIDE SOCIALE

AUX PERSONNES ÂGÉES

Les prestations légales d'Aide Sociale aux personnes âgées comprennent :

Sous-chapitre I : Les aides au maintien à domicile :

- Aide Ménagère ou Allocation Représentative des Services Ménagers (ARSM).
- Frais de repas.

Sous-chapitre II : La prévention de la perte d'autonomie :

- Les actions d'information et de prévention et les aides techniques individuelles

Sous-chapitre III : L'accompagnement de la perte d'autonomie :

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Sous-chapitre IV : L' aide à l'hébergement :

- Accueil en établissement.
- Accueil Familial (cf chapitre VIII).

SOUS - CHAPITRE I

LES AIDES AU MAINTIEN AU DOMICILE

I – L'AIDE MÉNAGÈRE AUX PERSONNES ÂGÉES

I – 1 Les conditions pour bénéficier de l'aide ménagère (articles L111-2 al 4, L113-1, L113-3, L231-1, L231-2, R231-1 et R231-2 du Code de l'action sociale et des familles)

- Remplir les conditions d'âge : 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail.
- Vivre seul ou avec une personne qui ne peut apporter cette aide.
- Justifier de ressources inférieures au plafond d'octroi de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées. Toutes les ressources (hormis les créances alimentaires, les prestations familiales et les aides au logement) de tous les membres du foyer sont prises en compte. Si les ressources dépassent ce plafond, la personne peut s'adresser à la Caisse qui sert la retraite principale ou à la Caisse des Dépôts et Consignations pour les titulaires de l'Allocation Spéciale de Vieillesse.
- L'aide ménagère doit être nécessaire au maintien à domicile. Le besoin est apprécié au moyen d'une enquête médico-sociale décrivant l'état d'autonomie du demandeur (qui doit être classé en GIR 5/6), accompagnée d'un certificat médical.

I – 2 Les modalités d'attribution (articles L131-1, L131-2, L131-3 et L231-2 du Code de l'action sociale et des familles)

La demande est déposée à la mairie ou au Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale du domicile du demandeur, qui constitue le dossier réglementaire.

L'admission d'urgence à l'aide ménagère peut être prononcée par le maire.

Les personnes bénéficiaires d'une clause de soins contenue dans un acte notarié ne peuvent prétendre au bénéfice des services ménagers.

I – 3 Les prestations (articles L231-2 et R231-2 du Code de l'action sociale et des familles)

La durée mensuelle du service de l'aide ménagère est fixée par le Président du Conseil Départemental en fonction du besoin d'aide matérielle évalué d'après les indications de l'enquête sociale.

Le maximum d'heures pouvant être attribué est de :

- 30 heures par mois pour une personne seule,
- 48 heures par mois pour un couple.

L'admission est valable deux ans.

En cas de renouvellement, et deux mois avant la date d'expiration, un nouveau dossier est constitué à l'initiative du bénéficiaire. A cet effet, les services d'aide à domicile peuvent signaler aux bénéficiaires la fin de validité de l'aide accordée.

Il appartient aux services d'aide à domicile ou au Maire de la Commune de signaler tout changement modifiant la situation de la personne auprès du service d'Aide Sociale Adultes de la Direction de la Solidarité Départementale.

Durant la période d'admission, une augmentation du nombre des heures accordées peut être octroyée sous réserve du dépôt d'une demande de révision.

Date de début de l'aide : l'aide est attribuée à compter du jour indiqué par la décision du Président du Conseil Départemental, si aucune admission d'urgence n'a été prononcée.

I – 4 Règlement de la prestation (*articles L231-1 et R231-1 du Code de l'action sociale et des familles*)

La prestation est accordée en nature ou, sur demande expresse et motivée de la personne âgée, sous forme d'allocation représentative des services ménagers.

Les heures sont effectuées par les services d'aide à domicile habilités à l'aide sociale, dont l'intervention se fait en mode prestataire.

Le taux horaire de paiement de l'heure d'aide ménagère aux services prestataires est fixé par arrêté du Président du Conseil Départemental. Cet arrêté fixe également la participation forfaitaire horaire des bénéficiaires de cette prestation.

Cette participation est versée directement par la personne âgée à l'organisme d'aide à domicile qui a effectué la prestation.

II – L'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DES SERVICES MÉNAGERS
(*articles L231-1 et L232-23 du Code de l'Action Sociale et des Familles*)

L'allocation représentative des services ménagers est accordée lorsqu'il n'existe pas de service d'aide à domicile sur place ou s'il est insuffisant.

Les conditions d'attribution de cette allocation représentative sont les mêmes que pour les services ménagers en nature (*cf I – 1 Les conditions pour bénéficier de l'aide ménagère*) .

Les personnes percevant cette allocation en lieu et place de l'aide en nature doivent justifier d'une utilisation conforme à sa destination, en produisant, notamment une fiche de salaire de la personne employée.

Le montant mensuel de l'allocation représentative, ne peut être supérieur à 60 % du coût des services ménagers susceptibles d'être accordés. Le taux horaire est celui de l'aide en nature.

III – PARTICIPATION DE L'AIDE SOCIALE AUX FRAIS DE REPAS DES PERSONNES ÂGÉES *(article R231-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles)*

Les repas fournis aux personnes âgées par des structures habilitées peuvent être partiellement pris en charge par l'aide sociale.

Le montant de la participation du Département est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental.

L'organisme gestionnaire adresse sa facture au Département et récupère le reste à charge auprès du bénéficiaire.

Les conditions d'attribution sont identiques à celles permettant l'attribution de l'aide ménagère.

La participation de l'aide sociale aux frais de repas n'est pas cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

SOUS-CHAPITRE II

LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE : LES ACTIONS D'INFORMATION ET DE PRÉVENTION ET LES AIDES TECHNIQUES INDIVIDUELLES

I – LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (CFPPA) *(article R233-13 et suivants du Code de l'action sociale et des familles)*

Issue de la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, la conférence des financeurs établit, pour 5 ans, **un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention**, en complément des prestations légales et réglementaires.

Ce programme s'adresse aux personnes âgées de plus de 60 ans résidant dans le département.

Il porte sur :

- l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile ;
- l'attribution du forfait autonomie destiné aux résidences autonomes accueillant des personnes âgées ;
- la coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) intervenant auprès de personnes âgées et par les Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile (SPASAD) ayant opté pour une organisation intégrée ;
- le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie (notamment actions d'information, de formation et/ou de soutien) ;
- le développement d'autres actions individuelles ou collectives visant à informer les personnes âgées de 60 ans et plus, à les sensibiliser ou à modifier leurs comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie (actions de prévention de tous ordres).

La Conférence des Financeurs, présidée par le Président du Conseil Départemental, se compose de différents acteurs du champ de l'action sociale en faveur des personnes âgées (Département, Agence Régionale de Santé qui en assure la vice-présidence, ANAH, régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, fédération d'institutions de retraites complémentaires, organismes régis par le Code de la mutualité, des représentants de collectivités territoriales et des Établissements Publics de Coopération Intercommunales (EPCI) volontaires).

II – L'OCTROI D'AIDES TECHNIQUES INDIVIDUELLES (articles R233-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles)

Le programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention, élaboré par la Conférence des Financeurs, doit, entre autres, faciliter l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile. La définition et les conditions d'octroi de ces aides ont été précisées par décret.

II – 1 Définition (articles R233-6 et suivants du Code de l'action sociale et des familles)

Les aides techniques individuelles sont constituées de tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté, spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destiné à une personne âgée de 60 ans et plus (installation d'une rampe ou de chemins lumineux antichute, remplacement d'une baignoire par une douche...).

Ces aides et équipements doivent contribuer :

- à maintenir ou à améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne ;
- à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne âgée ;
- à favoriser ou à accompagner le maintien ou le retour à domicile.

II – 2 Conditions de ressources (articles D233-10 et suivants et annexe 2-11 du Code de l'action sociale et des familles)

Ces équipements et aides individuelles sont attribués sous conditions de ressources :

- Pour les bénéficiaires de l'APA : les aides sont accordées selon les mêmes modalités que pour l'octroi de l'APA, en termes d'évaluation médico-sociale et de participation financière. Les aides sont prises en charge dans la limite, le cas échéant, de plafonds fixés par la Conférence des Financeurs lorsque le montant maximal d'APA attribuable ne permet pas de les financer.
- Pour les personnes ne bénéficiant pas de l'APA : les aides sont accordées si leur revenu global figurant sur leur dernier avis d'imposition, additionné, le cas échéant, à celui de leur conjoint, concubin ou partenaire de PACS, est inférieur à un montant fixé en fonction de la Majoration pour Tierce Personne : 1,291 pour une personne seule ou 1,936 pour un couple.

Le montant des aides individuelles attribuées est alors déterminé dans la limite, le cas échéant, de plafonds fixés par la Conférence des Financeurs et **modulé en fonction du montant des ressources** et du nombre de personnes du foyer .

**Taux de prise en charge
Personnes non bénéficiaires de l'APA**

Ressources mensuelles		Taux de l'aide appliqué au coût de l'équipement par la CFPPA)
1 personne	2 personnes	
Jusqu'à 0,758 MTP	Jusqu'à 1,316 MTP	65 %
De 0,759 à 0,811 MTP	De 1,317 à 1,406 MTP	59 %
De 0,812 à 0,916 MTP	De 1,407 à 1,539 MTP	55 %
De 0,917 à 0,989 MTP	De 1,540 à 1,592 MTP	50 %
De 0,990 à 1,034 MTP	De 1,593 à 1,650 MTP	43 %
De 1,035 à 1,141 MTP	De 1,651 à 1,743 MTP	37 %
De 1,142 à 1,291 MTP	De 1,744 à 1,936 MTP	30 %
Au delà de 1,291 MTP	Au delà de 1,936 MTP	Pas de participation

SOUS-CHAPITRE III

L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE : L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

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

Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour les actes essentiels de la vie courante ou dont l'état requiert une surveillance régulière. » (article L 232-1 du Code de l'action sociale et des familles).

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), mise en place à compter du 1^{er} janvier 2002, a supprimé et remplacé la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES (articles L232-2, L232-3, L232-19, L232-23, L232-24, R232-1 du Code de l'action sociale et des familles et circulaire DSS/2C/2013/236 du 12 juin 2013)

Cette allocation participe au financement d'aides et/ou de services nécessaires à la surveillance et/ou à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Elle est personnalisée et répond aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire.

L'APA concerne aussi bien des personnes âgées résidant à domicile, que des personnes âgées hébergées en établissement ou résidant en famille d'accueil.

L'APA a le caractère d'une prestation en nature.

Les sommes servies au titre de l'APA ne font pas l'objet d'une récupération sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire, sur le donataire ou sur le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie (sauf pour une APA indûment versée).

Cependant, il convient de rappeler le principe selon lequel le recouvrement sur la succession du bénéficiaire des sommes versées au titre de la PSD s'exerce sur la partie de l'actif net successoral qui excède 46 000 €. Seules les dépenses supérieures à 760 €, et pour la part excédant ce montant, donnent lieu à recouvrement.

L'APA ne met pas en jeu l'obligation alimentaire.

L'APA est incessible et insaisissable.

L'APA n'est pas cumulable avec :

- la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personnes (ACTP),
- l'Aide Ménagère aux personnes âgées (aide sociale légale),
- l'Allocation Représentative des Services Ménagers (ARSM),
- la Majoration pour l'aide constante d'une Tierce Personne (MTP).

I – 1 Conditions d'admission (articles L232-1, L232-2, R232-1 et R232-2 du Code de l'action sociale et des familles)

L'APA est attribuée aux personnes de 60 ans et plus, qui disposent d'une résidence stable et régulière en France et qui remplissent les conditions de nationalité ou de régularité de séjour et de perte d'autonomie requises.

Pour les conditions générales de résidence, de domicile, de nationalité ou régularité de séjour, se référer au Chapitre I (*Conditions Générales d'admission à l'aide sociale*) du présent règlement.

I – 2 Évaluation de la perte d'autonomie (articles L232-2, R232-3, R232-4 et annexes 2-1 et 2-2 du Code de l'action sociale et des familles)

L'évaluation de la perte d'autonomie s'appuie sur les difficultés de la personne âgée à réaliser seule les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est mesurée au moyen de la grille nationale « AGGIR » qui comprend 17 variables se rapportant au comportement, à la communication, à l'orientation dans l'espace et dans le temps, à la réalisation de la toilette et de l'habillage, à l'élimination, aux transferts et aux déplacements.

Cette évaluation personnalisée conduit à positionner la personne âgée dans un GIR (Groupe Iso-Ressources). On distingue 6 GIR :

- GIR 1** :
- personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants,
 - ou personnes en fin de vie.
- GIR 2** :
- personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - ou personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui sont capables de se déplacer et qui nécessitent une surveillance permanente.
- GIR 3** :
- personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels et pour l'autonomie corporelle.
- GIR 4** :
- personnes n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levée, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement, et qui ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage,
 - ou personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui nécessitent une aide pour les soins corporels et les repas.
- GIR 5** :
- personnes autonomes ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas ou l'entretien du logement.
- GIR 6** :
- personnes autonomes pour les actes essentiels de la vie courante.

Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA.

I – 3 Participation du bénéficiaire à l'APA (article L232-4 et R232-11 du Code de l'action sociale et des familles)

Toutes les personnes remplissant les conditions définies ci-dessus peuvent bénéficier de l'APA, quels que soient leurs revenus.

En revanche, **au-delà d'un certain niveau de revenus, une participation financière est demandée au bénéficiaire**. Le taux de participation est fonction des ressources du bénéficiaire et du montant du plan d'aide.

I – 3 – 1 Les ressources prises en considération pour l'APA à domicile et en établissement (article R232-5 du Code de l'action sociale et des familles)

Pour l'appréciation de la participation financière du bénéficiaire, il est tenu compte :

- du revenu déclaré de l'année de référence, tel que mentionné sur le dernier avis d'imposition du demandeur, et le cas échéant de celui du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) pour l'année civile de référence ;
- des revenus du demandeur soumis au prélèvement libératoire, en application de l'article 125-0 A et 125-D du Code Général des Impôts et, le cas échéant, de ceux du conjoint, du concubin, ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS, pour l'année civile de référence,
- des biens ou capitaux non productifs de revenus (ni exploités, ni placés). Ils sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à 50 % de leur valeur locative s'il s'agit d'immeubles bâtis, à 80 % de cette valeur s'il s'agit de terrains non bâtis et à 3 % du montant des capitaux.

Toutefois, cette dernière disposition ne s'applique pas à la résidence principale lorsqu'elle est occupée par le demandeur, son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle il a conclu un PACS, ses enfants ou ses petits-enfants.

I – 3 – 2 Les ressources non prises en compte pour l'APA à domicile et en établissement (articles L132-2, L232-4, L232-8 et R232-5 du Code de l'action sociale et des familles)

Pour le calcul des ressources d'un demandeur de l'APA à domicile, ne sont pas pris en compte :

- Les prestations en nature dues au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité ou de l'assurance accident du travail ou au titre de la couverture maladie universelle ;
- Les aides au logement de quelque nature qu'elles soient ;
- Les primes de déménagement instituées par les articles L542-8 et L755-21 du Code de la sécurité sociale et par l'article L351-5 du Code de la construction et de l'habitation ;
- L'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail, prévue à l'article L434-1 du Code de la sécurité sociale ;

- La prime de rééducation et le prêt d'honneur mentionnés à l'article R432-10 du Code de la sécurité sociale ;
- La prise en charge des frais funéraires en cas de décès de la victime d'un accident du travail prévue par l'article L432-1 du Code de la sécurité sociale ;
- Le capital décès servi par un régime de sécurité sociale ;
- La retraite du combattant et les pensions attachées aux distinctions honorifiques ;
- Les concours financiers apportés par les enfants, pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents ;
- Les indemnités et prestations versées dans le cadre du volontariat service civique.

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

Lorsque le bénéficiaire de l'APA à domicile est ouvert à l'un des membres ou aux deux membres d'un couple résidant conjointement à leur domicile, les ressources prises en compte pour chacun correspondent au total des ressources du couple divisées par un coefficient de 1,7.

I – 4 Montant de l'APA et de la participation

Les modalités de calcul, tant de l'APA que de la participation laissée à la charge du bénéficiaire, ainsi que les modalités de versement, diffèrent selon que ce dernier réside à son domicile ou au domicile d'un accueillant familial ou qu'il est hébergé au sein d'un établissement. Ces différentes modalités sont développées dans les paragraphes II, III et IV du présent sous-chapitre.

I – 5 Attribution de l'APA et ouverture des droits (articles L232-12, L232-14 et R232-27 à R232-29 du Code de l'action sociale et des familles)

Les droits à l'APA sont fixés en tenant compte :

- du degré d'autonomie du demandeur,
- du besoin d'aide à domicile ou du tarif dépendance de l'établissement d'accueil,
- du montant des ressources du demandeur qui permet de déterminer la participation laissée à sa charge.

L'APA est accordée, et son montant arrêté, par décision du Président du Conseil Départemental, sur proposition de l'équipe médico-sociale. La décision est notifiée au demandeur.

La décision d'attribution de l'APA notifiée au demandeur indique :

- Le montant mensuel de l'allocation ;
- Le montant de la participation financière éventuelle du bénéficiaire ;
- Le montant du premier versement correspondant à la somme due au titre de la rétroactivité du droit acquis à compter de la date d'ouverture des droits ;
- La périodicité de sa révision.

Les droits à l'APA sont ouverts en fonction du lieu de résidence du bénéficiaire.

- S'il est à domicile ou accueilli par des particuliers à titre onéreux : les droits sont ouverts à compter de la date de notification de la décision d'attribution par le Président du Conseil Départemental ;
- S'il est en établissement : les droits sont ouverts à compter de la date du dépôt d'un dossier de demande réputé complet.

I – 6 Attribution des cartes d'invalidité et de priorité aux bénéficiaires de l'APA classés en GIR 1 et 2 (articles L241-3 et R232-24-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Les titulaires de l'APA relevant des GIR 1 et 2 peuvent bénéficier à titre définitif des cartes d'invalidité et de priorité.

Pour ce faire, ils doivent en demander l'attribution au moyen du formulaire de demande simplifié (cf annexe 3) qui peut être joint à la première demande ou lors du renouvellement. Le Président du Conseil Départemental transmet cette demande, ainsi que la décision d'attribution ou de révision (dès lors qu'elle concerne une personne classée en GIR 1 ou 2), au directeur de la Maison Départementale des Personnes Handicapées chargé de l'attribution des cartes concernées.

I – 7 Révision de l'APA (articles L232-14, R232-6 et R232-28 du Code de l'action sociale et des familles)

La décision déterminant le montant de l'APA fait l'objet d'une révision périodique dans le délai qu'elle détermine en fonction de l'état de santé et de la situation du bénéficiaire.

Elle peut également être révisée à tout moment, à la demande de l'intéressé, ou le cas échéant de son représentant légal, ou à l'initiative du Président du Conseil Départemental si des éléments nouveaux modifient la situation personnelle du bénéficiaire (ou de son proche aidant) au vu de laquelle cette décision est intervenue.

De même, en cas de modification de sa situation financière, à raison :

- du décès, du chômage, de l'admission au bénéfice d'une pension de retraite ou d'invalidité du conjoint, du concubin, ou du pacsé,
- du divorce ou d'une séparation,

il est procédé à une appréciation spécifique des ressources de l'année civile de référence, dans les conditions prévues aux articles R531-11 à R531-13 du Code de la sécurité sociale.

Les montants respectifs de l'APA et de la participation financière font, en tant que de besoin, l'objet d'une réévaluation à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le changement de situation.

I – 8 Voies de recours et recouvrement des indus (articles L134-1 à 4, L232-20, L232-26, L232-27, D232-31 du Code de l'action sociale et des familles et article 2224 du Code civil)

Les recours gracieux et contentieux peuvent être exercés dans les conditions définies au Chapitre IV du présent règlement.

Tout paiement indu de l'APA est récupéré par retenues successives sur le montant des allocations à échoir ou, si le bénéficiaire n'est plus éligible à l'APA, par remboursement du trop-perçu en un ou plusieurs versements.

Les retenues ne peuvent excéder, par versement, 20 % du montant de l'allocation versée.

Les indus d'un montant inférieur ou égal à trois fois la valeur brute du salaire horaire minimum de croissance ne sont pas recouverts.

L'action en recouvrement des sommes indûment versées, intentée par le Président du Conseil Départemental, se prescrit par 2 ans, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration (5 ans).

II – L'APA À DOMICILE

II – 1 Constitution du dossier et dépôt de la demande

II – 1 – 1 Lieu de retrait du dossier de demande d'APA (articles L232-13 et R232-23 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur peut retirer un dossier, en se rendant, ou en téléphonant :

- à la Direction de la Solidarité Départementale (au sein des services centraux ou des Maisons des Solidarités Départementales),
- dans les Centres Communaux ou Intercommunaux d'Action Sociale ou les Mairies,
- auprès des services d'aide à domicile prestataires autorisés,
- dans les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gériatrique,

II – 1 – 2 Contenu du dossier de demande d'APA (annexe 2-3 du Code de l'action sociale et des familles)

Le dossier de demande d'APA comprend les éléments suivants :

- le dossier de demande d'APA dûment renseigné,
- un justificatif de nationalité, et copie de la carte de séjour pour les étrangers,
- les justificatifs de ressources du demandeur : dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu et dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, toute pièce justificative récente des revenus de capitaux déclarés,
- un relevé d'identité bancaire,
- la copie du jugement de mise sous protection judiciaire le cas échéant,
- le certificat médical, rempli par le médecin traitant sous pli confidentiel.

II – 1 – 3 Dépôt du dossier (article L232-14 du Code de l'action sociale et des familles)

Le dossier, complété, doit être retourné à la Direction de la Solidarité Départementale.

II – 2 Instruction de la demande (articles L232-3 et R232-8 du Code de l'action sociale et des familles)

Lorsque l'APA est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature visant à concourir au maintien de son autonomie. Celles-ci sont définies dans un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale sur la base d'une évaluation multidimensionnelle.

II – 2 – 1 L'évaluation multidimensionnelle des besoins (articles L232-3, L232-6, L232-14 et R232-7 du Code de l'action sociale et des familles)

Une équipe médico-sociale évalue les besoins d'aide et de surveillance en fonction d'une part, du degré de dépendance de la personne et, d'autre part, de son environnement et des aides dont elle dispose.

L'équipe médico-sociale :

- apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à l'APA, sur la base de la grille AGGIR ;
- évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants. Cette évaluation est réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté du Ministre chargé des personnes âgées ;
- propose un plan d'aide, informe de l'ensemble des modalités d'intervention existantes et recommande celles qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire et des besoins des proches aidants, ainsi que des modalités de prise en charge en cas d'hospitalisation de ces derniers ;
- identifie les autres aides utiles, y compris celles déjà mises en place, au soutien à domicile du bénéficiaire, éventuellement dans un objectif de prévention, ou de soutien des proches aidants, non prises en charge au titre de l'APA qui pourraient lui être attribuée.

Pour ce faire, une ou plusieurs visites sont effectuées au domicile du demandeur par l'un au moins des membres de l'équipe médico-sociale.

Le demandeur est informé à l'avance de la date des visites et peut éventuellement se faire assister de la personne de son choix.

Au cours de l'instruction, l'équipe médico-sociale consulte le médecin désigné, le cas échéant, par le demandeur. Si l'intéressé le souhaite, ce médecin assiste aux visites d'évaluation.

A l'occasion de ces visites, le demandeur et, le cas échéant, son représentant légal ou ses proches, reçoivent tous conseils et informations en rapport avec le besoin d'aide du postulant à l'APA et de ses proches aidants et les modalités de valorisation du plan d'aide. Ils sont notamment informés que l'équipe médico-sociale doit avoir connaissance de tout changement dans la situation de l'intéressé.

II – 2 – 2 L'offre de plan d'aide à la personne (article R232-7 du Code de l'action sociale et des familles)

Dans un délai de 30 jours à compter de la date du dépôt de la demande complète, l'équipe médico-sociale adresse une proposition de plan d'aide à l'intéressé(e), qui indique notamment :

- la nature des aides accordées,
- le volume d'heures d'aide à domicile,
- le montant du plan d'aide,
- le taux et le montant de sa participation financière,
- le montant de son allocation,
- et, le cas échéant, les solutions de répit de l'aidant.

Rappel : *Seules les personnes classées en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'APA. La proposition de plan d'aide ne concerne donc que les demandeurs classés dans les GIR 1, 2, 3 ou 4 de la grille AGGIR.*

Si le demandeur appartient à un GIR 5 ou à un GIR 6, l'intéressé est alors orienté, avec son accord, vers sa caisse de retraite, ou vers l'aide sociale, pour l'instruction d'une demande d'aide ménagère.

Le demandeur dispose d'un délai de 10 jours, à compter de la date de réception de la proposition pour accepter le plan d'aide proposé ou présenter ses observations et en demander la modification. Dans ce cas, une autre proposition, définitive, lui est adressée dans les 8 jours. En cas de refus exprès (par écrit) ou en l'absence de réponse de l'intéressé à cette dernière proposition dans un délai de dix jours, la demande d'APA est alors réputée refusée.

La proposition définitive de plan d'aide est assortie de l'indication des autres aides utiles au soutien à domicile du bénéficiaire et de son aidant.

II – 2 – 3 La spécificité du plan d'aide

Le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale tient compte du degré de dépendance du bénéficiaire, du besoin d'aide, de l'environnement et des aides apportées par ailleurs tels les soins infirmiers.

Il ne valorise que les aides spécifiques au demandeur. Lorsque d'autres personnes rattachées au même foyer ont un besoin d'intervention (pour des activités ménagères ou autres), elles doivent solliciter à titre personnel les aides auxquelles elles peuvent prétendre.

Le plan d'aide précise les besoins d'aide par du personnel rémunéré et déclaré, intervenant à domicile, ainsi que les autres besoins relatifs à l'autonomie du bénéficiaire.

Ainsi, l'APA accordée à une personne qui réside à son domicile peut être affectée à toute dépense figurant dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale.

II – 2 – 4 L'accompagnement du bénéficiaire de l'APA

Une rencontre est organisée par l'équipe médico-sociale au domicile du bénéficiaire au moins une fois par an afin d'évaluer la pertinence de l'aide apportée, son adéquation aux besoins de la personne et la qualité du service rendu.

II – 2 – 5 Le besoin de répit ou de relais du proche aidant (articles L232-3-2 à L232-3-3 du Code de l'action sociale et des familles)

– **Le besoin de répit de l'aidant** est apprécié par l'équipe médico-sociale, sur la base de référentiels définis par arrêté du Ministre chargé des personnes âgées, concomitamment à l'évaluation de la situation de la personne âgée aidée, à l'occasion d'une première demande ou d'une demande de révision, ou à la demande du proche aidant.

En tant que de besoin, l'équipe médico-sociale propose, dans le cadre du plan d'aide, le recours à un ou des dispositifs d'accueil temporaire, avec ou sans hébergement, en établissement ou en famille d'accueil, de relais à domicile ou à tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée.

– **Le besoin de relais de l'aidant** en cas d'hospitalisation de celui-ci est appréciée par l'équipe médico-sociale après demande écrite du bénéficiaire de l'APA ou de l'aidant.

Lorsqu'une hospitalisation du proche aidant rend nécessaire un renforcement des prises en charge professionnelles du bénéficiaire de l'APA, ce dernier ou son proche aidant adresse une demande par courrier au Président du Conseil Départemental. Ce courrier doit indiquer :

- la date et la durée prévisibles de l'hospitalisation (assorties des documents en attestant),
- les caractéristiques de l'aide apportée par l'aidant,
- la nature de la solution de relais souhaitée et, le cas échéant, l'établissement ou le service identifié pour l'assurer.

Dans le cas d'une hospitalisation programmée, la demande est adressée dès que la date en est connue, et au plus tard un mois avant cette date.

L'équipe médico-sociale propose au bénéficiaire de l'APA et à son aidant, après échange avec eux et au vu des caractéristiques et des besoins d'accompagnement du bénéficiaire, des possibilités de relais de son aidant et de l'offre de service disponible, ainsi que la ou les solutions de relais les plus adaptées pour la durée d'hospitalisation de l'aidant. L'équipe prend en compte, dans la mesure du possible, les propositions d'organisation formulées par le bénéficiaire, son proche aidant, son entourage familial, ou des professionnels de leur entourage.

Lorsque, dans les situations d'urgence, aucune solution n'est proposée, le Président du Conseil Départemental propose et, si nécessaire, organise et met en place la solution de relais.

II – 3 « Valorisation » du plan d'aide (article R232-8 du Code de l'action sociale et des familles)

Le plan d'aide est valorisé pour définir un montant d'APA, étant précisé qu'un barème national fixe le montant maximum des plans d'aide pour chaque niveau de dépendance, c'est-à-dire pour chaque groupe GIR.

La valorisation des dépenses de personnel s'opère en tenant compte des modalités d'intervention (emploi direct, mandataire ou prestataire) et en application d'un tarif arrêté par le Président du Conseil Départemental.

Les autres dépenses pouvant être prises en charge dans le cadre des frais spécifiques concernent :

- l'abonnement mensuel à un système de téléalarme,
- le portage de repas,
- du matériel d'hygiène (protection),
- des aides techniques,
- des dépenses liées à l'adaptation du logement et toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire,
- tout ou partie des frais relatifs à l'accueil de jour en établissement.

II – 3 – 1 Le montant des plans d'aide (articles L232-3-1 et R232-10 du Code de l'action sociale et des familles)

Le montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond défini par décret en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille AGGIR et revalorisé au 1^{er} janvier de chaque

année conformément à l'évolution de la MTP (Majoration Pour Tierce Personne).

Les plafonds mensuels du plan d'aide varient selon le GIR et sont calculés en fonction du montant mensuel de la MTP :

- GIR 1 : 1,553 fois le montant mensuel de la MTP ,
- GIR 2 : 1,247 fois le montant mensuel de la MTP ,
- GIR 3 : 0,901 fois le montant mensuel de la MTP ,
- GIR 4 : 0,601 fois le montant mensuel de la MTP .

Ce maximum constitue un droit ouvert qui peut être liquidé totalement ou partiellement selon le plan d'aide défini et les ressources du demandeur.

II – 3 – 2 Les possibilités de majoration du plan d'aide (articles D232-9-1 et D232-9-2 du Code de l'action sociale et des familles)

Les bénéficiaires de l'APA, dont le proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensable à sa vie à domicile, et qui ne peut être remplacé pour ce faire par une autre personne à titre non professionnel et qui nécessite la mise en place d'une solution de répit ou de relais, peuvent bénéficier d'une majoration du montant de leur plan d'aide au-delà des plafonds mentionnés ci-dessus.

Le montant annuel maximum de cette majoration est fixé à :

- 0,453 fois le montant mensuel de la MTP dans le cadre d'un besoin de répit,
- 0,900 fois le montant mensuel de la MTP dans le cadre d'une hospitalisation.

En cas d'absence de réponse du Président du Conseil Départemental, à une demande de relais, huit jours avant la date de l'hospitalisation et en cas d'urgence, la majoration est attribuée à titre provisoire jusqu'à la date de notification de la décision, pour un montant correspondant au coût de la solution de relais demandée, dans le respect du plafond indiqué ci-dessus et déduction faite de la participation du bénéficiaire. La différence éventuelle entre le montant accordé à titre provisoire et le montant prévu par la décision du Président du Conseil Départemental, pour ce qui concerne la période de relais non encore effectuée, peut être récupérée par le Département dans les conditions prévues au paragraphe I – 8 du présent sous-chapitre.

II – 3 – 3 Le montant de l'APA (article L232-3-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Dans la limite des montants maximum définis ci-dessus, le montant de l'APA est égal au montant de la fraction du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué de la participation éventuelle qui reste à sa charge.

II – 3 – 4 Les modalités de calcul de la participation du bénéficiaire (article R232-11 du Code de l'action sociale et des familles et article L355-1 du Code de la sécurité sociale)

Cette participation est calculée et actualisée au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de ses ressources (cf I – 3 Participation du bénéficiaire de l'APA) et du montant du plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1^{er} janvier conformément à l'évolution de la MTP (Majoration pour Aide constante d'une Tierce Personne).

Les taux de participation sont calculés de la manière suivante :

Participation du bénéficiaire de l'APA à domicile	
Ressources du demandeur	Calcul et montant de la participation
$R^* < 0,725 \times \text{MTP}^*$	Exonération de toute participation $P^* = 0$
$0,725 \times \text{MTP} < R < 2,67 \times \text{MTP}$	Participation progressive
$R > 2,67 \times \text{MTP}$	Participation à hauteur de 90 % $P = 90 \%$

- * P est la participation financière à la charge du bénéficiaire,
- * R est le revenu mensuel de référence pris en compte
- * MTP est le montant mensuel de la majoration pour tierce personne fixé par arrêté au 1^{er} janvier de chaque année.

Ainsi trois situations peuvent se présenter :

a) Les revenus du bénéficiaire sont inférieurs ou égaux à 0,725 fois le montant mensuel de la MTP : l'allocation versée est égale au montant du plan d'aide. Le bénéficiaire est exonéré de toute participation.

b) Les revenus du bénéficiaire sont compris entre 0,725 et 2,67 fois le montant mensuel de la MTP : le bénéficiaire devra s'acquitter d'une participation variable en fonction de ses revenus, égale au produit d'une formule fixée par voie réglementaire. Toutefois, sa participation ne pourra pas excéder 90 % du montant du plan d'aide.

c) Les revenus du bénéficiaire sont supérieur à 2,67 fois le montant mensuel de la MTP : le montant de l'allocation versée est égale à 10 % du montant du plan d'aide ; la participation financière laissée à sa charge étant de 90 % du montant du plan d'aide.

Lorsqu'un bénéficiaire de l'APA est membre d'un couple, le calcul de sa participation s'opère en totalisant les ressources du couple et en les divisant par 1,7.

II – 3 – 5 Délai d'instruction de la demande

Le Président du Conseil Départemental dispose d'un délai de deux mois à compter de la date de réception du dossier réputé complet pour notifier au demandeur sa décision relative à l'APA.

Au terme de ce délai, à défaut d'une notification, l'APA est réputée accordée pour un montant forfaitaire égal à 50 % du montant du plafond correspondant au degré de perte d'autonomie le plus important (GIR 1), jusqu'à ce que la décision expresse le concernant lui soit notifiée. Cette avance s'impute sur les montants de l'APA à verser ultérieurement.

II – 4 Modalités de versement de l'APA et obligations du bénéficiaire

II – 4 – 1 Versement de l'APA (articles L232-14, L232-15, R232-33, R232-30 et D232-31 du Code de l'action sociale et des familles)

Le versement de l'APA à domicile est, en principe, mensuel. Toutefois les dépenses

correspondant au règlement de frais relatifs à :

- des prestations de répit ou de relais à domicile ou d'accueil temporaire (avec ou sans hébergement),
- des dépenses d'aides techniques et d'adaptation du logement (lorsqu'elles concernent la résidence principale), peuvent, sur proposition de l'équipe médico-sociale être versées selon une périodicité autre que mensuelle (en une seule fois ou en plusieurs mensualités, dans la limite de 4 au cours d'une même année, sur production de justificatifs)

Le premier versement de l'APA intervient le mois qui suit la notification de la décision d'attribution du Président du Conseil Départemental.

L'allocation est versée au bénéficiaire ou à son représentant légal. Toutefois, l'APA peut être versée directement aux services prestataires d'aide à domicile mentionnés sur le plan d'aide sur demande de son bénéficiaire. Lorsqu'elle est versée directement au bénéficiaire, l'APA est mandatée au plus tard le 10 du mois pour lequel elle est servie.

Le Département peut également verser la partie de l'allocation concernée directement à la personne physique ou morale ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, réalise l'aménagement du logement ou assure l'accueil temporaire ou le répit à domicile. Les prestations assurées par les services récipiendaires de l'APA font l'objet d'un contrôle de qualité.

En outre, pour :

- les personnes nécessitant une surveillance régulière du fait de la détérioration de leur état physique ou mental ou en raison de leur insuffisance d'entourage familial ou social,
- les personnes classées en GIR 1 ou 2,

l'APA est, sauf refus exprès du bénéficiaire (formulé par écrit sur le plan d'aide soumis à l'acceptation de l'intéressé), affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile.

L'APA n'est pas versée lorsque son montant mensuel, après déduction de la participation financière de l'intéressé, est inférieur ou égal à 3 fois la valeur brute du salaire minimum de croissance horaire.

II – 4 – 2 La forfaitisation de l'APA *(articles L232-3 et R232-8 du Code de l'action sociale et des familles)*

Lorsque le bénéficiaire de l'APA à domicile décide de recourir à un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) financé par forfait global dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), son allocation et sa participation financière peuvent être calculées de façon forfaitaire au regard du plan d'aide qu'il a accepté.

Mais un certain nombre d'obligations s'imposent alors aux SAAD et aux Départements :

- Les Départements doivent, au préalable, réexaminer les besoins d'aide à domicile des bénéficiaires dont la fraction non utilisée de la partie du plan d'aide relative à l'aide à domicile excède 10% en moyenne sur 3 mois et, le cas échéant, réviser la décision d'attribution de l'APA. Les Départements peuvent éventuellement en réduire le taux.

- Le SAAD doit assurer le suivi des heures d'aide à domicile réalisées. Il doit tenir à la disposition du bénéficiaire et du Président du Conseil Départemental les informations relatives à ce suivi. Il doit les transmettre chaque mois au bénéficiaire et les communiquer, sur demande, au Président du Conseil Départemental.

Le titulaire de l'APA peut aussi bénéficier (suivant les modalités fixées par le CPOM) :

- Du report des heures d'aide à domicile non effectuées et d'une suspension de sa participation forfaitaire en cas d'absence du domicile en raison d'une hospitalisation, d'un accueil temporaire ou pour convenance personnelle. En cas d'hospitalisation, le forfait est suspendu dans un délai qui ne peut excéder trente jours à compter du début de l'hospitalisation.

L'interruption et la fin des droits à l'APA entraînent, respectivement, la suspension et l'arrêt de sa participation.

- Du remboursement de sa participation financière afférente aux heures d'aide à domicile non utilisées pour la fraction excédant 5 % en moyenne sur une période de six mois. Ce, dans un délai et selon des modalités qui seront précisés par le CPOM. Le titulaire de l'APA ou le SAAD doivent alors demander aux services départementaux compétents de réexaminer les besoins d'aide à domicile dans un délai de deux mois à compter du dépôt de la demande. Au terme de ce délai, à défaut d'une notification, l'APA et la participation financière du bénéficiaire sont réputées révisées sur la base du plan d'aide diminué des heures d'aide à domicile non utilisées, jusqu'à ce que la décision soit notifiée à l'intéressé.

II – 4 – 3 – Obligations du bénéficiaire (articles L232-7 et R232-15 du Code de l'action sociale et des familles)

Outre le respect des obligations mises à la charge des employeurs par le Code du travail, le bénéficiaire de l'APA doit, dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, déclarer au Président du Conseil Départemental, sur un imprimé type qui lui est remis, le ou les salariés ou le service d'aide à domicile, à la rémunération desquels est utilisée l'APA. Tout changement de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions.

Le bénéficiaire de l'APA peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un PACS. Le lien de parenté éventuel avec son salarié doit être mentionné dans sa déclaration.

Une déclaration, qui atteste de l'attribution de l'APA à domicile, est adressée par le Département à l'URSSAF.

En outre, à la demande du Président du Conseil Départemental, le bénéficiaire de l'APA est tenu de produire tous les justificatifs de dépenses correspondant au montant de l'allocation qu'il a perçue et de sa participation financière.

Sans préjudice des obligations mises à la charge des employeurs par le Code du travail, les bénéficiaires de l'APA sont tenus de conserver les justificatifs des dépenses, autres que de personnel, correspondant au montant de l'APA et à leur participation financière acquittées au cours des 6 derniers mois.

II – 4 – 4 Contrôle de l'effectivité (articles L232-26 et R232-17 du Code de l'action sociale et des familles)

Le Département organise le contrôle de l'effectivité de l'aide. Les agents départementaux habilités par le Président du Conseil Départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du Département, dont l'APA.

En outre, pour vérifier les déclarations des intéressés et s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent, les services chargés de l'évaluation des droits à l'APA et du contrôle de son utilisation peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment aux administrations fiscales, aux collectivités territoriales, aux organismes de sécurité sociale et de retraite complémentaire qui sont tenus de les leur communiquer.

II – 5 Suspension du versement de l'APA

II – 5 – 1 Pour hospitalisation (articles L232-22 et R232-32 du Code de l'action sociale et des familles)

L'allocation est suspendue, au delà des 30 premiers jours d'hospitalisation, lorsque le bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement de santé pour recevoir des soins de courte durée, de suite ou de réadaptation, sauf si le bénéficiaire est hospitalisé à domicile.

Elle est rétablie, sans nouvelle demande, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel la personne n'est plus hospitalisée.

II – 5 – 2 Hors hospitalisation (articles L232-7 et R232-16 du Code de l'action sociale et des familles)

Le versement de l'APA peut être suspendu dans les cas suivants :

- défaut de déclaration au Président du Conseil Départemental de l'emploi salarié dans les délais impartis,
- non-paiement de la participation laissée à la charge du bénéficiaire,
- non-transmission dans un délai d'un mois de tous les justificatifs de dépenses correspondant au montant de l'APA perçue,
- ou, sur rapport de l'équipe médico-sociale, en cas de non-respect des modalités prévues dans le plan d'aide, ou si le service rendu présente un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral de son bénéficiaire.

Cette suspension est précédée d'une procédure de mise en demeure (par lettre recommandée avec accusé de réception) demandant au bénéficiaire de l'APA de remédier aux carences constatées dans un délai de 1 mois. Cette mise en demeure indique la date d'effet et le motif de la suspension.

S'il n'est pas remédié aux carences constatées dans le délai imparti, le Président du Conseil Départemental suspend le versement de l'APA par décision motivée. La suspension prend effet le premier jour du mois suivant sa notification au bénéficiaire, par courrier recommandé avec accusé de réception.

Le service est rétabli au 1^{er} jour du mois au cours duquel le bénéficiaire justifie qu'il a remédié aux carences constatées.

II – 6 Procédure d'urgence (articles L232-12 et R232-29 du Code de l'action sociale et des familles)

Le caractère d'urgence résulte de la nécessité de mise en œuvre rapide d'un dispositif d'aide au profit d'une personne âgée de 60 ans ou plus résidant à son domicile.

II – 6 – 1 Définition de l'urgence

L'urgence, d'ordre médical ou social, doit être avérée et attestée. Elle correspond à une aggravation brutale de la situation du demandeur nécessitant la mise en place de soutiens immédiats et indispensables permettant à la personne âgée d'être aidée, conformément à son état et à ses besoins.

II – 6 – 2 Situations nécessitant une intervention en urgence

La procédure de mise en œuvre en urgence de l'APA a un caractère exceptionnel et ne concerne que l'APA à domicile, pour les situations suivantes :

- danger avéré pour la personne âgée,
- décès du conjoint,
- fin de vie,
- départ ou indisponibilité de la tierce personne (conjoint, famille, voisinage) qui apportait l'aide nécessaire à l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou qui assurait une surveillance régulière du bénéficiaire de l'APA,
- situations nécessitant une aide immédiate pour permettre le retour ou le maintien à domicile du demandeur.

II – 6 – 3 Déclenchement de la procédure

Le signalement de l'urgence doit être réalisé par la personne âgée ou son représentant légal, par la famille, l'entourage, les services d'aide aux personnes âgées, les établissements hospitaliers, les services sociaux, les organismes conventionnés, etc... auprès de la Direction de la Solidarité Départementale.

II – 6 – 4 Procédure

L'appréciation de la situation d'urgence relève de la compétence de l'équipe médico-sociale.

En cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, le Président du Conseil Départemental peut attribuer l'APA à domicile à titre provisoire pour une durée de deux mois.

L'accord prend effet à la date de dépôt de la demande et jusqu'à l'expiration du délai de deux mois imparti pour l'instruction de la demande et l'envoi de la notification de la décision, selon la procédure ordinaire.

II – 6 – 5 Modalités d'application de la décision

L'accord pour la mise en œuvre de l'aide est porté sans délai à la connaissance de l'équipe

médico-sociale.

Cet accord, limité à deux mois, renouvelable sur accord exprès du Président du Conseil Départemental dans les mêmes conditions, est confirmé par décision notifiée au bénéficiaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le montant forfaitaire de l'APA en urgence attribuée à domicile est égal à 50 % du montant maximal du plan d'aide correspondant au degré de perte d'autonomie le plus important (GIR 1).

Cette avance s'impute sur les montants de l'APA à verser ultérieurement.

II – 6 – 6 Poursuite de l'aide

Avant le terme des deux mois, la situation est réexaminée selon la procédure ordinaire préalablement définie, sous réserve que le bénéficiaire ait déposé une demande formelle complète sollicitant la poursuite de l'aide, dans le délai d'un mois suivant l'attribution dans le cadre de l'urgence.

III – L'APA EN ACCUEIL FAMILIAL *(articles R232-8 et L441-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles)*

Les dispositions relatives à la procédure d'instruction de la demande d'APA à domicile sont également applicables dans le cadre de l'accueil familial. Cela concerne notamment :

- l'élaboration d'un plan d'aide par l'équipe médico-sociale,
- les montants maximum de plan d'aide en fonction du degré de perte d'autonomie,
- les modalités de calcul de la participation financière à domicile.

La perte d'autonomie de la personne âgée remplissant les conditions pour bénéficier de l'APA est évaluée sur son lieu de vie.

Dans la limite du montant maximum du plan d'aide correspondant au degré de perte d'autonomie de la personne âgée défini réglementairement et en fonction du plan d'aide défini par l'équipe médico-sociale, l'APA couvre notamment :

- l'indemnité en cas de sujétions particulières justifiée par la disponibilité supplémentaire de l'accueillant liée à l'état de santé de la personne accueillie ;
- tout ou partie de la rémunération pour service rendu par l'accueillant ou de la rémunération garantie ;
- la rémunération d'un intervenant extérieur ;
- des services de transports accompagnés ;
- des aides techniques ;
- l'adaptation du logement, dans les conditions prévues par la réglementation relative à l'APA et dans les seules pièces réservées à la personne accueillie.

La proposition du plan d'aide est notifiée à la personne accueillie, qui peut l'accepter ou formuler des observations et demander des modifications dans le délai prévu.

Lorsqu'une personne âgée, déjà bénéficiaire de l'APA à domicile, a conclu un contrat d'accueil familial, elle doit informer sans délai le Président du Conseil Départemental de son

changement de situation et demander une révision de son plan d'aide. L'équipe médico-sociale procédera à une nouvelle évaluation de sa situation, en tenant compte de son nouveau lieu de vie.

IV – L'APA EN ÉTABLISSEMENT (articles L232-8 et L313-12 du Code de l'action sociale et des familles et article L6111-4 du Code de la santé publique)

En établissement, l'APA aide ses bénéficiaires à acquitter le tarif dépendance de leur structure d'hébergement.

- Pour prétendre au bénéfice de l'APA en établissement, le demandeur doit être résident :
- d'un établissement social ou médico-social accueillant de façon permanente des personnes âgées.
 - d'un établissement de santé public ou privé autorisé à dispenser des soins de longue durée ou de psychiatrie.

A noter : dans les établissements de moins de 25 places, l'APA attribuée aux résidents est considérée comme une APA à domicile.

IV – 1 Spécificité de l'APA en établissement (articles L232-14, R232-18 et R314-170 à R314-170-7 du Code de l'action sociale et des familles)

En établissement, le degré de perte d'autonomie de chaque résident (y compris des nouveaux arrivants) est évalué sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, d'un médecin conventionné au titre de l'assurance maladie.

Ces évaluations sont transmises, aux fins de contrôle et de validation, à un médecin du Département ainsi qu'à un médecin de l'Agence Régionale de Santé désignés à cet effet. Ils disposent d'un délai de 3 mois à compter de la date de réception de l'évaluation pour la valider. Passé ce délai, l'évaluation est réputée tacitement validée. En cas de désaccord entre les médecins, c'est une commission régionale de coordination médicale qui détermine le classement définitif.

Ces évaluations sont réalisées, comme pour l'APA à domicile, à partir de la grille AGGIR et conduisent à un classement entre les différents GIR.

Le classement effectué est ensuite validé, au moins une fois par an, de manière collective suivant les conditions légales fixées par décret. Ceci afin de calculer le GIR moyen pondéré pour chaque établissement et la valeur du point de dépendance qui servent de base au calcul des tarifs dépendance.

IV – 2 Prise en compte de la dépendance dans les modalités de tarification des établissements (article R314-165 du Code de l'action sociale et des familles)

Le coût du séjour dans un établissement accueillant des personnes âgées ayant perdu leur autonomie s'articule autour de trois composantes budgétaires :

- un tarif journalier hébergement (administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien, animation, etc...) arrêté par le Président du Conseil Départemental et réglé par la personne accueillie ou, en cas d'insuffisance de revenus, par l'aide sociale départementale,

- un tarif soins (prestations médicales et paramédicales) financé par l'assurance maladie et arrêté par l'autorité compétente de l'État,
- un tarif dépendance (surcoûts hôteliers liés à la dépendance) arrêté par le Président du Conseil Départemental, réglé pour partie par la personne âgée dépendante et par l'APA.

Dans chaque établissement sont ainsi établis trois tarifs dépendance en fonction de la classification des résidents dans les Groupes Iso-Ressources (GIR) :

- un tarif correspondant aux GIR 1 et 2,
- un tarif correspondant aux GIR 3 et 4,
- un tarif correspondant aux GIR 5 et 6 (le classement dans ces deux derniers GIR n'ouvrant pas droit à l'APA).

IV – 3 Dépôt et instruction de la demande

IV – 3 – 1 Lieu de retrait du dossier de demande d'APA (articles L232-13 et R232-23 du Code de l'action sociale et des familles)

Outre les lieux de retrait du dossier utilisés pour l'APA à domicile (Direction de la Solidarité Départementale (services centraux ou Maisons des Solidarités), CCAS ou CIAS, Mairies ...), le dossier de demande de l'APA en établissement peut aussi être remis par le directeur de la structure d'accueil.

IV – 3 – 2 Constitution du dossier et dépôt de la demande

Les modalités de constitution et de dépôt du dossier sont identiques à celles prévues pour l'APA à domicile (Cf II-1 du présent sous-chapitre).

Un bulletin de présence mentionnant la date d'entrée dans l'établissement d'accueil est joint à la demande, ainsi que la classification du demandeur dans la grille AGGIR.

La date du dossier réputé complet par les Services Départementaux constitue la date de début d'effet, que le dossier soit transmis par le bénéficiaire ou son représentant légal ou par l'établissement d'accueil.

IV – 3 – 3 Évaluation de la dépendance (article L232-14 du Code de l'action sociale et des familles)

L'évaluation individuelle est effectuée lors de l'entrée en établissement ou lors de la demande d'APA. Elle doit être transmise au plus tard dans les 30 jours suivant le dépôt du dossier.

IV – 3 – 4 Les modalités de calcul de la participation du bénéficiaire (articles L231-4, L232-8 à L232-11 et R232-19 du Code de l'action sociale et des familles)

La participation du bénéficiaire de l'APA est fonction de ses revenus, évalués par rapport au montant de la MTP mentionnée à l'article L355-1 du Code de la sécurité sociale et des tarifs de dépendance applicables dans l'établissement. Les calculs sont les suivants :

Ressources du demandeur	Calcul et montant de la participation
1) $R < 2,21 \text{ MTP}$	$P = \text{TD } 5/6$
2) $2,21 \text{ MTP} < R < 3,40 \text{ MTP}$	$P = \text{TD } 5/6 + [(A - \text{TD } 5/6 \times [\frac{R - (\text{MTP} \times 2,21)}{\text{MTP}}] \times 80 \%]$
$R > 3,40 \text{ MTP}$	$P = \text{TD } 5/6 + [(A - \text{TD } 5/6) \times 80 \%]$

- R = revenu mensuel du bénéficiaire (les revenus pris en compte sont les mêmes que pour l'APA à domicile),
- P = participation du bénéficiaire,
- MTP = montant mensuel de la majoration pour tierce personne fixé par arrêté au 1^{er} janvier de chaque année,
- TD 5/6 = Tarif Dépendance de l'établissement applicable aux résidents classés en GIR 5 et 6,
- A = Tarif Dépendance de l'établissement correspondant au GIR dans lequel est classé le bénéficiaire.

A noter : en cas de ressources insuffisantes, la participation du bénéficiaire est prise en charge par l'aide sociale, au même titre que les frais d'hébergement.

Lorsqu'un bénéficiaire de l'APA est membre d'un couple, le calcul de sa participation s'opère en totalisant les ressources du couple et en les divisant par 2.

IV – 3 – 5 Montant de l'APA en établissement

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

- le GIR dans lequel est classé le bénéficiaire,
- les tarifs dépendance de l'établissement pour les différents GIR,
- les ressources du bénéficiaire, qui vont déterminer le niveau de sa participation (c'est à dire la part du tarif dépendance laissé à sa charge)

Ainsi, le montant mensuel de l'APA correspond à la différence entre le tarif dépendance de l'établissement correspondant au GIR du bénéficiaire (après évaluation de son degré de perte d'autonomie), diminué du GIR 5/6, et la participation laissée à sa charge.

IV – 3 – 6 Versement de l'APA (articles L232-15 du Code d'action sociale et des familles)

L'APA est versée mensuellement à l'établissement d'hébergement du bénéficiaire.

N.B : Une journée d'hébergement ne peut pas donner lieu à une double prise en charge par l'APA. Aussi, en cas de changement d'établissement, c'est l'établissement au sein duquel le bénéficiaire de l'APA aura pris son repas de la mi-journée qui facturera la dite journée au service APA. Si le bénéficiaire prend son repas de la mi-journée en dehors des établissements, la facturation se fera en fonction du lieu de prise du repas du soir.

IV – 3 – 7 Révision de l'APA

L'APA est révisée chaque année en fonction de la tarification de la structure.

IV – 3 – 8 Suspension de l'APA en cas d'hospitalisation (articles L232-22 et R232-32 du

Code de l'action sociale et des familles)

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire de l'APA en service de court séjour, de soins de suite ou de réadaptation, le Président du Conseil Départemental doit être informé par le bénéficiaire, ou le cas échéant son tuteur ou l'équipe médico-sociale.

L'APA est maintenue pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation. Au-delà, le Président du Conseil Départemental peut décider de suspendre le versement de l'APA.

IV – 4 Situations particulières

IV – 4 – 1 L'APA en résidence autonomie

Dans les résidences autonomie, l'APA est liquidée selon les critères de l'APA à domicile et couvre :

- le tarif dépendance du GIR dans lequel est classée la personne âgée, diminué du tarif du GIR 5/6, majoré éventuellement d'une participation en fonction de ses ressources,
- un plan d'aide humaine, le cas échéant, prévoyant des heures d'intervention à domicile.

IV – 4 – 2 L'APA et l'accueil temporaire en établissement

Les conditions de liquidation de l'APA en accueil temporaire sont identiques à celles de l'APA en établissement.

L'APA couvre le tarif du GIR dans lequel est classé le bénéficiaire, diminué de sa participation.

L'accueil temporaire s'articule généralement avec un plan d'aide d'APA à domicile.

Des modalités pratiques ont été définies :

- si l'accueil temporaire est inférieur à 30 jours, la liquidation de l'APA à domicile est maintenue, l'APA pour l'accueil temporaire étant versée au bénéficiaire dans le cadre des frais spécifiques,
- si l'accueil temporaire est supérieur à 30 jours, l'APA à domicile est provisoirement suspendue et transformée en APA en établissement. Dès son retour à domicile, l'APA à domicile est réactivée.

IV – 4 – 2 L'APA et l'accueil de jour

La prise en charge de l'accueil de jour se fait dans le cadre de l'APA à domicile. Elle est plafonnée à un montant forfaitaire, diminué d'un demi forfait journalier hospitalier. L'APA pour l'accueil de jour est versée au bénéficiaire dans le cadre des frais spécifiques.

SOUS - CHAPITRE IV

L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

En application de l'article L231-4 du Code de l'action sociale et des familles, « *toute personne âgée qui ne peut utilement être aidée à domicile peut être accueillie soit chez des particuliers (cf Chap. VIII) soit dans un établissement de santé ou une maison de retraite publics, soit dans un établissement privé* ».

I – LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE (articles L113-1 et suivants, L231-4 et suivants, L312-1 et R231-6 du Code de l'action sociale et des familles)

Sous réserve de l'habilitation de l'établissement à recevoir des bénéficiaires de l'Aide Sociale et des dispositions particulières prévues pour les établissements non conventionnés hébergeant des pensionnaires à titre payant ne pouvant plus assumer leurs frais, la personne âgée a le libre choix de son établissement.

En effet, conformément à l'article L231-5 du Code de l'action sociale et des familles concernant les établissements non conventionnés : « *L'aide sociale aux personnes âgées peut participer aux frais de séjour d'une personne âgée dans un établissement d'hébergement avec lequel il n'a pas été passé de convention lorsque l'intéressé y a séjourné à titre payant pendant une durée de 5 ans et lorsque ses ressources ne lui permettent plus d'assurer son entretien.* »

Elle peut choisir un établissement privé ou public. Elle peut choisir aussi un établissement qui n'est pas situé dans le département.

La commune dans laquelle a résidé, de fait, le demandeur d'Aide Sociale durant 3 mois minimum avant son entrée en établissement sanitaire ou social, doit constituer le dossier réglementaire sans y opposer de durée d'absence du domicile.

Cette règle concerne les bénéficiaires de l'Aide Sociale et les pensionnaires payants qui pourraient ensuite solliciter l'Aide Sociale. Les établissements doivent consigner, à l'entrée de chaque nouveau pensionnaire, l'adresse exacte de résidence antérieure et conserver un justificatif afin d'éviter toute difficulté ultérieure.

Le Département participe aux frais d'hébergement des résidents disposant d'un domicile de secours en Tarn-et-Garonne, quel que soit leur lieu d'accueil.

I – 1 Les conditions de ressources (articles L132-1 à L132-4, L132-6 et R231-6 du Code de l'action sociale et des familles)

La personne âgée doit être dépourvue de ressources suffisantes pour régler les frais du séjour dans l'établissement qu'elle a choisi.

Les ressources sont appréciées en tenant compte de l'aide que pourraient lui apporter ses obligés alimentaires, ainsi que d'éventuelles aides contractuelles (rentes, fermages, etc...).

Les personnes bénéficiaires d'une clause de soins prévue par acte notarié ne peuvent prétendre au bénéfice de l'Aide Sociale à l'hébergement, sauf si celle-ci peut être convertie en rente. Dans ce cas, la rente sera prise en compte dans les revenus de la personne âgée sollicitant le bénéfice de l'aide sociale.

La contribution de la personne âgée à ses frais d'hébergement et d'entretien est fixée par le Président du Conseil Départemental. Quel que soit le coût du séjour, une somme minimale est laissée mensuellement à sa disposition au titre d'argent de poche, à hauteur d'1/100^{ème} du montant annuel de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées.

I – 2 Condition d'âge (*article L113-1 du Code de l'action sociale et des familles*)

Les établissements d'accueil pour personnes âgées sont autorisés à recevoir, au titre de l'aide sociale, des personnes de plus de 65 ans, ou à partir de 60 ans, pour les personnes reconnues inaptes au travail.

L'admission de personnes de moins de 60 ans nécessite une dérogation d'âge délivrée par un médecin de la Direction de la Solidarité Départementale.

II – LES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS (*articles L231-4, L231-5 et L312-1 du Code de l'action sociale et des familles*)

Les personnes âgées choisissent librement leur établissement d'hébergement, sous réserve qu'il soit habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Toutefois, en ce qui concerne les personnes âgées séjournant dans un établissement d'hébergement non habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, si elles remplissent la condition de 5 ans de présence à titre payant et si leurs revenus ne sont plus suffisants pour leur permettre de s'acquitter de leurs frais de séjour, la prise en charge au titre de l'aide sociale s'opérera :

– pour un établissement de type Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dans la limite du prix moyen des EHPAD publics autonomes du Tarn-et-Garonne (prix moyen fixé annuellement par arrêté départemental). Si le prix de journée de l'établissement d'accueil est inférieur au prix moyen, ce sera le tarif de l'établissement qui sera retenu ;

– pour un accueil en établissement de type Résidence Autonomie, l'ensemble des prestations fournies sera ramené à un prix de journée comparé au prix de journée moyen des EHPAD publics autonomes du département. La prise en charge au titre de l'aide sociale s'opérera dans la limite du prix moyen des EHPAD publics autonomes du Tarn-et-Garonne. Si le prix de journée de l'établissement d'accueil est inférieur au prix moyen, ce sera le tarif de l'établissement qui sera retenu.

Pour un hébergement dans un établissement situé hors du Tarn-et-Garonne, les modalités définies au présent règlement s'appliqueront.

III – LES DISPOSITIONS FINANCIÈRES

III – 1 Participation du bénéficiaire aux frais d'hébergement (articles L132-3 et R231-6 du Code de l'action sociale et des familles)

Sauf dispositions particulières, lorsque l'hébergement couvre l'ensemble des besoins de la personne âgée, y compris les éventuels frais d'entretien, ses ressources, de quelque nature qu'elles soient (à l'exception notamment de la retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques), sont affectées au remboursement des frais d'hébergement de l'intéressé dans la limite de 90 % de leur montant sans toutefois que le montant minimal laissé mensuellement à sa libre disposition ne soit inférieur à un centième du montant annuel de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA), arrondi à l'euro le plus proche.

III – 2 Les aides au logement

L'aide au logement à laquelle peut prétendre le postulant à l'aide sociale doit être sollicitée auprès des organismes concernés. Le responsable de l'établissement doit s'assurer que cette démarche a bien été effectuée.

Le calcul du minimum de ressources laissées aux personnes âgées ne prend pas en compte les aides au logement (quelle qu'en soit la nature) qui sont reversées en totalité au Département, y compris en cas d'absence.

III – 3 Prélèvements autorisés sur les versements de ressources

Certaines charges peuvent, après accord du Président du Conseil Départemental, être prélevées sur la part des ressources des pensionnaires avant versement au Département. Il s'agit de charges qui revêtent un caractère obligatoire pour le bénéficiaire de l'aide sociale à l'hébergement, ainsi que celles qui sont indispensables à la vie dans l'établissement, dans la mesure où elles ne sont pas incluses dans les prestations offertes par ce dernier.

Une demande écrite, accompagnée de justificatifs, doit être adressée au Président du Conseil Départemental, via la Direction de la Solidarité Départementale.

Les prélèvements ne pourront être opérés qu'après accord du Président du Conseil Départemental et à compter de la date de la demande.

Les principales charges qui peuvent être déduites partiellement ou totalement de la participation du bénéficiaire de l'aide sociale à ses frais d'hébergement sont :

- les frais de tutelle,
- les prélèvements fiscaux (impôts, taxes) après exonération ou abattements éventuels que le bénéficiaire doit solliciter et dont il doit fournir un justificatif (montants accordés ou rejet),
- des cotisations de mutuelle, sur la base d'un forfait mensuel, et après déduction éventuelle de l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) dont le bénéficiaire devra fournir l'attestation d'accord ou de rejet,
- certaines charges liées au logement occupé avant l'entrée en établissement (assurance habitation par exemple, après mise à jour du contrat d'assurance prenant en compte le changement de situation du propriétaire),

- forfait journalier hospitalier (si celui-ci n'est pas pris en charge par la complémentaire santé du bénéficiaire).

Tout prélèvement opéré sur les 90 % de ressources reversés au Département doit être justifié. Les justificatifs sont annexés à l'état de reversement.

III – 4 Aide financière au conjoint resté au domicile

Lorsqu'il y a un conjoint non placé en établissement, diverses hypothèses sont à envisager :

- Le conjoint hébergé ne dispose pas de ressources personnelles : le Président du Conseil Départemental fait une proposition de participation au conjoint resté à domicile en lui laissant un montant au moins équivalent à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées.
- Le conjoint hébergé dispose de toutes les ressources à titre personnel : il est laissé à celui qui reste à domicile une part des ressources du conjoint accueilli en établissement égale au moins au montant de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées.
- Les époux disposent chacun de ressources personnelles : les ressources du conjoint accueilli sont récupérées à hauteur de 90 %. Un montant équivalent à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées doit être maintenu au conjoint restant au foyer, le surplus constitue la participation aux frais d'hébergement.

Le montant équivalent à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées laissé au conjoint à domicile ne constitue qu'une base de calcul qui peut être augmentée pour tenir compte de charges particulières.

III – 5 Mise en jeu de l'obligation alimentaire *(article L132-6 du Code de l'action sociale et des familles)*

Les participations des obligés alimentaires sont exigées, après leur accord ou après décision de justice. Le montant en est fixé par le Président du Conseil Départemental, en cas d'admission à l'aide sociale ou par l'établissement, en cas de rejet de l'aide sociale ou par décision de justice en cas de saisine des autorités judiciaires.

III – 6 Versement d'une provision *(Circulaire n°90/48 du 10 août 1990 modifiant la circulaire n°258 du 9 mai 1990 relative à l'application du décret n°87-961 du 25 novembre 1987 portant diverses mesures d'application de la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant les législations sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé)*

Pour pallier toute difficulté de recouvrement de la contribution du bénéficiaire (ou de sa créance si sa demande d'aide sociale venait à être rejetée), pour la période transitoire entre le dépôt de la demande d'aide sociale et la notification de la décision par le Département, **une provision doit être demandée à l'intéressé par le responsable de l'établissement.**

A cet effet, et dès son entrée dans l'établissement, l'hébergé qui a sollicité l'aide sociale est invité, par le responsable de l'établissement, à signer une déclaration par laquelle il s'engage à verser une provision, tous les mois à terme échu. Cette déclaration retrace l'ensemble des revenus dont il dispose, conformément aux montants déclarés dans le dossier de demande d'aide sociale.

Le montant de la provision, fixé dans les mêmes conditions ~~que celui de la contribution à~~ l'aide sociale, représente 90% des ressources de la personne, 10% d'argent de poche devant toujours être laissé à sa disposition (sans toutefois que la somme laissée à sa disposition ne puisse être inférieure à un centième du montant annuel de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (ASPA), arrondi à l'euro le plus proche). Le montant de la provision est déterminé par le responsable de l'établissement sur la base des revenus déclarés par la personne âgée.

L'encaissement de la provision ne donne pas lieu à l'émission d'un titre de recettes. Les sommes encaissées sont comptabilisées sur un compte d'attente.

A la notification de la décision d'admission à l'aide sociale, la provision est régularisée et vient en déduction des contributions mensuelles à percevoir auprès du résident.

Les règles relatives à cette provision doivent être prévues dans le règlement intérieur de l'établissement.

III – 7 Versement d'une caution

Aucune caution ne peut être demandée au bénéficiaire de l'aide sociale.

IV – PERCEPTION DES REVENUS DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE AUX PERSONNES ÂGÉES ADMISES DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX OU MÉDICO-SOCIAUX

IV – 1 Principe Général *(articles L132-4 et R132-2 du Code de l'action sociale et des familles)*

Les personnes accueillies de façon permanente ou temporaire dans un établissement social ou médico-social, relevant de l'aide sociale aux personnes âgées, disposent de leurs ressources et doivent s'acquitter elles-mêmes de leur contribution à leur frais d'hébergement.

Cependant, l'article L132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles prévoit que la perception des revenus, y compris les aides au logement, des personnes admises dans les établissements sociaux ou médico-sociaux au titre de l'Aide Sociale aux Personnes Âgées, peut être assurée par le comptable de l'établissement public ou par le responsable de l'établissement de statut privé dans deux hypothèses :

- soit à la demande de l'intéressé ou de son représentant légal,
- soit à la demande de l'établissement, lorsque l'intéressé ou son représentant ne s'est pas acquitté de sa contribution pendant 3 mois au moins.

IV – 2 Procédure

Les demandes d'autorisation de perception des revenus doivent être adressées au Président du Conseil Départemental (ou au représentant de l'État dans le département pour les personnes bénéficiant d'une prise en charge de l'État).

- Dans le cas, où la demande émane de la personne concernée, elle doit être accompagnée de l'avis du responsable de l'établissement.

• Dans le cas où elle est formulée par l'établissement, elle doit indiquer les conditions dans lesquelles la défaillance de paiement est intervenue, la durée de celle-ci, ainsi que, le cas échéant, les observations de l'intéressé ou de son représentant légal.

Dans les deux cas, la décision est prise par le le Président du Conseil Départemental ou le représentant de l'État dans le département, qui précise la durée pendant laquelle cette mesure est applicable.

Le Président du Conseil Départemental (ou le représentant de l'État le cas échéant) dispose, pour se prononcer sur la demande de perception des revenus, d'un délai d'un mois courant à compter de la date de réception de celle-ci. A l'expiration de ce délai et sauf si, au cours de celui-ci, une décision expresse a été notifiée à la personne et à l'établissement intéressés, l'autorisation est réputée acquise. La personne en est immédiatement informée.

La durée d'autorisation est de deux ans lorsqu'elle a été tacitement délivrée. Lorsque l'autorisation résulte d'une décision expresse notifiée dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, sa durée ne peut être inférieure à deux ans, ni supérieure à quatre ans.

En cas d'autorisation de la perception des revenus par l'établissement, la personne concernée doit remettre au responsable de l'établissement les informations nécessaires à la perception de l'ensemble de ses revenus (y compris les aides au logement) et lui donner les pouvoirs nécessaires à l'encaissement desdits revenus, sous réserve de la restitution à l'intéressé de la part non affectée au remboursement des frais de séjours.

L'établissement assure donc, après perception des revenus, le paiement de la contribution de l'hébergé au Département et lui reverse mensuellement (ou à son représentant légal) le montant des revenus qui dépasse la contribution mise à sa charge. Les modalités de calcul de sa contribution restent inchangées (*cf III – 1 Participation du bénéficiaire aux frais d'hébergement*).

A noter : Pendant la période d'attente (entre le dépôt de la demande d'aide sociale et la réponse du Président du Conseil Départemental), l'hébergé peut confier au receveur de l'établissement le soin d'encaisser ses ressources à sa place et de payer ses dépenses (dont la provision). A cet effet, les comptables doivent être dûment mandatés, par écrit, par l'hébergé pour effectuer ces opérations. Toutefois, cette procuration (sous seing privé) donnée au comptable n'est valable que pour la période précédant la décision d'admission à l'aide sociale. Si l'admission est accordée, la prolongation de cette procédure devra être autorisée par décision du Président du Conseil Départemental.

V – L'ADMISSION

V – 1 La procédure d'admission (*articles L131 et suivants et R131-2 du Code de l'action sociale et des familles*)

La demande est déposée par l'intéressé (ou son représentant légal) auprès du Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale de son domicile de secours.

Date de début de l'aide : la date d'effet de la prise en charge est fixée à la date d'entrée dans la structure si la demande a été déposée dans un délai maximum de 2 mois suivant ce jour. Ce délai peut être prolongé une fois, dans la limite de 2 mois par le Président du Conseil Départemental. Passé ce délai, les frais ne seront plus pris en charge à compter de la date d'entrée dans la structure, mais à la date de signature de la demande d'aide sociale par la personne âgée ou son représentant légal.

La Mairie ou le Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale de la commune où résidait le demandeur avant son entrée en établissement constitue le dossier et le transmet à la Direction de la Solidarité Départementale.

La date de début de l'obligation alimentaire est la date d'admission à l'aide sociale ou celle fixée par l'autorité judiciaire (Juge aux Affaires Familiales).

Les voies de recours sont ouvertes dans les conditions définies par le présent règlement.

V – 2 Les modalités de révision

V – 2 – 1 Révision par le Président du Conseil Départemental

Les dossiers sont révisés tous les cinq ans ou dès qu'une modification ou un élément nouveau apparaît dans la situation de la personne âgée et/ou de ses obligés alimentaires : ces derniers peuvent, en cas de modification substantielle de leur situation socio-financière, solliciter la révision de leur participation auprès du Président du Conseil Départemental, si aucune décision judiciaire n'est intervenue pour le règlement de la dette alimentaire ou auprès du Juge aux Affaires Familiales dans le cas contraire.

V – 2 – 2 Révision de la participation sur décision judiciaire (*article L132-6 du Code de l'action sociale et des familles*)

La décision du Président du Conseil Départemental peut être révisée sur production par le bénéficiaire de l'aide sociale d'une décision judiciaire rejetant ou modifiant l'obligation alimentaire à une somme inférieure à celle initialement fixée.

V – 3 Le règlement de la prestation

Après la décision d'admission, le Département règle à l'établissement l'intégralité du prix de journée hébergement majoré du tarif dépendance du GIR 5/6. Le prix de journée dépendance des GIR 1/2, 3/4, diminué du tarif du GIR 5/6, relève d'une prise en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

Une journée d'hébergement ne pouvant pas donner lieu à une double prise en charge par l'aide sociale, en cas de changement d'établissement, c'est l'établissement au sein duquel le bénéficiaire de l'aide sociale aura pris son repas de la mi-journée qui facturera la dite journée à l'aide sociale. Si le bénéficiaire prend son repas de la mi-journée en dehors des établissements, la facturation se fera en fonction du lieu de prise du repas du soir.

VI – LA PRISE EN COMPTE DES ABSENCES (articles L314-10 et R314-204 du Code de l'action sociale et des familles)

VI – 1 Absences pour vacances

Dans la limite de 5 semaines de congés par an, ou au-delà d'un délai de 72 heures, l'établissement facture le prix de journée, déduction faite de la valeur du forfait hospitalier, à la Direction de la Solidarité Départementale. Afin que la personne âgée dispose de ses fonds, il n'est procédé à aucune récupération de ses ressources durant cette période, hormis les aides au logement qui doivent intégralement être reversées au Département.

VI – 2 Absences pour hospitalisation

La facturation par l'établissement au Département est effectuée sur la base d'un tarif de réservation égal au prix de journée moins le forfait hospitalier et ce, durant 5 semaines, après un délai de 72 heures. La récupération des ressources est maintenue déduction faite du forfait hospitalier si celui-ci n'est pas pris en charge par la complémentaire santé de l'intéressé.

RÉCAPITULATIF (au delà de 72 h d'absence)

Motif de sortie de l'établissement	Facturation du prix de journée au Département	Reversement des ressources au Département
Toute sortie (week-end, vacances, etc...) dans une limite de 5 semaines par année civile.	OUI sur la base du prix de journée (hors tarif GIR 5/6)* déduction faite de la valeur du forfait journalier.	NON sauf aides au logement
Hospitalisation dans la limite de cinq semaines par année civile.	OUI sur la base du prix de journée (hors tarif GIR 5/6)* diminué du forfait journalier.	OUI – Forfait Journalier (sauf si celui-ci est pris en charge par la complémentaire santé) + Aides au Logement

* En application de la lettre DGAS/B du 3 mai 2002 et de la décision n°258876 du 10 janvier 2007 du Conseil d'État, un établissement ne peut pas facturer à un résident son tarif dépendance, y compris la partie du tarif correspondant au GIR 5/6, et ce dès le premier jour d'absence justifiée

N.B. :

- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est maintenue pendant les 30 premiers jours d'absence.
- Au-delà de 5 semaines, un établissement n'est pas tenu de réserver la chambre à la personne âgée.

VII – L'HÉBERGEMENT EN RÉSIDENCE AUTONOMIE OU PETITES UNITÉS DE VIE (loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Les modalités de prise en charge des frais d'hébergement en résidence autonomie sont identiques à la procédure précédemment déclinée.

Toutefois, il y a lieu de relever l'articulation particulière avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie, en résidence autonomie, ~~donne lieu à la prise en charge~~ du tarif dépendance du GIR dans lequel est classé le demandeur diminué du tarif du GIR 5/6, majoré d'un plan d'aide en heures assuré par un service d'aide à domicile prestataire ou mandataire ou par un tiers en emploi direct.

Les conditions de ressources prises en compte sont celles d'un bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile.

C'est ainsi qu'une participation peut être laissée à la charge de l'utilisateur, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ne couvrant pas dans son intégralité le plan d'aide : tarif du GIR 5/6 + aide à domicile.

Aussi, lorsqu'une participation reste à charge dans ce cadre, le bénéficiaire de l'aide sociale doit bénéficier d'une majoration de son argent de poche à concurrence de sa participation au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

VIII – L'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE *(loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, articles L312-1, L314-8 et suivants, D312-8 à D312-10 du Code de l'action sociale et des familles)*

Certaines situations peuvent donner lieu à un hébergement temporaire en établissement. Il s'agit principalement :

- d'éviter une hospitalisation ou inversement, après une hospitalisation, de pallier la difficulté d'un retour dans un domicile mal adapté à l'état de santé ;
- de situations de mauvais état ou d'inconfort de l'habitat pendant la période d'hiver ou d'insécurité dues à l'isolement géographique du domicile ;
- de soulager momentanément les familles de la prise en charge d'une personne âgée qu'elles assurent tout au long de l'année.

VIII – 1 Dépôt de la demande

Les modalités de dépôt d'une demande de prise en charge des frais d'hébergement temporaire sont identiques à celles de l'accueil en établissement (à la Mairie ou au Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale du domicile de secours).

VIII – 2 Conditions financières

Dans la mesure où leurs ressources personnelles ne leur permettent pas d'assurer cette charge, ils peuvent demander la prise en charge par l'aide sociale départementale de leurs frais d'hébergement, dans les mêmes conditions et modalités que pour un hébergement permanent.

VIII – 3 Paiement des frais d'hébergement

La procédure est similaire à celle applicable pour les personnes âgées hébergées en établissement à titre permanent déclinées précédemment.

VIII – 4 Minoration des reversements de ressources

De façon à permettre au pensionnaire de faire face à ses charges habituelles, notamment celles de son domicile permanent, un certain nombre de charges peuvent, **après accord du Président du Conseil Départemental**, être prélevées sur les 90% de ressources reversées au Département.

Tout prélèvement opéré sur les 90 % de ressources reversées doit être justifié par un document. Ces prélèvements entrent, en effet, dans le calcul de la créance départementale. Les justificatifs sont annexés à l'état de reversement.

IX – LES RECOURS EN RÉCUPÉRATION SUR SUCCESSION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE SOCIALE À L'HÉBERGEMENT *(articles L132-8 et L132-9 du Code de l'action sociale et des familles)*

Les récupérations prévues par l'article L132-8 du Code de l'action sociale et des familles s'appliquent à tous les types d'hébergement : récupération en raison d'un retour à meilleure fortune, sur assurance-vie, sur donataire, sur légataire, sur succession (*cf Partie 1, Chap. II : Conséquences de l'admission à l'aide sociale*).

Le recours s'effectue contre le patrimoine de la personne décédée bénéficiaire de l'Aide Sociale, non contre ses héritiers.

Le Président du Conseil Départemental peut requérir l'inscription d'une hypothèque sur les biens immobiliers du bénéficiaire.

La récupération sur succession s'opère sur l'actif net successoral sans condition (récupération au premier euro dépensé).

Le directeur d'établissement ou le Maire de la commune du bénéficiaire avise le service Aide Sociale Adultes du décès et fait connaître le nom du notaire chargé de régler la succession.

X – LES FRAIS D'INHUMATION *(article L2223-27 du Code général des collectivités territoriales)*

Le Code de l'action sociale et des familles ne prévoit pas que les frais funéraires relèvent d'une prise en charge du Département.

Les frais d'inhumation doivent être réglés en priorité par la succession du bénéficiaire de l'aide sociale, par ses obligés alimentaires ou sa famille.

Cependant, l'article L2223-27 du Code général des collectivités territoriales, met à la charge des communes les frais d'obsèques des personnes dépourvues de ressources suffisantes, décédées sur leur territoire. Aucun texte ne précisant les critères permettant de déterminer si le défunt possède ou non la qualité de personne dépourvue de ressources suffisantes, c'est à la commune de le déterminer.

Les proches du défunt doivent donc, en cas de difficulté s'adresser à la commune sur laquelle est survenu le décès.

CHAPITRE VII

AIDE SOCIALE AUX

PERSONNES HANDICAPÉES

CHAPITRE VII

AIDE SOCIALE AUX PERSONNES HANDICAPÉES

Toute personne handicapée peut, lorsque ses ressources sont insuffisantes, bénéficier d'une aide pour le maintien à domicile ou l'hébergement dans un établissement ou chez un particulier agréé, dans la mesure où elle **présente un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, reconnu par la CDAPH ou si elle est dans l'impossibilité de se procurer un emploi en milieu ordinaire compte tenu de son handicap.**

Les prestations d'aide sociale aux personnes adultes handicapées comprennent :

- Des prestations de soutien à domicile :

- L'aide ménagère (*sous-chapitre I*),
- La participation aux frais de repas (*sous-chapitre I*),
- Les services d'accompagnement à la vie sociale (*sous-chapitre IV*),
- L'accueil de jour (*sous-chapitre IV*).

- Des aides à l'autonomie à domicile et en établissement :

- L'Allocation Compensatrice (*sous-chapitre II*),
- La Prestation de Compensation du handicap (*sous-chapitre III*).

- Des aides à l'hébergement :

- L'accueil en établissement (*sous-chapitre IV*),
- L'hébergement à titre onéreux chez des accueillants familiaux agréés (*chapitre VIII*).

SOUS - CHAPITRE I

LES AIDES AU MAINTIEN À DOMICILE

I – L'AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE (*articles L114-1, L231-1, L231-2, L241-1 et R241-1 du Code de l'action sociale et des familles – articles L821-1 et L821-2 du Code de la sécurité sociale*)

L'aide ménagère est une prestation en nature correspondant à des services ménagers effectués au domicile de la personne handicapée.

L'aide ménagère est prise en charge, pour partie, par l'aide sociale et, pour partie, par le bénéficiaire.

I – 1 Conditions d'attribution

Peuvent bénéficier de l'aide ménagère, les **personnes handicapées** présentant un taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 %, reconnu par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou dans l'impossibilité de se procurer un emploi en milieu ordinaire compte tenu de leur handicap, quel que soit leur âge, qui sont **dans l'incapacité d'assurer leurs tâches ménagères et qui vivent seules ou avec une personne qui ne peut pas leur apporter cette aide.**

Les postulants doivent satisfaire aux conditions de résidence, de domicile et de nationalité ou régularité de séjour décrites dans les *Principes Généraux* du présent règlement. Par ailleurs, ils ne doivent pas disposer de ressources supérieures au plafond réglementaire (plafond d'attribution de l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité, ex Fonds National de Solidarité). Il s'agit du même plafond que pour les personnes âgées.

Comme toutes les prestations d'aide sociale aux personnes handicapées, il n'est pas fait référence aux ressources des obligés alimentaires. Toutefois, l'appréciation du besoin tient compte de l'aide de fait de la famille ou de l'environnement.

I – 2 Procédure et modalités d'attribution et de règlement de la prestation (*article L241-4 du Code de l'action sociale et des familles*)

La procédure, ainsi que les modalités d'instruction de la demande, sont les mêmes que celles appliquées pour les personnes âgées (*cf chapitre VI sous-chapitre I du présent règlement*).

C'est le Président du Conseil Départemental qui décide par arrêté de l'octroi des services ménagers et de leur durée en fonction du besoin évalué au moyen d'une enquête sociale élaborée après visite au domicile du demandeur, dans la limite maximale de 30 heures par mois pour une personne seule et de 48 heures pour un couple.

II – L'ALLOCATION REPRÉSENTATIVE DES SERVICES MÉNAGERS (*article L231-1 du Code de l'action sociale et des familles*)

L'Allocation Représentative des Services Ménagers est accordée lorsqu'il n'existe pas de

service d'aide ménagère sur place ou s'il est insuffisant. Les conditions d'attribution de cette allocation représentative sont les mêmes que pour les services ménagers en nature.

Les personnes percevant cette allocation, en lieu et place de l'aide en nature, doivent justifier d'une utilisation conforme à sa destination, en produisant, notamment, une copie de la fiche de salaire de la personne employée.

Le montant mensuel de l'allocation représentative ne peut être supérieur à 60 % du coût des services ménagers susceptibles d'être accordés. Le taux horaire est celui de l'aide en nature.

III – LA PARTICIPATION AUX FRAIS DE REPAS *(article R231-3 du Code de l'action sociale et des familles)*

Les repas fournis aux personnes handicapées par des structures habilitées peuvent être partiellement pris en charge par l'aide sociale.

Le montant de la participation du Département est fixé annuellement par arrêté du Président du Conseil Départemental.

L'organisme gestionnaire adresse sa facture au Département et récupère le reste à charge auprès du bénéficiaire.

Les conditions d'attribution sont identiques à celles permettant l'attribution de l'aide ménagère.

SOUS - CHAPITRE II

L'ALLOCATION COMPENSATRICE

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) et pour Frais Professionnels (ACFP) a été instituée par l'article 39 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 dite « Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées ».

Depuis le 1^{er} janvier 2006, date d'effet de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, **il n'est plus possible de déposer une première demande d'Allocation Compensatrice** ; les demandeurs doivent s'orienter vers une demande de Prestation de Compensation du Handicap.

En revanche, les bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice peuvent continuer de la percevoir sans limitation de durée, s'ils continuent d'en remplir les conditions et s'ils n'optent pas pour la Prestation de compensation du Handicap. **Seules les demandes de révision ou de renouvellement sont donc recevables.**

I – DÉFINITION

L'Allocation Compensatrice est une prestation en espèces, destinée aux personnes handicapées afin de compenser les charges particulières liées :

– à la nécessité de recourir à une tierce personne pour effectuer des actes essentiels de la vie : l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne,

– et/ou à des frais supplémentaires imposés par l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective : l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels.

II – CONDITIONS D'ATTRIBUTION

II – 1 Nationalité, résidence et domicile de secours

Se référer au chapitre I, *Conditions générales d'admission à l'aide sociale* du présent règlement.

II – 2 Principe de subsidiarité

La personne handicapée ne doit pas bénéficier d'un avantage analogue servi par un régime de Sécurité Sociale ayant le même objet que l'Allocation Compensatrice (tel que la Majoration pour l'aide constante d'une Tierce Personne versée en complément d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie par la Sécurité Sociale).

II – 3 Incapacité et besoin spécifique du bénéficiaire

La personne handicapée doit avoir un taux d'incapacité permanente reconnu par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées de 80 % au minimum et avoir besoin de l'aide d'une tierce personne pour l'accomplissement d'un ou plusieurs actes essentiels de la vie courante et/ou justifier que l'activité professionnelle ou la fonction élective qu'il exerce lui impose des frais supplémentaires.

II – 4 Effectivité

Le bénéficiaire doit justifier du recours **effectif** à une tierce personne pour effectuer tout ou partie des actes essentiels de la vie.

Dans le cas de l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels, sont considérés comme frais supplémentaires les frais de toute nature liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective que ne supporterait pas une personne valide exerçant la même activité. Le bénéficiaire devra donc fournir des documents attestant l'exercice d'une activité professionnelle ou élective et des factures justifiant la réalité et le montant des frais professionnels.

Les agents des services du Département sont habilités à effectuer tout contrôle (sur pièce ou au domicile du bénéficiaire) permettant de vérifier l'utilisation effective de l'aide accordée.

N.B. : Les personnes atteintes de cécité ne sont pas soumises au contrôle d'effectivité.

II – 5 Ressources

La personne handicapée doit disposer de ressources inférieures au **plafond réglementaire**, calculé sur la base du plafond retenu pour l'octroi de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), augmenté du montant annuel de l'Allocation Compensatrice.

Les ressources prises en compte pour l'attribution de l'Allocation Compensatrice sont les ressources imposables déclarées l'année précédente. La personne handicapée doit fournir chaque année son nouvel avis d'imposition.

II – 6 Règles de cumul

L'Allocation Compensatrice se cumule, s'il y a lieu, avec l'Allocation aux Adultes Handicapés, avec tout avantage de vieillesse ou d'invalidité à l'exception d'avantages analogues au titre d'un régime de sécurité sociale ayant le même objet, tels que la Majoration pour Tierce Personne. Au vu d'éléments médicaux et sociaux, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées prend une décision en ce qui concerne :

- le taux d'incapacité du demandeur,
- la nécessité de l'aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence,
- la nature et la permanence de l'aide nécessaire (temps complet ou séquentiel) ou l'importance des frais professionnels occasionnés par le handicap,
- le taux de l'allocation accordée,
- la date d'effet et la durée d'attribution.

III – PROCÉDURE D’ATTRIBUTION

III – 1 La prise en charge

Le taux de l’Allocation Compensatrice est fixé par référence aux majorations accordées aux bénéficiaires d’une pension d’invalidité de 3^{ème} catégorie prévues à l’article L341-4 du Code de la sécurité sociale et varie de 40% à 80 % du montant de ces majorations.

Ce taux est accordé à 80 % lorsque l’état de la personne handicapée nécessite l’aide d’une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie et qu’elle justifie que cette aide ne peut lui être apportée que par :

- une ou plusieurs personnes rémunérées,
- une ou plusieurs personnes de son entourage, subissant de ce fait un manque à gagner.

Les personnes atteintes de cécité remplissent les conditions pour bénéficier de l’allocation compensatrice au taux de 80 %.

Ce taux est compris entre 40 et 75 % lorsque l’état de la personne handicapée nécessite l’aide d’une tierce personne :

- soit pour un ou plusieurs actes essentiels de l’existence,
- soit pour la plupart des actes essentiels de l’existence, mais sans que cela n’entraîne pour la ou les personnes qui lui apportent cette aide, un manque à gagner appréciable.

III – 2 Le montant

Le montant de l’allocation compensatrice est fixé chaque année par le Président du Conseil Départemental.

Le montant accordé varie en fonction du taux arrêté par la Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées (entre 40 % et 80 % de la Majoration pour l’aide constante d’une Tierce Personne) et des ressources du demandeur.

Le montant de l’Allocation Compensatrice pour Frais Professionnel est déterminé en fonction des frais supplémentaires, habituels ou exceptionnels, supportés par la personne handicapée et de ses ressources, sans que ce montant ne puisse être supérieur aux frais supplémentaires effectivement engagés.

Les personnes handicapées qui remplissent à la fois, les conditions relatives à la nécessité de l’aide effective d’une tierce personne pour les actes essentiels de l’existence, et celles relatives à l’exercice d’une activité professionnelle ou d’une fonction élective, bénéficient d’une allocation égale à la plus élevée des deux allocations auxquelles elles auraient pu prétendre, augmentée de 20% du montant de la Majoration pour l’aide constante d’une Tierce Personne. Le montant cumulé des deux allocations ne peut jamais dépasser 100% de la Majoration pour l’aide constante d’une Tierce Personne.

III – 3 Le versement de l’allocation

La Commission des Droits et de l’Autonomie des Personnes Handicapées notifie sa décision aux personnes handicapées et au service d’aide sociale légale du Département. Les voies de recours figurent sur la notification.

Le service d'aide sociale légale du Département procède au calcul de l'allocation en fonction des ressources et notifie la décision du Président du Conseil Départemental.

L'allocation est versée mensuellement, par le Département, à terme échu.

Elle fait l'objet d'un réexamen annuel sur pièces (période du 1^{er} juillet de l'année antérieure au 30 juin de l'année en cours) des droits administratifs et d'un contrôle des ressources.

III – 4 La révision

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées révisé périodiquement ses décisions relatives à l'Allocation Compensatrice soit au terme qu'elle a elle-même fixé, soit à la demande du bénéficiaire ou à celle du Président du Conseil Départemental.

III – 5 La réduction ou la suspension de l'Allocation Compensatrice

III – 5 – 1 La réduction en cas d'hébergement en établissement de type EHPAD (*article R344-32 du Code de l'action sociale et des familles*)

Lorsque le bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice est admis dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées au titre de l'aide sociale, le montant de l'allocation est réduit en proportion de l'aide qui lui est assurée par le personnel de l'établissement et au maximum à concurrence de 90 %, par le Président du Conseil Départemental.

III – 5 – 2 La suspension

– Pour hospitalisation :

Le paiement de la prestation est suspendu après une période de 45 jours consécutifs d'hospitalisation.

La reprise des paiements est effectuée dès lors que le bénéficiaire produit un justificatif concernant sa nouvelle situation.

Lorsqu'une entrée en établissement se produit dans un établissement de court ou moyen séjour, les jours de sortie de fin de semaine peuvent donner lieu à versement de l'allocation sur production de justificatifs.

– Pour l'accueil en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) :

Le versement de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne est maintenu durant les 45 premiers jours de séjour du bénéficiaire en Maison d'Accueil Spécialisée. Au-delà de cette période, une demande de révision de l'aide est transmise à la Maison Départementale des Personnes Handicapées pour décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

– Pour non-utilisation effective de l'aide :

Le service de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne peut être suspendu par le

Président du Conseil Départemental lorsque celui-ci constate que le ~~bénéficiaire de cette allocation~~ ne reçoit pas l'aide effective d'une tierce personne pour accomplir les actes essentiels de l'existence, sauf en cas de cécité.

Le Président du Conseil Départemental notifie au bénéficiaire, par lettre recommandée avec accusé de réception, sa décision de suspendre le service de l'Allocation Compensatrice pour aide d'une Tierce Personne. Cette notification comprend la date et les motifs de la suspension, les voies et délais de recours. La suspension prend effet au premier jour du mois suivant la date de notification à l'intéressé.

Le Président du Conseil Départemental peut suspendre le versement de l'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels s'il y a une interruption de l'activité justifiant l'octroi de l'aide.

Le Président du Conseil Départemental informe la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées de la suspension et/ou du rétablissement de l'Allocation Compensatrice.

III – 6 Dispositions particulières

L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ne donne pas lieu à récupération sur succession, legs, donation, ni à l'encontre du bénéficiaire revenu à meilleure fortune.

L'obligation alimentaire n'est pas mise en jeu pour l'attribution de cette aide.

L'Allocation Compensatrice est incessible et insaisissable, sauf pour le paiement des frais d'entretien de la personne handicapée.

III – 7 – Voies de recours (*articles L241-9, L245-2 et L245-21 du Code de l'action sociale et des familles et articles L143-1 et R143-7 du Code de la sécurité sociale*)

- Recours contentieux à l'encontre des décisions de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées : les recours contre les décisions de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées doivent être portés devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité dans un délai de deux mois, à compter de la notification de la décision. Ces dernières peuvent être contestées dans un délai d'un mois devant la Cour Nationale de l'Incapacité puis, éventuellement, au moyen d'un pourvoi en cassation devant la Cour de Cassation.

Les voies de recours figurent sur la notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

- Recours contentieux à l'encontre des décisions d'aide sociale : Cf *Principes Généraux chapitre IV, Les organes de décision*, du présent règlement).

IV – RÈGLES DE NON CUMUL ET DROIT D'OPTION (*article R245-32 du Code de l'action sociale et des familles*)

L'Allocation Compensatrice ne se cumule pas avec :

- la Majoration pour Tierce Personne ou un avantage analogue au titre d'un régime de sécurité sociale ayant le même objet,
- l'Allocation Personnalisée d'Autonomie,
- la Prestation de Compensation du Handicap.

Rappel : la Prestation de Compensation du Handicap ~~se substitue à l'Allocation~~ Compensatrice pour Tierce Personne. Cependant, les bénéficiaires de l'Allocation Compensatrice disposent d'un droit d'option qui leur permet de continuer à en bénéficier, dès lors que l'Allocation Compensatrice leur a été attribuée avant le 1^{er} janvier 2006.

Pour pouvoir exprimer un choix éclairé après décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, le bénéficiaire est informé par le Département du montant de la Prestation de Compensation du Handicap auquel il peut avoir droit. S'il opte pour la Prestation de Compensation du Handicap, ce choix est définitif. Si aucun choix n'est formulé, la Prestation de Compensation du Handicap lui est attribuée.

Toute personne qui a obtenu l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne avant l'âge de 60 ans peut demander, au-delà de cet âge, soit le maintien de cette allocation, soit la Prestation de Compensation du Handicap, soit l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Si elle opte pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ce choix est définitif. Si elle opte pour la Prestation de Compensation du Handicap, elle pourra, par la suite, continuer à la percevoir ou choisir d'opter ultérieurement pour l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

SOUS CHAPITRE III

LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

Le principe d'un droit à compensation du handicap, quelles que soient l'origine et la nature de la déficience de la personne handicapée, son âge ou son mode de vie, a été reconnu par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Afin de compenser certains coûts liés au handicap et de considérer plus largement les conséquences de ce dernier, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) a été mise en place à compter du 1^{er} janvier 2006.

Les articles L245-1 et suivants, ainsi que les articles R245-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles, déterminent les dispositions réglementaires de prise en charge au titre de cette prestation.

La Prestation de Compensation du Handicap est un dispositif d'aides destinées à répondre aux besoins des personnes reconnues handicapées qui résident à leur domicile, ainsi qu'à celles qui bénéficient d'un accueil familial ou qui sont hébergées ou accompagnées par un établissement social ou médico-social ou qui sont hospitalisées dans un établissement de santé.

La Prestation de Compensation du Handicap est servie par le Département. L'ouverture du droit relève de la compétence de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. Son attribution dépend de la résidence, de l'âge et du degré d'autonomie de la personne qui la demande.

I – CONDITIONS D'ATTRIBUTION

I – 1 Conditions de résidence (*articles L245-1 et R245-1 du Code de l'action sociale et des familles*)

Peut prétendre au bénéfice de cette prestation, toute personne résidant de manière stable et régulière en France métropolitaine, dans les départements d'Outre-Mer et Saint Pierre et Miquelon.

Est réputée avoir une résidence stable en France, toute personne y résidant de façon permanente et régulière ou accomplissant hors de ces territoires :

- soit un ou plusieurs séjours provisoires dont la durée n'excède pas trois mois au cours de l'année civile ;

- soit un séjour de plus longue durée lorsqu'il est justifié que le séjour est nécessaire pour lui permettre, soit de poursuivre ses études, soit d'apprendre une langue étrangère, soit de parfaire sa formation professionnelle.

Les personnes de nationalité étrangère, hors ressortissants des États membres de la Communauté européenne ou des autres parties à l'accord sur l'Espace économique européen,

doivent en outre justifier qu'elles sont titulaires d'une carte de résident ou d'un titre de séjour exigé pour résider régulièrement en France, en application de la législation relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France ou en application de traités et accords internationaux.

N.B : En cas de séjour de plus de trois mois hors de ces territoires, soit de date à date, soit sur une année civile, la prestation de compensation n'est versée que pour les seuls mois civils complets de présence sur ces territoires. En cas de versements ponctuels de cette prestation, le montant total attribué est diminué à due proportion ; toutefois en cas de séjour de moins de six mois hors de ces territoires, cette réduction n'est pas appliquée pour la partie de la prestation concernant les aides techniques et les aménagements de logement ou du véhicule.

I – 2 Conditions d'âge (articles L245-1 et D245-3 du Code de l'action sociale et des familles)

La Prestation de Compensation du Handicap est ouverte à :

- Toute personne handicapée âgée de moins de 60 ans. Depuis 2008, les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et de son complément, dans le cadre d'un droit d'option entre le complément d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et la Prestation de Compensation du Handicap.

- Toute personne handicapée âgée de plus de 60 ans, sous réserve de remplir l'une des conditions suivantes :

- la personne présentait, avant cette limite d'âge, un handicap répondant aux critères d'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap et sollicite la prestation avant 75 ans,
- la personne présente un handicap ouvrant droit à la Prestation de Compensation du Handicap et exerce une activité professionnelle,
- la personne sollicite le renouvellement de la prestation obtenue avant l'âge de 60 ans.
- la personne bénéficiait de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (cf sous chap. II du présent chapitre) et décide d'opter pour la Prestation de Compensation du Handicap.

I – 3 Conditions de ressources

L'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap n'est subordonnée à aucune condition de ressources. Les ressources du bénéficiaire (ou du ménage ayant l'enfant handicapé à charge), limitées essentiellement aux revenus fonciers, revenus de capitaux mobiliers, aux plus-values et gains divers, sont prises en compte pour déterminer l'éventuelle participation du bénéficiaire.

Il est donc tenu compte des ressources (de l'année civile précédant celle de la demande) **pour calculer le taux de prise en charge :**

- si les ressources de la personne sont inférieures ou égales à 2 fois le montant annuel de la Majoration pour Tierce Personne, le taux de prise en charge sera de 100 % ;
- si les ressources de la personne sont supérieures à 2 fois le montant annuel de la Majoration pour Tierce Personne, le taux de prise en charge sera de 80 %.

I – 4 Conditions liées au handicap (articles L245-1, D245-4 et Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles (référentiel))

Le droit à la Prestation de Compensation du Handicap est ouvert à toute personne reconnue handicapée et présentant :

- soit une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité (la personne ne peut pas du tout la réaliser elle-même),
- soit une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités mentionnées dans la liste du référentiel du Code de l'action sociale et des familles (la personne peut les réaliser mais difficilement et de façon altérée).

Ces difficultés doivent être définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an. Il n'est pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé.

Ces difficultés sont évaluées par une équipe pluridisciplinaire au regard d'un référentiel national.

II – CHAMP D'APPLICATION DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

La Prestation de Compensation du Handicap est un dispositif d'aides destinées à répondre aux besoins :

- en aide humaine (aide d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence),
- en aide technique (pour compenser une limitation d'activité),
- en aide au cadre de vie (aménagement du logement, du véhicule ou surcoûts liés aux transports),
- en aide liée à des charges spécifiques et/ou exceptionnelles,
- en aide liée à l'attribution et à l'entretien des aides animalières.

II – 1 Les besoins en aide humaine (articles L245-3, L245-4, L245-12, D245-5, D245-8, R245-4, R245-6 et R245-7 du Code de l'action sociale et des familles)

Cette aide est attribuée afin de couvrir les besoins en aide humaine pour les actes essentiels de l'existence, la surveillance régulière de la personne, les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective (besoins appréciés au regard du référentiel prévu à l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

Dans ce cadre, le bénéficiaire peut choisir :

- d'employer un(e) ou plusieurs salarié(e)s en emploi direct,
- de faire appel à un service prestataire ou à un service mandataire,
- de dédommager un membre de sa famille, au titre de l'aidant familial.

La personne handicapée peut utiliser les sommes attribuées au titre de l'aide humaine pour salarier un membre de sa famille, autre que le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou autre qu'un obligé alimentaire du 1^{er} degré à condition que celui-ci n'ait pas fait valoir ses droits à la retraite et qu'il ait cessé ou renoncé totalement ou partiellement à une activité professionnelle pour être employé de la personne.

Toutefois, lorsque son état nécessite à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne, la personne handicapée peut utiliser ces sommes pour salarier son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle a conclu un PACS ou un obligé alimentaire du 1^{er} degré.

Le montant attribué à la personne handicapée est apprécié en fonction du nombre d'heures de présence requis par sa situation et fixé en équivalent-temps plein, en tenant compte du coût réel de rémunération des aides humaines en application de la législation du travail et de la convention collective en vigueur. Le nombre d'heures nécessaire est évalué au regard du plan d'aide élaboré par les équipes médico-sociales. La Prestation de Compensation du Handicap peut donc, le cas échéant, permettre de couvrir une partie du salaire d'un accueillant familial appelé à réaliser des actes d'aide à la personne, ainsi que des sujétions particulières s'il y a lieu.

Situations particulières :

- les personnes atteintes de cécité sont considérées comme remplissant les conditions qui permettent l'attribution d'une aide humaine de 50h/mois, valorisée au tarif de l'emploi direct (*arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation*),
- les personnes atteintes de surdité sont considérées comme remplissant les conditions qui permettent l'attribution d'une aide humaine de 30 heures/mois, valorisée au titre de l'emploi direct (*arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation*).

II – 2 Les besoins en aides techniques (*articles D245-10, D245-11 et Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles*)

Il s'agit de tout équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu, acquis ou loué, pour compenser une limitation d'activité, améliorer l'autonomie, assurer la sécurité ou mettre en œuvre les moyens nécessaires pour faciliter l'intervention des aidants.

Lorsque ces aides techniques relèvent des prestations de la Sécurité Sociale, la Prestation de Compensation du Handicap peut prendre en compte les frais laissés à la charge de l'assuré.

Les montants maximums de ces aides techniques figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la prestation de compensation.

Les tarifs de cet élément de la Prestation de Compensation du Handicap figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la Prestation de Compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du Code de l'action sociale et des familles.

II – 3 L'aménagement du logement (*articles D245-14 à D245-17 et Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles*)

Peuvent être pris en compte, les frais d'aménagement du logement qui concourent à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne handicapée par l'adaptation et l'accessibilité du logement, ainsi que les coûts entraînés par le déménagement et l'installation des équipements nécessaires lorsque l'aménagement du logement est impossible ou jugé trop coûteux au vu de

l'évaluation réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, et que le demandeur fait le choix d'un déménagement dans un logement répondant aux normes réglementaires d'accessibilité.

En cas d'évolution prévisible du handicap, le plan de compensation peut intégrer des travaux destinés à faciliter des adaptations ultérieures .

Ne peuvent être pris en compte au titre de l'aménagement du logement :

- l'aménagement du domicile de l'accueillant familial,
- les travaux du fait de l'insalubrité, de mise aux normes des parties communes ou résultant d'aménagements rendus nécessaires par un manquement aux dispositions législatives et réglementaires relatives à l'accessibilité du logement.

Les montants maximums de ces aides à l'aménagement du logement figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la Prestation de Compensation.

Les tarifs de cet élément de la Prestation de Compensation du Handicap figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la Prestation de Compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du Code de l'action sociale et des familles.

II – 4 L'aménagement du véhicule et les surcoûts liés au transport (articles D245-18 à D245-22 du Code de l'action sociale et des familles)

Peuvent être pris en compte au titre de l'aménagement du véhicule :

- l'aménagement du véhicule habituellement utilisé par la personne handicapée, que celle-ci soit conductrice ou passagère,
- les options ou accessoires pour un besoin directement lié au handicap,
- les surcoûts liés au transport de la personne handicapée lorsqu'ils sont liés à des transports réguliers, fréquents ou correspondant à un départ annuel en congés.

S'agissant de l'aménagement du poste de conduite d'un véhicule exigeant la possession du permis de conduire, seule peut bénéficier de l'affectation de la Prestation de Compensation à cet effet la personne dont le permis fait mention d'un tel besoin.

Les montants maximums de ces aides à l'aménagement du véhicule et aux surcoûts liés au transport figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximaux attribuables au titre des éléments de la Prestation de Compensation.

Les tarifs de cet élément de la Prestation de Compensation du Handicap figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la Prestation de Compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du Code de l'action sociale et des familles.

II – 5 Les charges spécifiques ou exceptionnelles (article D245-23 du Code de l'action sociale et des familles)

Sont susceptibles d'être prises en compte comme charges spécifiques ou exceptionnelles, les dépenses permanentes et prévisibles ou ponctuelles liées au handicap et n'ouvrant pas droit à une prise en charge à un autre titre (comme celles relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap).

Les montants maximums de ces aides pour les charges spécifiques ou exceptionnelles figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximums attribuables au titre des éléments de la Prestation de Compensation.

Les tarifs de cet élément de la Prestation de Compensation du Handicap figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la Prestation de Compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du Code de l'action sociale et des familles.

II – 6 L'aide liée à l'attribution et à l'entretien des aides animalières (article D245-24 du Code de l'action sociale et des familles)

Ne peuvent être pris en compte au titre de cet élément de la Prestation de Compensation du Handicap que les frais destinés à l'acquisition et à l'entretien d'un animal concourant à maintenir ou à améliorer l'autonomie de la personne handicapée dans la vie quotidienne.

Les montants maximums de ces aides liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les montants maximums attribuables au titre des éléments de la Prestation de Compensation.

Les tarifs de cet élément de la Prestation de Compensation du Handicap figurent sur l'arrêté du 28 décembre 2005 fixant les tarifs des éléments de la Prestation de Compensation mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L245-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

III – LES SPÉCIFICITÉS DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP EN ÉTABLISSEMENT (articles L245-11 et D245-73 du Code de l'action sociale et des familles)

La Prestation de Compensation du Handicap en établissement peut être demandée par toute personne handicapée qui est :

- soit hébergée dans un établissement social ou médico-social,
- soit hospitalisée dans un établissement de santé.

III – 1 Les bénéficiaires et les procédures d'accès à la Prestation de Compensation du Handicap en établissement

Les critères d'éligibilité, de cumul, les conditions d'attribution, les procédures d'attribution et le régime juridique de la Prestation de Compensation du Handicap restent identiques à ceux qui prévalent pour la Prestation de Compensation du Handicap à domicile (*cf paragraphe I Conditions d'attribution*).

III – 2 Les catégories d'aides couvertes par la Prestation de Compensation du Handicap en établissement

La Prestation de Compensation du Handicap pour les personnes hospitalisées dans un établissement de santé ou hébergées dans un établissement social ou médico-social peut porter sur :

- le recours à une tierce personne pour la réalisation des actes essentiels de l'existence,
- les besoins en aide technique pour compenser une limitation d'activité,

- les surcoûts liés au transport,
- les charges spécifiques,
- les charges exceptionnelles.

III – 3 Les conditions d'accès à la Prestation de Compensation du Handicap en établissement

Le versement de la Prestation de Compensation du Handicap aux personnes placées en établissement s'effectue suivant les conditions définies ci-dessous.

III – 3 – 1 Élément 1 : Aide Humaine *(article D245-74 al 2 du Code de l'action sociale et des familles)*

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé ou d'hébergement dans un établissement social ou médico-social d'une personne bénéficiant de la Prestation de Compensation du Handicap à domicile, le versement de l'aide humaine est réduit à hauteur de 10% du montant antérieurement versé à compter du 45^{ème} jour de séjour ou de 60 jours, lorsque la personne est obligée de licencier son ou ses aides à domicile.

Durant les périodes d'interruption d'hospitalisation ou d'hébergement et de retour à domicile, la Prestation de Compensation du Handicap est intégralement rétablie.

Lorsque la demande de Prestation de Compensation du Handicap est déposée, alors que la personne est hospitalisée dans un établissement de santé ou hébergée dans un établissement médico-social, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées décide de l'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap pour les périodes de retour au foyer et fixe le montant journalier correspondant. Le montant journalier est réduit à 10 % pendant les périodes d'hospitalisation ou d'hébergement dans la limite d'un montant minimum et maximum fixé par arrêté ministériel.

III – 3 – 2 Élément 2 : Aide Technique

Si l'établissement d'accueil ne couvre pas ce besoin dans le cadre de ses missions, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pourra être saisie suivant les mêmes procédures que pour la Prestation de Compensation du Handicap à domicile.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées fixe le montant attribuable en fonction des besoins de la personne et en fonction du référentiel concernant ces aides.

III – 3 – 3 Élément 3 : Surcoût lié au transport

Lorsque la personne est hospitalisée dans un établissement de santé, hébergée ou accueillie dans la journée dans un établissement médico-social, et si la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées constate la nécessité d'avoir recours soit à un transport assuré par un tiers, soit d'effectuer un déplacement supérieur à 50 km, le montant attribuable au titre du surcoût lié au transport est fixé en fonction du montant prévu à l'article R245-37 du Code de l'action sociale et des familles. Il peut être majoré par Arrêté du Ministre chargé des personnes handicapées. Lorsque le transport est assuré par un tiers, autre qu'un professionnel de transport, il est tenu compte de la distance parcourue pour aller chercher la personne et pour les retours au domicile du tiers.

Les tarifs entre le domicile ou le lieu de résidence de l'établissement sont fixés par Arrêté du Ministre chargé des personnes handicapées.

III – 3 – 4 Élément 4 : Charges spécifiques

La Prestation de Compensation du Handicap peut intervenir pour des charges spécifiques qui n'entrent pas dans les missions des établissements ou services d'hébergement ou lors de retour au foyer de la personne.

III – 3 – 5 Élément 5 : Charges exceptionnelles

La Prestation de Compensation du Handicap peut intervenir pour des charges ponctuelles et prévisibles telles que les frais de séjours adaptés.

IV – PROCÉDURES D'INSTRUCTION ET D'ATTRIBUTION

IV – 1 Dépôt de la demande de Prestation de Compensation du Handicap (articles R146-25, R146-26, D245-25 et D245-26 du Code de l'action sociale et des familles)

Le dossier de demande de Prestation de Compensation du Handicap doit être déposé à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (au siège central ou auprès d'une Maison des Solidarités Départementales) du domicile de secours de l'intéressé(e) (pour la notion de domicile de secours se référer au chapitre I, paragraphe IV).

IV – 1 – 1 Les missions de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (articles L.146-3 et suivants du Code de l'action sociale et des familles)

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil auprès des personnes handicapées et de leurs familles ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

Elle met en place et organise le fonctionnement de :

- l'équipe pluridisciplinaire qui évalue, entre autres, les demandes de Prestation de Compensation du Handicap et élabore le Plan Personnalisé de Compensation du Handicap (PPC),
- la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui statue, entre autres, sur les demandes de Prestation de Compensation du Handicap ,
- du Comité de Gestion du Fonds de Compensation du Handicap qui a pour mission d'instruire et étudier les demandes d'aides financières complémentaires que peuvent déposer les bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap au titre des aides techniques, de l'aménagement du logement ou du véhicule afin de faire face aux frais restant éventuellement à leur charge après déduction de la Prestation de Compensation du Handicap . Le montant des aides accordées est fonction des ressources du demandeur et des critères fixés par le comité de gestion.
- la procédure de conciliation dont l'objectif est d'éviter un recours contentieux injustifié ou

infondé, mais également de proposer des solutions ou des orientations à un usager en difficulté.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées peut également apporter une aide à la formulation du projet de vie ou à la mise en œuvre des décisions de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées .

IV – 1 – 2 Retrait et constitution du dossier

Le dossier peut être retiré à la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou auprès des Maison des Solidarités Départementales. La personne handicapée peut formuler, lors de la constitution du dossier, ses souhaits, ses aspirations et ses besoins qu'elle regroupe dans la rubrique « Projet de vie ». La demande est ensuite remise à la Maison Départementale des Personnes Handicapées, qui est chargée de l'instruction du dossier.

Le dossier réputé complet comprend :

- les formulaires prévus réglementairement (cerfa),
- un certificat médical renseigné par un ou des médecins,
- un justificatif d'identité,
- un justificatif de domicile.

Des pièces justificatives complémentaires pourront, toutefois, être demandées dans le cadre de l'instruction du dossier, par la Maison Départementale des Personnes Handicapées .

IV – 2 Instruction de la demande (articles L245-2, R245-61, D245-27, D245-28, Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles)

Lorsque le dossier de demande est considéré complet, la Maison Départementale des Personnes Handicapées dispose de quatre mois pour apporter une réponse à l'usager.

L'instruction de la demande comporte l'évaluation des besoins du demandeur. L'équipe pluridisciplinaire propose un Plan Personnalisé de Compensation du Handicap (PPC) élaboré à l'issue d'une visite au domicile du demandeur.

Ce plan est transmis à la personne handicapée, ou le cas échéant à son représentant légal, qui doit faire part de ses observations dans un délai de 15 jours.

Le bilan de l'évaluation et le Plan Personnalisé de Compensation sont transmis à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) pour décision.

IV – 3 Décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (articles L245-2, D245-31, D245-34 et D245-29 du Code de l'action sociale et des familles)

Après instruction de la demande par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH, le dossier est soumis à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui statue sur le besoin de compensation de la personne handicapée.

La décision d'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap est notifiée par le Président du Conseil Départemental au demandeur. Cette notification indique, notamment, pour chaque élément de la Prestation de Compensation du Handicap :

- la nature des dépenses auxquelles chaque élément est affecté, ~~en précisant pour l'élément~~ lié au besoin d'aide humaine la répartition des heures en fonction du statut des aidants ;
- la durée d'attribution, dans la limite des durées réglementaires maximales ;
- le montant mensuel ou ponctuel attribué, sur la base des tarifs ou des forfaits réglementaires en vigueur ;
- le montant total attribué, sauf pour l'élément de l'aide humaine ;
- les modalités de versement.

Les droits sont ouverts à compter du premier jour du mois au cours duquel la demande de Prestation de Compensation du Handicap a été déposée auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées .

IV – 4 Modalités de versement

La Prestation de Compensation du Handicap est versée mensuellement.

Toutefois, pour les aides techniques et l'aménagement du logement ou du véhicule, la personne peut demander un ou plusieurs versements ponctuels (dans la limite de 3).

IV – 5 Renouvellement *(article D245-35 du Code de l'action sociale et des familles)*

Au moins six mois avant l'expiration de la période d'attribution de l'aide humaine, ainsi que des autres éléments lorsque ceux-ci donnent lieu à des versements mensuels, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées invite le bénéficiaire à lui adresser une demande de renouvellement.

IV – 6 Révision

Une décision peut être révisée avant la fin de la période d'attribution :

- sur demande écrite du bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap ou de son représentant légal en cas de changement de situation (évolution du handicap, changement de la situation financière pouvant entraîner une modification du taux de prise en charge, hospitalisation...) ;
- sur demande du Président du Conseil Départemental lorsqu'il a connaissance d'éléments permettant de considérer que les conditions qui ont justifié l'attribution de la prestation ne sont plus réunies.

IV – 7 Obligations du bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap, modalités de contrôle et délais d'utilisation des aides

IV – 7 – 1 Obligations *(articles D245-54, D245-55 et D245-56 du Code de l'action sociale et des familles)*

- Changement de situation : le bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap

doit informer la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées et le Président du Conseil Départemental de toute modification de sa situation de nature à affecter ses droits.

- Conservation des justificatifs : le bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap doit conserver pendant deux ans les justificatifs des dépenses auxquelles la Prestation de Compensation est affectée.
- Bénéfice de l'aide humaine : lorsque le bénéficiaire rémunère un ou plusieurs salariés, y compris un membre de sa famille, il doit déclarer, au Président du Conseil Départemental, l'identité et le statut du ou des salariés à la rémunération desquels la prestation est utilisée, le lien de parenté éventuel avec le ou les salariés, le montant des sommes versées à chaque salarié ainsi que, le cas échéant, l'organisme mandataire ou prestataire auquel il fait appel.
- Bénéfice de l'aménagement du logement ou du véhicule : à l'issue des travaux d'aménagement du logement et/ou du véhicule, le bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap doit transmettre au Président du Conseil Départemental les factures acquittées et le descriptif correspondant.
Par ailleurs, les travaux d'aménagement du logement doivent débuter dans les 12 mois suivant la notification de la décision d'attribution et être achevés dans les 3 ans suivant cette notification. Une prolongation des délais peut, dans la limite d'un an, être accordée par le Président du Conseil Départemental sur demande dûment motivée du bénéficiaire de la prestation, lorsque des circonstances extérieures à la volonté de l'intéressé ont fait obstacle à la réalisation des travaux.
L'aménagement du véhicule doit être effectué au plus tard dans les 12 mois suivant la notification de la décision d'attribution.
- Bénéfice des aides techniques : l'acquisition ou la location des aides techniques doit s'effectuer au plus tard dans les 12 mois suivant la notification de la décision d'attribution.

IV – 7 – 2 Contrôle d'effectivité

L'ensemble des aides versées mensuellement au titre de la Prestation de Compensation du Handicap est soumis à un contrôle d'effectivité :

- Concernant l'aide humaine : contrôle du nombre d'heures effectuées ;
- Concernant l'aide à l'aménagement du logement : contrôle de la conformité des travaux avec le plan de compensation ;
- Concernant l'aide liée à l'attribution et à l'entretien de l'aide animalière : le Président du Conseil Départemental peut s'adresser à tout moment au centre de formation du chien reçu par le bénéficiaire pour recueillir des renseignements sur la situation ;
- Concernant les forfaits cécité et surdité : contrôle pour vérifier si les conditions d'attribution sont ou restent réunies.

Le Président du Conseil Départemental peut, à tout moment, procéder à un contrôle, sur place ou sur pièces, en vue de vérifier si les conditions d'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap sont ou restent réunies ou si le bénéficiaire de cette prestation l'a consacrée à la compensation des charges pour lesquelles elle lui a été attribuée.

IV – 7 – 3 Sanctions (articles L245-5, L245-7, L245-8, R245-69, R245-70, R245-71, R245-72, D245-30, D245-34, D245-52, D245-57 à D245-60 du Code de l'action sociale et des familles et articles L1617-5 et suivants du Code général des collectivités territoriales)

• **Suspension** : Le versement de la Prestation de Compensation du Handicap ou d'un ou plusieurs de ses éléments peut être suspendu par le Président du Conseil Départemental :

- en cas de manquement du bénéficiaire à ses obligations déclaratives, après mise en demeure ;

- lorsqu'il est établi, au regard du Plan Personnalisé de Compensation du Handicap, que son bénéficiaire n'a pas consacré la prestation perçue à la compensation des charges pour lesquelles elle lui a été attribuée.

Le Président du Conseil Départemental en informe la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Le versement peut être rétabli dès que les conditions qui ont fait naître la suspension disparaissent.

• **Suppression** : Le versement de la Prestation de Compensation du Handicap peut être interrompu quand le Président du Conseil Départemental constate que l'usager cesse de remplir les conditions lui permettant de bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap. Il saisit la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées qui prend alors une nouvelle décision après avoir mis le bénéficiaire en mesure de faire connaître ses observations. La suppression de la prestation prend effet à compter de la date à laquelle la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées a statué.

• **Récupération des indus** : lorsqu'un bénéficiaire a perçu une somme à laquelle il ne pouvait prétendre ou dont il n'a pu justifier l'utilisation, le Département peut procéder à sa récupération. Celle-ci s'opère en priorité par retenue sur les versements ultérieurs de la prestation. A défaut, le recouvrement de cet indu se fera par remboursement direct.

L'action en recouvrement des sommes indûment versées se prescrit par deux ans, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration.

IV – 8 Régime juridique de la Prestation de Compensation du Handicap (articles L245-7 al 2 et 3 et L245-8 al 1^{er} du Code de l'action sociale et des familles)

La Prestation de Compensation du Handicap constitue une prestation en nature ou en espèces, non soumise à un recours en récupération, non prise en compte dans le calcul d'une pension alimentaire, incessible et insaisissable, affranchie de l'impôt, elle peut être soumise à la tutelle aux prestations sociales, exonérée de cotisations sociales en cas de recours à un Aidant Familial.

L'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap n'est pas subordonnée à la mise en œuvre de l'obligation alimentaire.

Il n'est exercé aucun recours en récupération, ni à l'encontre de la succession du bénéficiaire décédé, ni sur le légataire ou le donataire.

Les sommes versées au titre de la Prestation de Compensation du Handicap ne font pas l'objet d'un recouvrement à l'encontre du bénéficiaire lorsque celui-ci est revenu à meilleure fortune.

La Prestation de Compensation du Handicap est incessible (versée directement au bénéficiaire) et insaisissable, sauf pour le paiement des frais «aides à la personne» (aide humaine). En cas de non-paiement de ces frais, la personne physique ou morale, qui en assume la charge, peut obtenir du Président du Conseil Départemental que celle-ci lui soit versée directement.

IV – 9 Voies de recours (articles L241-9, L245-2 du Code de l'action sociale et des familles, articles L143-1 et L143-7 du Code de la sécurité sociale)

Les décisions relatives à l'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées peuvent faire l'objet :

- d'un recours gracieux qui peut être formulé dans un délai de 2 mois suivant la notification. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées a 2 mois pour y répondre ;
- d'un recours contentieux :
 - en première instance devant la juridiction du Contentieux Technique de la Sécurité Sociale (Tribunal du Contentieux de l'Incapacité – TCI) dans les deux mois suivants la réception de la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.
 - en appel, devant la Commission Nationale de l'Incapacité et de l'Assurance des Accidents du Travail.

Les décisions du Président du Conseil Départemental relatives à la liquidation de la Prestation de Compensation du Handicap sont susceptibles de recours devant la Commission Départementale d'Aide Sociale dans les mêmes délais.

IV – 10 Procédure d'urgence (articles L245-2 et R245-36 du Code de l'action sociale et des familles)

En cas d'urgence attestée, l'intéressé peut, à tout moment de l'instruction de sa demande de Prestation de Compensation du Handicap, joindre une demande particulière sur laquelle le Président du Conseil Départemental statue en urgence dans un délai de 15 jours ouvrés en arrêtant un montant provisoire de la Prestation de Compensation du Handicap .

Cette demande doit être faite sur papier libre par la personne handicapée ou son représentant légal adressée à la Maison Départementale des Personnes Handicapées, qui la transmet sans délai au Président du Conseil Départemental.

La demande doit :

- préciser la nature des aides pour lesquelles la Prestation de Compensation du Handicap est demandée en urgence et le montant prévisible des frais,
- apporter tous éléments permettant de justifier l'urgence,
- être accompagnée d'un document attestant de l'urgence de la situation délivré par un professionnel de santé ou par un service ou organisme à caractère social ou médico-social.

La situation est considérée comme urgente lorsque les délais d'instruction et ceux nécessaires à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour statuer

sont susceptibles :

- de compromettre le maintien ou le retour à domicile de la personne handicapée,
- ou son maintien dans l'emploi,
- ou de l'amener à supporter des frais conséquents pour elle et qui ne peuvent être différés.

Dans un délai de deux mois, la Maison Départementale des Personnes Handicapées notifie la décision selon la procédure normale.

V – RÈGLES DE CUMUL ET DROIT D'OPTION

V – 1 Cumul (articles L232-23, L245-1, D245-43 et D245-44 du Code de l'action sociale et des familles)

La Prestation de Compensation du Handicap peut se cumuler, avec l'Allocation aux Adultes Handicapés ou avec tout avantage de vieillesse.

Lorsque le bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap dispose d'un droit ouvert de même nature à un régime de Sécurité Sociale, les sommes versées à ce titre viennent en déduction du montant de la Prestation de Compensation du Handicap.

La Prestation de Compensation du Handicap n'est pas cumulable avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, ni avec l'Allocation Compensatrice.

V – 2 Droit d'option

V – 2 – 1 Entre la Prestation de Compensation du Handicap et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie

Tout bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap avant 60 ans peut opter, lorsqu'il atteint 60 ans et à chaque renouvellement de la Prestation de Compensation du Handicap, entre son maintien et le bénéfice de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie dès lors qu'il en remplit les conditions d'octroi.

Si à 60 ans, l'intéressé n'exprime aucun choix, il est présumé vouloir continuer à bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap.

V – 2 – 2 Entre la Prestation de Compensation du Handicap et l'Allocation Compensatrice

Les titulaires de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne ou pour Frais Professionnels conservent le bénéfice de cette allocation tant qu'ils remplissent les conditions d'attribution. Cependant, ils bénéficient d'un droit d'option avec la Prestation de Compensation du Handicap. Ils peuvent à tout âge et à tout moment, à la date du renouvellement de l'Allocation Compensatrice ou en cours de droit, demander à bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap. Pour exercer son droit d'option, la personne doit être préalablement informée des montants respectifs de l'Allocation Compensatrice et de la Prestation de Compensation du Handicap auxquels elle peut prétendre. Lorsque la personne a opté pour la Prestation de Compensation du Handicap, son choix est définitif.

En l'absence de choix explicite, le demandeur est présumé avoir opté pour la Prestation de Compensation du Handicap.

VI – LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (articles L245-1, D245-13 et D245-32-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Depuis le 1^{er} avril 2008, les bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) peuvent la cumuler avec la Prestation de Compensation du Handicap :

- lorsque les conditions d'ouverture du droit à complément d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé sont réunies, **et**
- lorsqu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges couvertes par la Prestation de Compensation du Handicap : aide humaine, technique, aménagement du logement, du véhicule, surcoûts liés aux transports, aides spécifiques ou exceptionnelles, aide animalière.

Dans ce cas, les bénéficiaires peuvent opter :

- soit pour le bénéfice de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et de ses compléments,
- soit pour le bénéfice de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et ses compléments pour le financement d'aides humaines et d'aides techniques, associés à une Prestation de Compensation du Handicap pour les aménagements du logement ou du véhicule et les surcoûts liés aux transports,
- soit pour l' Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé de base (sans complément) et une Prestation de Compensation du Handicap au titre des différents besoins de compensation.

VI – 1 Attribution

Le choix entre les compléments de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et la Prestation de Compensation du Handicap est exercé sur la base des propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire qui précisent les montants de l' Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé, de ses compléments et de la Prestation de Compensation du Handicap avant décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

Le droit d'option pour la Prestation de Compensation du Handicap n'est pas définitif. A chaque renouvellement ou en cas de révision, les droits à l' Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé sont réexaminés et le droit d'option rouvert. Le demandeur dispose de 15 jours pour exprimer son choix. Si aucun choix n'est exprimé, le demandeur est présumé vouloir continuer de percevoir la prestation dont il était titulaire ou bien, en cas de 1^{ère} demande, le complément d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé.

Si la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées diffère de la proposition, le bénéficiaire dispose d'un délai d'un mois à compter de la notification de la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour exercer son droit d'option auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées. La Maison Départementale des Personnes Handicapées transmet sans délai la décision aux organismes payeurs.

Lorsque le Président du Conseil Départemental statue en ~~urgence sur l'octroi d'une~~ Prestation de Compensation du Handicap, il doit informer l'organisme débiteur des prestations familiales.

VI – 2 Renouvellement ou révision

Lorsqu'un bénéficiaire cumulant les deux prestations (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et Prestation de Compensation du Handicap) présente une demande de renouvellement ou de révision de la Prestation de Compensation du Handicap, cette demande entraîne un réexamen des conditions pour bénéficier des compléments de l' Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé. Les bénéficiaires des éléments aides techniques, aides exceptionnelles ou spécifiques ou des aides animalières de la Prestation de Compensation du Handicap ne peuvent opter pour le complément de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé qu'à la date d'échéance de l'attribution de ces éléments, s'ils ont donné lieu à versement ponctuel.

En cas d'évolution du handicap, le bénéficiaire peut déposer une nouvelle demande de Prestation de Compensation du Handicap avant la fin de la période d'attribution en cours. La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées réexamine les droits à la prestation et en fixe le montant sans tenir compte des sommes déjà attribuées.

VI – 3 Date d'ouverture des droits

Pour un bénéficiaire d'un complément d' Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé qui obtient le cumul de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé et de la Prestation de Compensation du Handicap, la date d'effet est fixée au 1^{er} jour qui suit la date d'échéance du droit à l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé.

En cas d'évolution du handicap, la date d'attribution de la Prestation de Compensation du Handicap est fixée au 1^{er} jour du mois de la décision de la commission, ou bien à une date comprise entre le premier jour du mois du dépôt de la demande et la date de la commission.

VI – 4 Séparation des parents *(article D245-51 du Code de l'action sociale et des familles)*

En cas de séparation des parents, la Prestation de Compensation du Handicap peut être affectée à la couverture des dépenses du parent n'ayant pas la charge de l'enfant, sous condition préalable d'un compromis écrit entre les parents.

VI– 5 Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation

Le référentiel est modifié pour tenir compte de l'ouverture de la Prestation de Compensation du Handicap aux enfants handicapés. Pour déterminer le niveau de difficulté, il est nécessaire de faire référence aux étapes du développement habituel de l'enfant.

De plus, la Prestation de Compensation du Handicap peut couvrir les besoins éducatifs par l'attribution de 30h/mois d'aide humaine pendant la période nécessaire à la mise en œuvre d'une orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un établissement médico-social pour les enfants soumis à l'obligation scolaire (6-16 ans). Ce nombre d'heures s'ajoute au plan d'aide humaine.

SOUS - CHAPITRE IV

LA PRISE EN CHARGE EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

I - CONDITIONS GÉNÉRALES

Toute personne handicapée adulte dont l'état le nécessite peut, si elle-même ou son représentant légal y consent, être hébergée dans un établissement d'accueil pour personne handicapée ou chez un particulier agréé ou bénéficiaire d'un accompagnement social ou médico-social spécifique et, si elle ne dispose pas de ressources suffisantes, solliciter l'intervention de l'aide sociale.

I - 1 Les bénéficiaires

Peut bénéficier de l'aide sociale aux personnes handicapées, sous condition de ressources, toute personne dont l'incapacité permanente reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées est :

- soit au moins égale à 80 %
- soit comprise entre 50 % et 80 % et qui, compte tenu de son handicap, est dans l'incapacité de se procurer un emploi.

Le demandeur doit également être titulaire d'une décision d'orientation délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées précisant la nature de l'établissement vers lequel il est orienté.

I - 2 Condition d'âge

Le bénéficiaire doit être au moins âgé de 20 ans.

Toutefois, cet âge minimum est ramené à 16 ans si la personne n'est plus considérée à charge de ses parents au sens des prestations familiales.

Par ailleurs, la personne handicapée, entrée dans le dispositif d'aide sociale avant 60 ans, conserve son statut de personne handicapée après 60 ans, au regard des règles d'intervention au titre de l'aide sociale. Ainsi, toute personne handicapée, accueillie dans un établissement ou service pour personnes âgées ou dans un établissement autorisé à dispenser des soins de longue durée, et dont l'incapacité permanente, reconnue à la demande de l'intéressé avant l'âge de 60 ans est au moins égale à 80%, peut bénéficier d'une prise en charge de ses frais d'hébergement et d'entretien sans qu'il soit tenu compte des règles applicables en matière d'obligation alimentaire et dans les conditions de recours en récupération des prestations d'aide sociale définies dans le paragraphe I – 5 de ce même sous chapitre (*page suivante du présent règlement*).

I - 3 Conditions de nationalité et de résidence

Le demandeur doit résider en France, être de nationalité française ou répondre aux conditions générales relatives aux étrangers (*définies dans les Principes généraux, chapitre I : conditions générales d'admission à l'aide sociale du présent règlement*).

I - 4 Conditions de ressources (articles L132-1 à L132-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur ne doit pas disposer de ressources suffisantes pour s'acquitter du prix de journée de l'établissement.

L'ensemble des revenus du ménage est pris en compte : revenus professionnels et autres, intérêts des capitaux placés et valeur en capital des biens non productifs de revenus dans des conditions fixées par voie réglementaire, sans qu'il soit tenu compte :

- de la retraite du combattant,
- des pensions attachées aux distinctions honorifiques,
- des prestations familiales,
- des arrérages des rentes viagères visées à l'article 199 septies du Code général des impôts.

Les biens non productifs de revenus, à l'exception de l'habitation principale du demandeur sont considérés comme procurant un revenu annuel égal à :

- 50 % de la valeur locative pour les immeubles bâtis,
- 80 % de la valeur locative pour les terrains non bâtis,
- 3 % du montant des capitaux.

Il convient de prendre en compte dans les revenus une donation avec clause de soins, de logement et d'assistance, si la mise en œuvre de celle-ci se traduit par un revenu supplémentaire.

Toute variation de ressources est susceptible d'entraîner une modification du montant de la contribution et doit donc être signalée au service d'Aide Sociale Adultes.

I - 5 Obligation alimentaire et recours en récupération (article L344-5 du Code de l'action sociale et des familles)

Aucune participation ne peut être demandée aux obligés alimentaires.

Il n'est exercé aucun recours en récupération des frais d'hébergement des personnes handicapées lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge de la personne handicapée.

II - LA PROCÉDURE D'ADMISSION

II - 1 La demande

Suite à la décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, la personne handicapée sollicite la participation de l'aide sociale départementale à ses frais de séjour en établissement, si ses ressources propres ne lui permettent pas de les couvrir en totalité.

Un dossier d'aide sociale doit être constitué par l'intéressé ou son représentant légal dans un délai de deux mois suivant la date d'accueil effectif en établissement et déposé au Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (ou à défaut à la mairie) de résidence de l'intéressé.

II – 2 Constitution du dossier

Le dépôt d'une demande d'aide sociale donne lieu à la constitution d'un dossier par les soins du Centre Communal d'Action Sociale, Centre Intercommunal d'Action Sociale ou de la mairie chargés de le transmettre au Président du Conseil Départemental.

Chaque dossier doit être constitué des pièces justificatives, dont la liste est annexée au dossier de demande d'aide sociale.

Pour tout dossier incomplet, un courrier est adressé à l'organisme avec la liste des pièces manquantes, à fournir dans les meilleurs délais.

II – 3 La décision

La décision d'attribution de l'aide sociale est prise par le Président du Conseil Départemental, en tenant compte des ressources de la personne, de ses charges éventuelles et du montant minimum devant être laissé à sa disposition.

La date d'effet de la prise en charge est fixée à la date d'entrée dans la structure si la demande a été déposée dans un délai maximum de 2 mois suivant ce jour. Ce délai peut être prolongé une fois, dans la limite de 2 mois par le Président du Conseil Départemental. Passé ce délai, les frais ne seront plus pris en charge à compter de la date d'entrée dans la structure, mais à la date de signature de la demande d'aide sociale par la personne handicapée ou son représentant légal.

La date de fin de validité de l'aide sociale est celle de la fin de validité de la décision d'orientation, prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Toute demande de prolongation de prise en charge doit être accompagnée de la décision d'orientation correspondante, prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées .

III - MODALITÉS DE FINANCEMENT DES FRAIS D'HÉBERGEMENT ET D'ACCUEIL

En application de l'article L344-5 du Code de l'action sociale et des familles, les frais d'hébergement et d'entretien des personnes handicapées en établissement sont à la charge :

- à titre principal, de l'intéressé lui-même sans toutefois que la contribution qui lui est réclamée puisse réduire ses ressources au-dessous d'un minimum fixé par décret et par référence à l'Allocation aux Adultes Handicapés.

- et pour le surplus éventuel, de l'aide sociale sans qu'il soit tenu compte de la participation pouvant être demandée aux personnes tenues à l'obligation alimentaire, et sans qu'il y ait lieu à l'application des dispositions relatives au recours en récupération des prestations d'aide sociale, lorsque les héritiers du bénéficiaire décédé sont son conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assuré de façon effective et constante la charge de l'intéressé, ni sur le légataire, ni sur le donataire. Les sommes versées ne font pas non plus l'objet d'un recouvrement à l'encontre du bénéficiaire lorsque celui-ci est revenu à meilleure fortune.

III - 1 Les établissements concernés

Pour ouvrir droit à une éventuelle prise en charge des frais d'hébergement par l'aide sociale, la structure d'accueil doit être habilitée par le Président du Conseil Départemental à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale. L'établissement peut être situé hors du département.

Selon les capacités des résidents, ces structures d'accueil peuvent être classées en trois groupes :

- les services d'accompagnement : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).
- les structures accueillant des personnes ne pouvant pas exercer d'activité professionnelle : Foyers Occupationnels (FO), Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM), établissement pour personnes âgées à titre dérogatoire (EHPAD, Résidence Autonomie).
- les structures accueillant des personnes pouvant exercer une activité professionnelle : Foyers d'Hébergement (FH).

Les jeunes adultes, accueillis en Instituts Médico-Educatifs (IME), peuvent être, le cas échéant, maintenus dans ces structures au-delà de l'âge réglementaire (20 ans), dans l'attente d'une place en établissement pour adultes relevant d'une prise en charge par le Département.

III - 1 - 1 Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale et les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (articles D312-162 à D312-165, D312-166 à D312-169 et D312-170 à D312-176 du Code de l'action sociale et des familles)

Les services d'accompagnement à la vie sociale sont des structures médico-sociales, médicalisées (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) ou non (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) qui ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées vivant à leur domicile, par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) s'adressent aux personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleurs handicapés, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, d'une part, une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence et, d'autre part, un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Les Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) s'adressent aux personnes adultes handicapées qui ont besoin, outre l'assistance et l'accompagnement prévus pour l'accès aux Services d'Accompagnement à la Vie Sociale, de soins réguliers et coordonnés, ainsi que d'un accompagnement médical ou paramédical en milieu ouvert.

N.B. : L'accompagnement par un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale ou un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés ne donne pas lieu à reversement de ressources.

III - 1 - 2 Les Foyers Occupationnels et Foyers d'Accueil Médicalisés (articles L312-1, L344-1-2, R314-140 et suivants, R314-208 du Code de l'action sociale et des familles)

Les foyers de vie ou Foyers Occupationnels accueillent certains adultes handicapés pour leur proposer des animations et activités en fonction de leur handicap. Certaines de ces structures peuvent également proposer un accueil de jour. Ces foyers s'adressent aux personnes qui ne peuvent pas travailler, y compris en milieu protégé. Les personnes susceptibles d'être accueillies dans ces structures doivent bénéficier d'une autonomie suffisante pour se livrer à des occupations quotidiennes : activités ludiques, éducatives, ainsi qu'une capacité à participer à une animation sociale.

Les Foyer d'Accueil Médicalisés sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes handicapées physiques, mentales, psychiques, sensorielles ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence, ainsi qu'une surveillance et des soins constants.

Ces structures bénéficient d'un double financement :

- les dépenses afférentes aux soins sont supportées par les régimes d'assurance maladie, sur la base d'un forfait soins établi par l'Agence Régionale de Santé;
- les frais d'accueil font l'objet d'un prix de journée fixé par le Président du Conseil Départemental.

III – 1 - 3 Les foyers d'hébergement

Les foyers d'hébergement sont des établissements médico-sociaux qui assurent l'accueil des personnes handicapées exerçant une activité pendant la journée dans le cadre, d'un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou d'un emploi protégé en milieu ordinaire.

III – 2 Règlement des frais d'hébergement et obligations financières du bénéficiaire

III – 2 – 1 Le reversement des ressources (articles L344-5 et R344-29 du Code de l'action sociale et des familles)

Après admission du demandeur à l'Aide Sociale, le Département règle tous les mois, à l'établissement, l'intégralité du prix de journée sous réserve du respect, par le bénéficiaire, des règles relatives au reversement des ressources. Les frais de séjour sont dus, chaque mois, sur présentation d'une facture.

Ainsi, **toute personne handicapée, qui est accueillie de façon permanente ou temporaire, à la charge de l'aide sociale, dans un établissement d'hébergement pour personnes handicapées, doit s'acquitter d'une contribution qu'elle règle au Département.** Le montant de cette contribution est fixé par le Président du Conseil Départemental, compte tenu des ressources du bénéficiaire, de telle sorte que celui-ci conserve le minimum de ressources prévu par la loi. Celui-ci varie en fonction du type d'hébergement, de la qualité de travailleur ou pas du bénéficiaire, ainsi que des charges de famille éventuelles lui incombant.

La personne accueillie en établissement peut bénéficier des aides au logement. Le postulant à l'Aide Sociale doit en faire la demande auprès des organismes concernés. Les aides au logement, destinées par nature au paiement de l'hébergement, doivent être reversées en totalité au Département par le bénéficiaire.

III – 2 – 2 Ressources mensuelles laissées au bénéficiaire (article D344-34 du Code de l'action sociale et des familles et article D821-2 du Code de la sécurité sociale)

La contribution réclamée à la personne handicapée ne peut faire descendre ses ressources au dessous d'un minimum de ressources garanti. Ce dernier est différent selon que la personne travaille ou pas, selon sa situation familiale et selon le type d'hébergement (complet ou partiel). Le montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés à taux plein sert de référence à la fixation de ce minimum garanti (cf tableau récapitulatif en annexe 5).

Le bénéficiaire de l'aide sociale accueilli dans un établissement assurant un hébergement et un entretien complet, y compris la totalité des repas, doit pouvoir disposer librement chaque mois et en fonction du nombre de jours effectivement facturés :

- s'il ne travaille pas : de 10% de ses ressources mensuelles, minimum qui ne peut être inférieur à 30% du montant mensuel de l' Allocation aux Adultes Handicapés ;
- s'il travaille, s'il bénéficie d'une aide aux travailleurs privés d'emploi ou s'il effectue un stage de formation ou de rééducation professionnelle : du tiers de ses ressources professionnelles, auquel s'ajoute 10% de ses autres ressources. Ce minimum ne peut être inférieur à 50% du montant mensuel de l' Allocation aux Adultes Handicapés.

Des majorations de ces ressources minimales sont possibles :

- majoration de 20% du montant de l' Allocation aux Adultes Handicapés si le bénéficiaire prend régulièrement à l'extérieur de l'établissement, au moins 5 des repas principaux par semaine ;
- majoration de 35% du montant de l' Allocation aux Adultes Handicapés si le bénéficiaire est marié, sans enfant et si son conjoint ne travaille pas pour un motif reconnu valable par le Président du Conseil Départemental ;
- majoration de 30% du montant de l'Allocation aux Adultes Handicapés par enfant à charge si le bénéficiaire doit assurer la responsabilité effective de leur entretien.

En cas de dépenses exceptionnelles ne pouvant être prises en compte sur les ressources laissées à la disposition du bénéficiaire, une demande d'autorisation de prise en charge doit être adressée au Président du Conseil Départemental.

III – 2 – 3 Les absences (articles L312-1, L314-10, R314-204 et D312-10 du Code de l'action sociale et des familles)

Les personnes accueillies dans un établissement sont considérées comme absentes dès lors qu'elle sont hors de l'établissement de 0h à minuit, soit 24 heures d'absence consécutives, au cours d'une même journée.

Sauf cas particulier, les journées d'absence doivent être décomptées de la facturation présentée par l'établissement.

La contribution du bénéficiaire de l'aide sociale est calculée en fonction du nombre de jours facturés par l'établissement (toute journée facturée appelle à reversement de ressources et inversement les journées non facturées n'appellent pas à reversement de ressources sauf les aides au logement qui doivent systématiquement être reversées au Département).

En cas d'absence au sein de la structure :

- pour convenance personnelle : les résidents doivent se conformer au règlement intérieur de l'établissement. Aucun paiement ne peut être réclamé à l'aide sociale durant cette période d'absence et les ressources du bénéficiaire (à l'exception des aides au logement) ne sont pas récupérées.

- pour hospitalisation : les journées d'hospitalisation sont assimilées à des journées d'absence et ne donnent donc pas lieu à l'établissement d'une facturation par la structure d'hébergement. Aucune contribution n'est demandée au bénéficiaire de l'aide sociale pendant la durée de l'hospitalisation. Seule les aides au logement sont à reverser intégralement au Département.

- pour participation à des séjours organisés par l'établissement d'accueil : lorsque la personne handicapée, accueillie en établissement, participe à un séjour de vacances organisé sous la responsabilité de l'établissement, ce dernier facture le prix de journée applicable à l'accueil, à charge pour lui d'assurer le financement du séjour. La récupération des ressources auprès du bénéficiaire est maintenue dans les conditions relatives à sa situation.

- pour participation à des séjours non organisés par l'établissement d'accueil : lorsque la personne accueillie s'absente pour participer à titre individuel à un séjour qui n'est pas organisé par la structure d'accueil, elle est considérée comme absente de l'établissement dès le premier jour du séjour et aucune facturation ne peut être établie par l'établissement à l'aide sociale pendant la durée totale du séjour et aucune contribution ne sera réclamée au bénéficiaire de l'aide sociale durant cette même période (seule les aides au logement seront à reverser).

- pour des stages d'évaluation ou séjours de courte durée dans d'autres établissements : il s'agit de périodes de courtes durées (de 1 ou 2 semaines généralement, renouvelable une fois) au cours de laquelle un résident habituellement accueilli au sein d'un établissement se rend dans un autre établissement (pour évaluation, dans le cadre d'un projet de changement éventuel d'établissement, par nécessité de changer très ponctuellement d'environnement...).

Les périodes de stage ou de courte durée dans un établissement médico-social d'une personne déjà accueillie en établissement médico-social pour le même type de prise en charge ne donnent pas lieu à une nouvelle admission à l'aide sociale. L'établissement d'accueil peut, par convention, être dédommagé par l'établissement d'origine qui continuera à percevoir les frais de séjour en application de la décision d'admission à l'aide sociale. De même, la récupération des ressources auprès du bénéficiaire se maintiendra au regard de sa situation.

NB : Une période de stage au sein d'un établissement médico-social d'une personne handicapée séjournant dans un établissement de soin et ne disposant pas d'une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées n'ouvre pas droit à une admission à l'aide sociale.

• pour fermeture de l'établissement : cette situation n'appelle pas à facturation du prix journée au Département. En conséquence, le bénéficiaire de l'aide sociale n'est soumis à aucun reversement de ressources pour la période concernée (sauf aides au logement).

III – 3 Cas particuliers

III – 3 – 1 Les périodes d'essai

Une période d'essai est bien plus longue qu'une période de stage. Elle peut durer jusqu'à six mois, et nécessite une notification d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Cependant, la constitution d'un nouveau dossier d'aide sociale n'est pas nécessaire si la personne en est déjà bénéficiaire. C'est l'établissement d'accueil de la personne durant la période d'essai qui facture son prix de journée à l'aide sociale. De ce fait, si la personne était accueillie au sein d'un établissement avant la période d'essai, elle n'est plus considérée comme étant présente à compter du premier jour de la période d'essai dans le nouvel établissement. La contribution du bénéficiaire est calculée selon les modalités définies précédemment au regard de sa situation et du type d'hébergement.

Si la personne n'était pas bénéficiaire de l'aide sociale avant le début de la période d'essai, elle doit déposer une demande d'aide sociale selon les modalités définies dans le présent règlement. Les règles de facturation et de reversement de ressources sont identiques à celles des autres formes d'hébergement.

III – 3 – 2 L'internat de semaine

En cas d'hébergement au sein d'un établissement fonctionnant en internat de semaine, les modalités d'attribution de l'aide sociale et les modalités de facturation restent inchangées. Toutefois, le bénéficiaire de l'aide sociale bénéficie d'une majoration de 20 % des ressources laissées à sa disposition.

III – 3 – 3 L'accueil temporaire (*articles D312-8 à D312-10 du Code de l'action sociale et des familles*)

L'accueil temporaire s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée (90 jours au plus dans l'année civile, consécutifs ou non), le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec hébergement.

La personne entre dans l'établissement, après décision d'orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, et avec l'accord du responsable de la structure.

Les règles de facturation et de reversement de ressources sont identiques à celles des autres formes d'hébergement.

N.B. : La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées peut, dans l'intérêt de la personne handicapée, prononcer une orientation vers un établissement d'hébergement et une orientation vers un accueil temporaire dans un autre établissement. Pendant les périodes d'accueil temporaire, en dehors de l'établissement d'hébergement habituel, ce dernier ne peut adresser aucune facturation à l'aide sociale. C'est l'établissement assurant l'accueil temporaire qui adressera une facture établie en fonction de la durée effective du séjour du bénéficiaire.

III – 3 – 4 L'accueil en urgence (articles R314-119, R314-120 et D312-10 du Code de l'action sociale et des familles)

A titre dérogatoire, et en cas d'urgence, l'admission directe d'une personne handicapée présentant un taux d'incapacité au moins égal à 80 % peut être réalisée pour des séjours inférieurs à quinze jours.

Le directeur, qui a prononcé cette admission, en informe la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, dont relève la personne concernée dans un délai maximal de vingt-quatre heures suivant l'admission. Il est également tenu d'adresser à cette même instance, à l'issue du séjour, une évaluation sur ledit séjour dans un délai de quinze jours après la sortie de la personne.

La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées fait connaître dans les meilleurs délais, le cas échéant, au vu de l'évaluation mentionnée à l'alinéa précédent, sa décision à l'égard de cette admission et peut décider, s'il y a lieu, d'autres périodes de prise en charge en accueil temporaire.

III – 3 – 5 L'accueil de jour

Dans le cadre d'un accueil de jour, les frais d'accueil sont pris en charge en intégralité par l'aide sociale, à l'exception des frais de transport. A ce jour, aucune contribution n'est demandée au bénéficiaire.

III – 3 – 6 L'accueil dans les établissements de l'enfance handicapée (Amendement Creton) (articles L242-4, L314-1 et R314-141 du Code de l'action sociale et des familles)

« L'amendement Creton » (article 22 de la loi n° 89-18 portant diverses mesures d'ordre social du 13 janvier 1989) prévoit le maintien des adultes en situation de handicap dans les structures d'accueil pour mineurs, faute de place dans les établissements pour adultes.

L'aide sociale peut prendre en charge, sous réserve d'une demande, les seuls frais d'hébergement des personnes handicapées de plus de 20 ans, lorsqu'elles sont maintenues en structure pour enfants handicapés (type Institut Médico-Educatif, Institut Médico-Professionnel, Centre d'Éducation Motrice) par décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Cette prise en charge n'a lieu que si l'orientation prévue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées concerne un établissement pour personnes handicapées adultes, relevant d'une prise en charge par le Département.

La prise en charge du Département est calculée sur la base du prix de journée fixé par arrêté de l'Agence Régionale de Santé et prend effet à la date anniversaire des 20 ans de la personne handicapée concernée ou à la date fixée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, si cette date est postérieure. Par ailleurs, le bénéficiaire de l'aide sociale participe à ses frais d'hébergement dans les mêmes proportions et selon les mêmes modalités que s'il avait été effectivement accueilli dans un établissement pour adultes.

III – 3 – 7 Dispositions spécifiques aux personnes handicapées âgées de moins de 60 ans en établissement pour personnes âgées

Un adulte handicapé peut être accueilli en maison de retraite avant l'âge de 60 ans, sous

réserve d'une dérogation donnée à l'établissement par le Président du Conseil Départemental sur avis d'un médecin du Département.

Les personnes handicapées admises en structure d'accueil pour personnes âgées restent soumises en matière de versement de leur participation à la réglementation applicable dans un établissement pour personnes handicapées.

III – 3 – 8 Hébergement hors département

Lorsqu'un bénéficiaire de l'aide sociale est admis dans un établissement situé hors du département et qu'il remplit les conditions requises pour justifier d'une admission au titre de l'aide sociale, la prise en charge s'effectue, sauf circonstances particulières, selon le prix de journée fixé par le Département où siège l'établissement, mais **la facturation et le reversement de ressources sont calculés selon les modalités du présent règlement.**

III – 4 Changement d'établissement

Une journée d'hébergement ne peut pas donner lieu à une double prise en charge par l'aide sociale. Aussi, en cas de changement d'établissement, c'est l'établissement au sein duquel le bénéficiaire de l'aide sociale aura pris son repas de la mi-journée qui facturera la dite journée à l'aide sociale. Si le bénéficiaire prend son repas de la mi-journée en dehors des établissements, la facturation se fera en fonction du lieu de prise du repas du soir.

IV - LES VOIES DE RECOURS

V - 1 Recours contentieux à l'encontre des décisions de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (articles L143-1, L143-2 et L143-4 du Code de la Sécurité Sociale).

Les recours contre les décisions d'orientation en établissement de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées doivent être portés devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

La décision du Tribunal du Contentieux de l'Incapacité peut être contestée dans un délai d'un mois devant la Cour Nationale de l'Incapacité puis, éventuellement, au moyen d'un pourvoi en cassation devant la Cour de Cassation.

Les voies de recours figurent sur la notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées.

V - 2 Recours contentieux à l'encontre des décisions d'aide sociale

Cf Principes Généraux chapitre IV, « Les organes de décision », du présent règlement.

CHAPITRE VIII

L'ACCUEIL FAMILIAL

CHAPITRE VIII

L'ACCUEIL FAMILIAL

L'accueil familial à titre onéreux chez un particulier constitue un mode de prise en charge alternatif entre l'hébergement en établissement et le maintien à domicile.

Ce mode de prise en charge s'adresse :

- Aux personnes âgées de plus de 65 ans ou de plus de 60 ans en cas d'inaptitude au travail,
- Aux personnes adultes en situation de handicap ne relevant pas d'un accueil familial thérapeutique (défini par l'article L344-1 du Code de l'action sociale et des familles).

I – L'OBLIGATION D'ÊTRE AGRÉÉ (articles L321-4, L441-1, L443-8, R441-1 et R441-6-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Pour accueillir habituellement à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes (n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus) une personne ou un couple doit, au préalable, faire l'objet d'un agrément délivré par le Président du Conseil Départemental de son département de résidence, qui en instruit la demande.

La personne ou le couple agréé est dénommé accueillant familial.

Le terme couple désigne deux personnes partageant un même foyer sans qu'elles soient obligatoirement mariées, qu'elles aient conclu un PACS, ou fait une déclaration de concubinage.

L'agrément délivré à un couple est réputé caduc lorsque l'accueil n'est plus assuré conjointement par les deux membres du couple. Dans ce cas, le couple ou l'un de ses membres en informe dans les plus brefs délais le Président du Conseil Départemental. La poursuite d'une activité d'accueil par les personnes concernées est subordonnée à la délivrance par le Président du Conseil Départemental d'un agrément à titre individuel.

Le nombre de personnes susceptibles d'être accueillies simultanément est limité à trois, ou quatre, en cas de dérogation accordée par le Président du Conseil Départemental pour l'accueil d'un couple de conjoints, concubins ou de personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité. Le nombre maximum de contrats d'accueil mis en œuvre en même temps est limité à huit.

La personne agréée relève du statut :

- d'employé libéral de la personne accueillie ou de son représentant légal (contrat d'emploi direct) ;
- ou de salarié de personnes morales de droit public ou de droit privé après accord du Président du Conseil Départemental.

À noter : Le fait d'accueillir à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes, sans être agréé d'une part, et sans avoir déféré à la mise en demeure du Président du Conseil Départemental de régulariser la situation dans les plus brefs délais, d'autre part, est puni par une peine d'emprisonnement de trois mois et une amende de 3 750€. Dans ce cas, le représentant de l'État dans le Département met fin à l'accueil.

I – 1 La demande d’agrément (articles R441-2 et R441-3 du Code de l’action sociale et des familles et articles L114-5 et R112-5 du Code des relations entre le public et l’administration)

Toute demande d’agrément doit être adressée au Président du Conseil Départemental du département de résidence du demandeur, par lettre recommandée avec avis de réception.

La demande doit être établie sur un formulaire dont le contenu est fixé par arrêté ministériel et doit préciser en particulier :

- les modalités d’accueil prévues : à temps complet ou partiel, accueil de jour ou de nuit, accueil permanent, temporaire ou séquentiel ;
- le nombre maximum de personnes âgées ou handicapées que le demandeur souhaite accueillir, ainsi que, le cas échéant, la répartition entre ces deux catégories de personnes.

Le Président du Conseil Départemental dispose d’un délai de 15 jours pour accuser réception de la demande.

En cas de demande incomplète, le Président du Conseil Départemental indique, dans un délai de 15 jours, au demandeur la liste des pièces et informations manquantes exigées pour que la demande soit examinée et indique le délai pour la réception de ces pièces. Si les pièces demandées ne sont pas fournies dans le délai imparti, la demande est réputée caduque.

I – 2 L’instruction de la demande (articles L441-1, R441-3, R441-3-1, R441-3-2, R441-4 et annexe 3-8-3 du Code de l’action sociale et des familles)

L’instruction du dossier de candidature et la décision d’agrément de l’accueillant relèvent de la compétence du Président du Conseil Départemental.

Les services en charge de l’instruction procèdent à :

- La vérification des pièces administratives et de l’absence de condamnations mentionnées à l’article L133-6 du Code de l’action sociale et des familles ;
- L’évaluation des conditions d’accueil proposées et des aptitudes du demandeur à exercer l’activité d’accueillant familial. A cette fin, plusieurs entretiens, dont un au moins, au domicile du demandeur seront réalisés par l’équipe médico-sociale chargée d’apprécier les conditions d’accueil et de sécurité, ainsi que les compétences et aptitudes du demandeur au regard du référentiel d’agrément figurant à l’annexe 3-8-3 du Code de l’action sociale et des familles.

Le demandeur est tenu de fournir aux services départementaux tous les renseignements qui lui sont demandés et qui sont en relation directe avec l’accomplissement de ses missions.

L’agrément ne peut être accordé que si les conditions d’accueil proposées répondent à 5 conditions cumulatives. La personne ou le couple demandeur de l’agrément doit ainsi :

- Justifier de conditions d’accueil permettant d’assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies.
- S’engager à ce que l’accueil soit assuré de façon continue, en proposant notamment des solutions de remplacement satisfaisantes durant des périodes d’absence.

– Disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement répondent aux normes fixées par l'article R831-13 et par le premier alinéa de l'article R831-13-1 du Code de la sécurité sociale, et soient compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap des personnes accueillies.

– S'engager à suivre la formation initiale et continue et l'initiation aux gestes de secourisme prévues à l'article L441-1 du Code de l'action sociale et des familles.

– Accepter qu'un suivi social et médico-social des personnes accueillies puisse être assuré, notamment au moyen de visites sur place.

I – 3 La décision (articles L441-1, R441-5 et R441-6 du Code de l'action sociale et des familles)

Le Président du Conseil Départemental doit notifier sa décision dans un délai de 4 mois à compter de la date d'accusé de réception du dossier de candidature complet. A défaut, l'agrément est réputé acquis.

L'agrément est accordé, par arrêté du Président du Conseil Départemental pour une période de 5 ans. La décision d'agrément mentionne :

- Le nom, le prénom et l'adresse du domicile de l'accueillant familial ;
- Les dates d'octroi et d'échéance de l'agrément ;
- Le nombre maximum de personnes susceptibles d'être accueillies simultanément et, le cas échéant, le nombre maximum de contrats d'accueil mis en œuvre en même temps ;
- La temporalité de l'accueil pour chaque personne susceptible d'être accueillie (permanent ou temporaire, à temps complet, à temps partiel, de jour ou de nuit ou séquentiel) ;
- La mention de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, sauf mention contraire ;
- Le cas échéant, les caractéristiques, en terme de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies ;
- Les modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et/ou des personnes accueillies dont les caractéristiques le nécessitent.

Tout refus d'agrément doit être motivé, de même que toute décision d'agrément ne correspondant pas à la demande, notamment en terme de nombre, de catégorie de personnes susceptibles d'être accueillies ou de temporalité de l'accueil.

Un délai minimum d'un an doit précéder toute nouvelle demande consécutive à une décision de refus, de retrait ou de non-renouvellement d'agrément.

I – 4 La modification de l'agrément (restriction ou extension) (articles L441-2, R441-6-1 et R441-11 du Code de l'action sociale et des familles)

Le contenu d'un agrément en cours de validité peut être modifié par arrêté du Président du Conseil Départemental, sur demande motivée de l'accueillant familial ou, si les conditions de l'agrément le justifient, à l'initiative du Président du Conseil Départemental. La modification du contenu de l'agrément n'a pas d'incidence sur sa date d'échéance.

La demande de modification de l'agrément doit être transmise au Président du Conseil Départemental par lettre recommandée avec avis de réception ou déposée au service d'Aide Sociale

Adultes. Elle sera instruite selon les modalités déclinées ci-dessus (~~cf. I – 1 – 2 L'instruction de la demande~~).

Toute décision conduisant, à l'initiative du Président du Conseil Départemental, à restreindre un agrément en cours de validité, notamment par une réduction du nombre, des catégories de personnes susceptibles d'être accueillies ou de la temporalité de l'accueil, est soumise à la procédure applicable en cas de retrait d'agrément (cf I – 8).

I – 5 Le renouvellement (articles L441-1 et R441-7 du Code de l'action sociale et des familles)

Dans l'année qui précède la date d'échéance de la décision d'agrément ou de renouvellement d'agrément, le Président du Conseil Départemental indique, par lettre recommandée avec avis de réception, à l'accueillant familial qu'il doit présenter une demande de renouvellement d'agrément six mois au moins avant ladite échéance, s'il entend continuer à en bénéficier.

La demande de renouvellement de l'agrément est déposée et instruite dans les mêmes conditions que la demande initiale.

Toute décision de non-renouvellement d'agrément est prise après avis de la commission consultative de retrait.

Le dossier est complété, lors du premier renouvellement, et le cas échéant pour les renouvellements suivants, par un document attestant que le demandeur a suivi la formation initiale et continue et l'initiation aux gestes de secourisme obligatoires.

I – 6 Le déménagement (articles L441-1, R441-6-1 et R441-10 du Code de l'action sociale et des familles)

Lorsqu'un accueillant familial envisage de changer de résidence, il en informe le Président du Conseil Départemental qui apprécie, en fonction des informations communiquées, les incidences possibles de ce changement de résidence sur l'agrément et en informe l'accueillant familial.

En cas de changement de résidence à l'intérieur du département, l'accueillant familial doit notifier sa nouvelle adresse au Président du Conseil Départemental par lettre recommandée avec avis de réception, un mois au moins avant son emménagement.

Lorsque l'accueillant familial change de département de résidence, il notifie, dans les mêmes formes et délais, son adresse au Président du Conseil Départemental de son nouveau département de résidence, en joignant une copie de la décision d'agrément le concernant.

Le Président du Conseil Départemental du département d'origine transmet, à la demande du Président du Conseil Départemental du nouveau département de résidence de l'accueillant familial son dossier de demande d'agrément.

La décision d'agrément est modifiée par le Président du Conseil Départemental du Département d'accueil pour tenir compte du changement d'adresse de l'accueillant familial et des nouvelles conditions de l'accueil, dans les conditions prévues au I-4 du présent chapitre (*La modification de l'agrément*).

I – 7 Le suivi et le contrôle de l'accueillant familial (article 441-2 du Code de l'action sociale et des familles)

Le Président du Conseil Départemental organise le contrôle des accueillants familiaux, de leurs remplaçants et le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

Pour ce faire, les équipes médico-sociales des Maisons des Solidarités Départementales peuvent :

- Proposer aux accueillants familiaux des rendez-vous dans des locaux du Département ;
- Effectuer des visites au domicile des personnes agréées, sans obligation d'en informer préalablement l'accueillant.

Ces visites peuvent se faire à la demande des personnes agréées, des personnes accueillies, de leur famille ou de leur représentant légal ou à l'initiative propre de l'équipe médico-sociale de façon annoncée ou inopinée.

Lors des visites chez l'accueillant, les professionnels du Département pourront s'entretenir, le cas échéant, avec chaque personne accueillie, individuellement et hors de la présence de l'accueillant familial.

En cas de difficultés, l'équipe chargée du suivi pourra solliciter l'intervention d'un conseiller technique (responsable de service, médecin ...).

Le contrôle des accueillants familiaux exercé par les services du Département permet :

- De s'assurer que les conditions exigées par la réglementation continuent à être réunies ;
- De s'assurer du respect des termes de l'arrêté octroyant l'agrément ;
- De vérifier la qualité de l'accueil proposé et son adéquation aux besoins des personnes accueillies ;
- D'évaluer les besoins et attentes des accueillants, notamment en matière de formation ;
- De leur apporter des informations et un soutien technique relatifs à l'exercice de leur activité ;
- De requérir le degré de satisfaction des personnes accueillies sur leurs conditions de vie.

Un suivi social et médico-social des personnes accueillies est également assuré par les équipes médico-sociales des Maisons des Solidarités Départementales.

I – 8 Le retrait ou le non renouvellement de l'agrément (articles L441-1, L441-2, R441-9 et R441-11 du Code de l'action sociale et des familles)

I – 8 – 1 Causes et modalités

L'agrément peut faire l'objet d'un retrait, notamment en cas de manquements aux obligations posées par la loi.

Si les conditions d'agrément cessent d'être remplies (les conditions d'accueil ne garantissent plus la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité ou le bien-être physique et moral des personnes accueillies, le suivi social et médico-social des personnes accueillies ne peut plus être assuré...), le Président du Conseil Départemental enjoint l'accueillant familial par courrier recommandé avec avis de réception d'y remédier dans un délai de 3 mois, à compter de la réception du courrier par l'accueillant familial.

Si le Président du Conseil Départemental constate qu'il ~~n'a pas été satisfait à cette~~ injonction, l'agrément est retiré après avis de la commission consultative de retrait.

Lorsque le Président du Conseil Départemental envisage, dans les conditions prévues à l'article L441-2 du Code de l'action sociale et des familles, de retirer un agrément, il saisit pour avis la commission consultative de retrait en lui indiquant le contenu de l'injonction préalable et les motifs de la décision envisagée. Cette procédure est également applicable lorsque le Président du Conseil Départemental envisage de ne pas renouveler un agrément.

L'agrément peut également être retiré selon les mêmes modalités et au terme du même délai en cas :

- de non conclusion du contrat d'accueil ou si celui-ci n'est pas conforme au contrat type publié à l'annexe n° 3-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- de non respect des obligations liées au contrat ;
- de non souscription d'un contrat d'assurance par l'accueillant ;
- ou si le montant de l'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie est manifestement abusif.

L'accueillant familial concerné est informé un mois au moins avant la date de la réunion de la commission, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, des motifs de la décision envisagée à son encontre. Il est invité à présenter à la commission ses observations par écrit ou à en faire part lors de la réunion de la commission. Il peut se faire assister par deux personnes de son choix.

La commission délibère hors de la présence de l'intéressé et des personnes qui l'assistent.

En cas d'urgence, le Président du Conseil Départemental peut procéder à un retrait d'agrément, sans injonction préalable, ni consultation de la commission consultative de retrait.

À noter : Un délai minimum d'un an doit précéder toute nouvelle demande consécutive à une décision de refus, de retrait ou de non-renouvellement d'agrément.

I – 8 – 2 Composition et fonctionnement de la commission consultative de retrait

(articles R441-11 à R441-15 du Code de l'action sociale et des familles)

La commission consultative comprend, en nombre égal :

- Des représentants du Département ;
- Des représentants des associations et organisations représentant les personnes âgées et des associations représentant les personnes handicapées et leurs familles ;
- Des personnes qualifiées dans le domaine de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le Président du Conseil Départemental fixe le nombre des membres de la commission dans la limite de neuf personnes. Il procède à leur désignation.

Le Président du Conseil Départemental, ou son représentant, assure la présidence de la commission consultative de retrait.

Le mandat des membres de la commission consultative de retrait est fixé à trois ans renouvelables. Chaque titulaire a, pour la durée de son mandat, un suppléant, désigné dans les mêmes conditions.

Les membres de la commission consultative de retrait sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées par le Code pénal.

I – 9 Les recours

Les décisions relatives à l'agrément, prises par le Président du Conseil Départemental, peuvent faire l'objet d'un recours :

- Gracieux : Il doit être adressé par lettre recommandée avec avis de réception, au Président du Conseil Départemental dans un délai de 2 mois à compter de la réception de la décision de refus. Dans ce cas, le Président pourra faire réaliser une seconde évaluation par une autre équipe médico-sociale.
- Contentieux : Il doit être introduit par l'intéressé auprès du Tribunal Administratif territorialement compétent dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision.

II – LES DROITS ET OBLIGATIONS DES ACCUEILLANTS ET DES ACCUEILLIS

II – 1 Droits et obligations de l'accueillant familial (article L442-1, L443-4 et annexe 3-8-1 du Code de l'action sociale et des familles)

Droits :

L'accueillant familial agréé bénéficie :

- de la couverture sociale du régime général de la Sécurité Sociale dans les conditions d'ouverture des droits fixés par la loi ;
- d'une rémunération conforme à la réglementation en vigueur et de 2,5 jours ouvrables de congés par mois ;
- d'un soutien et d'un accompagnement par l'équipe médico-sociale de la Maison des Solidarités Départementales dont elle dépend ;
- d'une formation initiale et continue organisée par le Département.

Obligations :

Les obligations matérielles de l'accueillant familial :

- Conclure avec chaque personne accueillie un contrat d'accueil qui prévoit un projet d'accueil individualisé au regard des besoins de la personne accueillie et en

transmettre un exemplaire au service en charge du suivi administratif de l'accueil familial ;

- Mettre à disposition des accueillis un logement accessible et conforme à la réglementation, sans que l'indemnité de mise à disposition de la ou des pièces, équivalente à un loyer, ne soit abusive. Tout projet de transformation des lieux d'hébergement doit être signalé par écrit à l'équipe médico-sociale qui évaluera l'impact éventuel sur les conditions d'accueil ;
- Souscrire un contrat d'assurance garantissant les conséquences pécuniaires de sa responsabilité civile en raison des dommages subis par les personnes accueillies et en envoyer, à chaque échéance annuelle, une attestation respectant les dispositions du décret 91-88 du 23 janvier 1991 au service en charge du suivi administratif de l'accueil familial ;
- Transmettre, pour tout chien accueilli au sein du domicile d'accueil, un certificat vétérinaire établi en application des dispositions de l'article D214-32-2 du Code rural et de la pêche maritime ;
- Assurer les différents repas, leur composition, le lieu de leur consommation et le respect des régimes alimentaires ;
- Entretenir l'espace mis à disposition, ainsi que le linge de la maison et le linge personnel de la personne accueillie ;
- Informer le service en charge du suivi administratif de l'accueil familial :
 - des fugues, disparitions, hospitalisations et décès et, d'une façon générale, de tout problème majeur concernant les personnes accueillies ;
 - des modifications apportées au contrat d'accueil et transmettre les avenants aux contrats d'accueil dans les plus brefs délais ;
 - des arrivées et départs de toute personne accueillie ;
 - de ses absences et du nom de son remplaçant ;
 - de la présence de toute nouvelle personne majeure vivant au domicile d'accueil et transmettre pour celle-ci un extrait du bulletin n°3 de son casier judiciaire, ainsi que la copie de sa carte d'identité ou de son passeport ou de son permis de conduire ou de son titre de séjour.

Les obligations morales de l'accueillant familial envers l'accueilli sont de :

- s'engager à tout mettre en œuvre afin d'offrir un accueil familial conforme aux principes suivants : faire participer la personne à la vie quotidienne de la famille, mais aussi l'aider à retrouver, préserver ou développer son autonomie ; réaliser son projet de vie ; maintenir et développer ses activités sociales ;
- garantir par tous moyens son bien-être physique et moral ;
- respecter ses opinions, ses convictions politiques et religieuses ou morales ;
- adopter un comportement courtois, exempt de toute violence verbale ou physique ;

- faire preuve de discrétion et de réserve par rapport à sa correspondance et dans ses rapports avec sa famille ;
- lui permettre de recevoir de la visite, en préserver l'intimité, dans un respect mutuel vis-à-vis de l'accueillant et des autres accueillis, y compris lors des visites effectuées par l'équipe médico-sociale ;
- respecter son libre choix du médecin traitant, des auxiliaires médicaux et autres personnels sociaux et médico-sociaux (auxiliaire de vie, aide ménagère...) ;
- suivre les prescriptions médicales ;
- favoriser sa libre circulation à l'intérieur et à l'extérieur du logement (dès lors qu'elle n'est pas limitée pour des raisons médicales ou décision de justice) ;
- préserver son intimité et son intégrité ;
- ne pas bénéficier de dons ou de legs de sa part.

II – 2 Droits et obligations de la personne accueillie (articles L443-4, L443-6, R232-8 et annexe 3-8-1 du Code de l'action sociale et des familles et articles L241-11 et D241-5 du Code de la sécurité sociale)

Droits :

La personne accueillie peut bénéficier :

- d'une exonération des cotisations patronales de la Sécurité Sociale, dues à l'URSSAF, par assimilation à un emploi familial à domicile. Sont concernées :
 - les personnes âgées d'au moins 70 ans ;
 - les personnes titulaires soit d'un élément de la Prestation de Compensation du Handicap affecté à un besoin d'aide humaine, soit d'une Majoration pour Tierce Personne servie au titre de l'invalidité, des accidents du travail, d'un régime spécial de sécurité sociale ou des victimes de la guerre ;
 - les personnes âgées de plus de 60 ans se trouvant dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
 - les personnes remplissant les conditions de perte d'autonomie leur permettant de prétendre à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.
- des aides au logement dans les conditions d'attribution de celles-ci fixées par la loi,
- d'une participation à ses frais d'hébergement dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, de la Prestation de Compensation du Handicap ou l'Aide Sociale à l'hébergement, dans les conditions déterminées par le présent Règlement.

La personne accueillie n'a pas à s'acquitter de la taxe d'habitation.

Les biens de la personne accueillie sont protégés selon les dispositions suivantes :
« L'accueillant familial et, s'il y a lieu, son conjoint, la personne avec laquelle elle a conclu un PACS ou son concubin, ses ascendants ou descendants en ligne directe ne peuvent profiter de

disposition entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par la ou les personnes accueillies que dans les conditions fixées à l'article 909 du Code Civil. L'article 911 dudit code est applicable aux libéralités en cause ».

Un suivi médico-social des conditions d'accueil est assuré par les Services Départementaux.

Obligations :

La personne accueillie, et le cas échéant, son représentant légal, doit :

- conclure avec la personne agréée un contrat d'accueil conforme au contrat type d'accueil des personnes âgées ou handicapées établi à l'annexe 3-8-1 du Code de l'action sociale et des familles ;
- déclarer la personne agréée auprès des organismes de recouvrement de la Sécurité Sociale (U.R.S.S.A.F.) ;
- établir un bulletin de salaire mensuel ;
- justifier d'un contrat d'assurance responsabilité civile garantissant les conséquences financières de sa responsabilité civile en raison des dommages subis par les tiers et leurs biens et en envoyer copie au service en charge du suivi de l'accueil familial ;
- respecter les clauses du contrat d'accueil et s'acquitter notamment du paiement de la pension mensuellement en début ou fin de mois, selon les clauses du contrat ;
- s'engager à respecter la vie familiale de l'accueillant, à faire preuve de réserve et de discrétion, et à adopter un comportement courtois à l'égard de l'accueillant familial et de sa famille ainsi que, le cas échéant, à l'égard des autres personnes accueillies.

III – LE CONTRAT D'ACCUEIL (articles L311-5-1, L442-1 et annexes 3-8-1 et 4-10 du Code de l'action sociale et des familles et article L1111-6 du Code de la santé publique)

Un contrat d'accueil doit être signé entre la personne accueillie, ou son représentant légal, et l'accueillant familial. Il doit être conforme au contrat type publié à l'annexe n° 3-8-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Il s'agit d'un contrat de gré à gré signé entre les deux parties, accueillant et personne accueillie (ou son représentant légal), qui s'engagent à respecter les clauses dudit contrat.

La signature du contrat d'accueil pour chaque personne accueillie est obligatoire. Il ne s'agit pas d'un contrat de travail. A ce titre, les éventuels litiges concernant ce contrat sont portés devant le Tribunal d'Instance du lieu de résidence de l'accueillant familial.

Le contrat doit être signé au plus tard le jour de l'arrivée de la personne accueillie et adressé sous huitaine au service en charge du suivi de l'accueil familial.

Le contrat précise si l'accueil est permanent, temporaire ou séquentiel, à temps complet ou à temps partiel et prévoit la période pour laquelle il est conclu. Il est signé avec une période d'essai

d'un mois, renouvelable une fois, à compter de la date d'arrivée de la personne accueillie au domicile de l'accueillant familial.

Il précise les conditions matérielles et financières de l'accueil, les obligations de chacune des parties, les droits en matière de congés annuels des accueillants familiaux et les modalités de remplacement de l'accueillant familial et les modalités de sa modification et de sa rupture.

Le contrat garantit à la personne accueillie l'exercice des droits et libertés individuels énoncés à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles. A cet effet, la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles lui est annexée.

Le contrat prévoit un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie.

Il prévoit également la possibilité pour la personne accueillie de désigner, si cela n'est pas déjà fait, une personne de confiance. Pour rappel, la personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. Elle est consultée au cas où la personne accueillie ne serait plus en état d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

III – 1 La rémunération de l'accueillant familial (articles L441-2, L442-1, D442-2 et annexe 3-8-1 du Code de l'action sociale et des familles)

L'accueillant familial est rémunéré directement par la personne accueillie. Les éléments de la rémunération sont librement fixés entre les parties contractantes, dans les limites définies par l'article D 442-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

La rétribution de l'accueillant familial est constituée de quatre composantes :

1) La rémunération journalière des services rendus

Pour une personne accueillie à temps complet, le montant minimum est égal à 2,5 fois la valeur horaire du Salaire Minimum de Croissance (SMIC), et ce, quelle que soit la nature de l'accueil.

Une indemnité de congés payés, calculée par dixième de cette rémunération, est également due mensuellement.

2) L'indemnité journalière pour sujétions particulières

Le contrat d'accueil prévoit, le cas échéant, une indemnité en cas de sujétions particulières, qui peut être attribuée en cas de disponibilité supplémentaire dont doit faire preuve l'accueillant familial à l'égard de la personne accueillie, en raison de son handicap ou de sa dépendance.

Les montants minimum et maximum de cette indemnité journalière sont respectivement égaux à 0,37 fois et 1,46 fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance (SMIC).

Que la personne soit âgée ou handicapée, elle peut bénéficier d'une allocation établie en fonction de sa dépendance : une personne âgée pourra ainsi bénéficier, selon le groupe iso-ressource dont elle relève (GIR 1 à 4), de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (A.P.A.), dont une partie

pourra être destinée à l'indemnité journalière pour sujétions particulières.

Il en est de même pour une personne handicapée bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (P.C.H).

Cette majoration est fonction du taux de sujétion et doit être justifiée par l'existence de contraintes exceptionnelles qui pèsent sur l'accueillant familial, celles-ci étant liées au handicap ou à la perte d'autonomie de la personne accueillie.

3) L'indemnité journalière représentative des frais d'entretien courants de la personne accueillie

L'indemnité d'entretien correspond aux dépenses courantes d'alimentation et d'entretien. Ses montants minimum et maximum sont respectivement égaux à deux fois et cinq fois le Minimum Garanti.

4) L'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie (ou loyer)

Le montant du loyer est librement fixé par l'accueillant familial. Toutefois, le Président du Conseil Départemental peut le dénoncer s'il est manifestement abusif.

III – 2 Les modalités de remplacement

L'absence de continuité de l'accueil est un motif de retrait ou de non renouvellement d'agrément. Ainsi, l'accueillant familial doit organiser son remplacement pour palier tout type d'absence, quel qu'en soit le motif ou le degré d'urgence. Les remplacements doivent être cohérents et adaptés aux absences de l'accueillant.

Le remplaçant peut être un membre de la famille, un voisin ou un intervenant extérieur et doit être majeur.

Les remplaçants font l'objet d'une évaluation médico-sociale afin d'apprécier leur capacité à suppléer l'accueillant dans tous les aspects de son activité.

Comme pour l'accueillant, des pièces administratives sont systématiquement à fournir. Par conséquent, chaque changement de remplaçant doit être signalé par écrit afin que le personnel en charge du suivi puisse effectuer leur évaluation.

En cas d'absences de plus de 48 heures, sauf cas de force majeure, et en cas d'hospitalisation de la personne accueillie, la personne agréée doit avertir par écrit le service médico-social de son remplacement.

Les modalités de remplacement doivent être prévues dans le contrat d'accueil.

III – 3 Les modalités de rupture ou de modification du contrat d'accueil *(article L442-1 et annexe 3-8-1 du Code de l'action sociale et des familles)*

Modifications : Toute modification du contrat devra faire l'objet d'un avenant signé des deux parties et transmis, dans les plus bref délais, au Président du Conseil Départemental, chargé du

contrôle de l'accueillant familial..

Délai de prévenance : Dans le cadre d'un accueil à temps complet (au-delà de la période probatoire d'un mois renouvelable), le non renouvellement ou la rupture du contrat d'accueil par l'une ou l'autre partie est conditionné(e) par un préavis d'une durée de deux mois minimum. La partie demandant la rupture du contrat doit notifier sa décision à l'autre partie par lettre recommandée avec avis de réception et en informer par écrit le Président du Conseil Départemental dans les plus brefs délais.

Dénonciation : En cas de non respect de ce délai de prévenance, une indemnité compensatrice égale à 3 mois de frais d'accueil est due à l'autre partie.

Rupture du contrat : Le délai de prévenance n'est pas exigé et aucune indemnité n'est due dans les cas suivants :

- Cas de force majeure (irrésistible et imprévisible) ;
- Non renouvellement de l'agrément de l'accueillant familial par le Président du Conseil Départemental ;
- Retrait de l'agrément de l'accueillant familial par le Président du Conseil Départemental ;
- Lettre de rupture du contrat à l'amiable signée des deux parties et transmise au Président du Conseil Départemental.

Dans tous les cas, la rupture du contrat ne peut ouvrir droit à des indemnités de licenciement.

IV – L'OBLIGATION DE FORMATION (*articles L441-1, L443-11, D443-4 et R441-1 du Code de l'action sociale et des familles*)

L'agrément ne peut être accordé que si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue et une initiation aux gestes de secourisme organisées par le Président du Conseil Départemental.

Le décret n°2017-552 du 14 avril 2017 relatif à la formation des accueillants familiaux définit les objectifs, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue des accueillants familiaux.

Les formations initiale et continue permettent aux accueillants familiaux d'acquérir et d'approfondir les connaissances et les compétences requises pour accueillir une personne âgée ou une personne handicapée. Ces formations portent sur les domaines suivants :

- Le positionnement professionnel de l'accueillant familial ;
- L'accueil et intégration de la personne âgée ou de la personne handicapée ;
- L'accompagnement de la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne et les activités ordinaires et sociales.

Ces domaines de formation sont précisés dans le référentiel prévu à l'annexe 3-8-4 du Code de l'action sociale et des familles.

IV – 1 L'initiation aux gestes de secourisme (article D443-5 du Code de l'action sociale et des familles)

Cette formation d'initiation aux gestes de secourisme doit être **préalable au premier accueil**.

Le Président du Conseil Départemental peut dispenser de l'initiation aux gestes de secourisme les accueillants familiaux ayant obtenu, dans les cinq années précédant la délivrance de leur agrément, une attestation de suivi de cette même formation ou d'une formation d'un niveau au moins équivalent.

Cette dispense fait l'objet d'une attestation délivrée par le Président du Conseil Départemental à l'accueillant familial.

IV – 2 La formation initiale (article D443-2 du Code de l'action sociale et des familles)

La formation initiale a une durée totale d'au moins cinquante-quatre heures selon les modalités suivantes :

- La formation initiale comprend une formation préalable au premier accueil d'au moins douze heures qui doit être assurée dans un délai maximum de six mois suivant l'obtention de l'agrément. Cette formation initiale préalable porte notamment sur le cadre juridique et institutionnel de l'accueil familial, le rôle de l'accueillant familial, le contrat d'accueil et le projet d'accueil personnalisé ;
- La durée de la formation initiale restant à effectuer, complétant la formation préalable, est organisée dans un délai maximum de vingt-quatre mois à compter de l'obtention de l'agrément.

A noter : Les dispositions relatives à la formation initiale mentionnée au présent article ne sont pas applicables aux accueillants familiaux agréés et ayant déjà exercé une activité d'accueil avant le 1er juillet 2017.

IV – 3 La formation continue (articles D443-3 et D443-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le Président du Conseil Départemental organise la formation continue de l'accueillant familial, selon des modalités qu'il définit au regard des besoins évalués par ses services et des attentes de l'accueillant familial, pour une durée minimale de douze heures pour chaque période d'agrément.

V – CAS PARTICULIER DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX EMPLOYÉS PAR DES PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC OU DE DROIT PRIVE (articles L444-1 à L444-9 du Code de l'action sociale et des familles)

Les personnes morales de droit public ou de droit privé peuvent, après accord préalable du Président du Conseil Départemental du département de résidence de l'accueillant familial, être employeur des accueillants familiaux.

Les accueillants familiaux employés par des collectivités territoriales ou leurs établissements publics administratifs sont des agents non titulaires de ces collectivités. Les accueillants familiaux employés par des établissements sociaux ou médico-sociaux publics sont des agents non titulaires de ces établissements. Les accueillants familiaux employés par des établissements publics de santé sont des agents non titulaires de ces établissements. Ils sont soumis à certaines dispositions du Code du travail, conformément à l'article L444-2 du Code de l'action sociale et des familles.

Il est conclu, pour chaque personne accueillie, entre l'accueillant familial et son employeur un contrat de travail écrit. Tout contrat de travail fait l'objet d'une période d'essai de trois mois, éventuellement renouvelable après accord écrit du salarié.

Pour chaque personne accueillie, il est conclu entre la personne accueillie, l'accueillant familial et, si ce dernier le souhaite, l'employeur un contrat d'accueil conforme aux stipulations d'un contrat type établi par voie réglementaire.

Les accueillants familiaux perçoivent une rémunération garantie dont le montant minimal est déterminé en référence au salaire minimum de croissance. Le montant de la rémunération est fonction du nombre de personnes accueillies et de la durée du travail.

En cas de retrait d'agrément, l'employeur est tenu de procéder au licenciement de l'accueillant dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Le Président du Conseil Départemental informe la personne morale qui l'emploie du retrait ou de la modification du contenu de l'agrément d'un accueillant familial.

En cas de rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou de l'accueillant, sauf cas de faute grave ou lourde, un préavis doit être respecté.

VI – LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ACCUEIL PAR L'AIDE SOCIALE *(article L441-1 du Code de l'action sociale et des familles)*

L'agrément des familles d'accueil vaut (sauf mention contraire) habilitation à accueillir des bénéficiaires de l'Aide Sociale. Ainsi, toute personne âgée ou tout adulte handicapé hébergé dans une famille d'accueil agréée, qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour assurer le paiement de ses frais de séjour, peut en solliciter la prise en charge au titre de l'aide sociale.

VI – 1 Conditions d'admission et procédure *(article L122-1 et 122-2 du Code de l'action sociale et des familles)*

Le dossier de demande d'aide sociale doit être déposé auprès du Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale ou de la Mairie de la commune du domicile de secours de l'intéressé. L'accueil familial n'étant pas acquisitif de domicile de secours, l'intéressé conserve celui qu'il avait acquis antérieurement à son accueil.

Le demandeur doit remplir les conditions générales de prise en charge par l'aide sociale définies au chapitre 1 du présent règlement. La demande ne peut être examinée que si elle est accompagnée du contrat d'accueil mentionné au III du présent chapitre.

La prise en charge au titre de l'aide sociale prend effet soit au **premier jour d'accueil**, soit au jour où les ressources deviennent insuffisantes, à condition que la demande ait été déposée **dans les deux mois** qui suivent ces jours.

En cas de dossier incomplet ou de délais non respectés, la rétroactivité maximum sera de 2 mois à compter de la date de dépôt du dossier complet. Ce délai peut être prolongé de deux mois supplémentaires par décision du Président du Conseil Départemental.

Il n'y a pas d'admission d'urgence à l'aide sociale pour l'accueil familial.

VI – 2 Modalités financières

Le Président du Conseil Départemental prononce l'admission et détermine le montant de la participation de l'aide sociale aux frais d'accueil en prenant en compte les ressources de l'intéressé ainsi que, le cas échéant, les possibilités contributives de ses obligés alimentaires.

VI – 2 – 1 Personnes âgées

- Ressources prises en compte :

La personne âgée doit être dépourvue de ressources suffisantes pour régler ses frais d'accueil.

Ses ressources sont appréciées en tenant compte de l'aide que pourraient lui apporter ses obligés alimentaires, ainsi que d'éventuelles aides contractuelles (rentes, fermages, etc...).

Les personnes bénéficiaires d'une clause de soins prévue par acte notarié ne peuvent prétendre à la prise en charge de leurs frais d'accueil par l'aide sociale, sauf si celle-ci peut être convertie en rente. Dans ce cas, la rente sera prise en compte dans les revenus de la personne âgées sollicitant le bénéfice de l'aide sociale.

L'ensemble des ressources du demandeur, de quelque nature qu'elles soient (à l'exception notamment de la retraite du combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques), sont prises en compte, mais elles sont minorées pour laisser à sa disposition une somme minimale dite « argent de poche » au moins égale au dixième de ses revenus (sans que ce minimum ne puisse être inférieur au minimum légal, qui s'élève à un centième du montant annuel de l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées).

Les ressources de l'accueilli peuvent également être minorées pour tenir compte de la présence d'un conjoint resté au domicile et ne disposant pas de ressources propres ou de charges exclusives de tout choix de gestion lui incombant (frais de tutelle, impôts et taxes, assurance responsabilité civile, complémentaire santé...). Concernant ce dernier point, l'intéressé doit en faire la demande au Président du Conseil Départemental et fournir les justificatifs correspondants.

La personne en accueil familial peut bénéficier des aides au logement. Le postulant à l'Aide Sociale doit en faire la demande auprès des organismes concernés. Les aides au logement destinées par nature au paiement de l'hébergement ne sont pas prises en compte pour le calcul de l'« argent de poche ».

- Articulation avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (articles L232-3 et suivants et R232-8 du Code de l'action sociale et des familles) :

La personne en accueil familial peut bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). L'élaboration d'un plan d'aide par l'équipe médico-sociale, les montants maximum de plan d'aide en fonction du degré de perte d'autonomie, de même que les modalités de calcul de la participation financière à domicile sont applicables à l'accueil familial.

La perte d'autonomie de la personne âgée remplissant les conditions pour bénéficier de l'APA est évaluée sur son lieu de vie.

Les dépenses de toute nature prises en charge, s'entendent, notamment, du règlement de la rémunération de l'accueillant familial (à l'exception de l'indemnité représentative des frais d'entretien et de l'indemnité représentative de mise à disposition de pièce), ainsi que des dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement et de toute autre dépense concourant à l'autonomie du bénéficiaire.

Les dépenses de toute nature visent l'ensemble des services et prestations contribuant à retarder, contenir, accompagner et compenser la perte d'autonomie. Certains services prévus par le contrat type, tels que la préparation des repas, l'entretien du logement et du linge personnel de la personne accueillie et assurés par l'accueillant familial, peuvent être prévus par le plan d'aide. Dans ce cas, l'APA pourra couvrir tout ou partie de la rémunération pour services rendus ou de la rémunération garantie de l'accueillant familial.

Ainsi, dans la limite du montant maximum du plan d'aide correspondant au degré de perte d'autonomie de la personne âgée défini réglementairement, l'APA couvre notamment, en fonction du besoin d'aide et des services prévus par le plan d'aide :

- l'indemnité en cas de sujétions particulières ;
- tout ou partie de la rémunération pour service rendu ou de la rémunération garantie ;
- la rémunération d'un intervenant extérieur dans des situations particulières ;
- des services de transports accompagnés, des aides techniques ;
- l'adaptation du logement dans les seules pièces réservées à la personne accueillie (chambre, sanitaires, salle de bains).

- Articulation avec les autres formes d'accueil ou d'hébergement :

La prise en charge des frais d'accueil d'une personne âgée en accueil familial par l'aide sociale n'est pas cumulable avec la prise en charge de frais d'accueil de jour ou de frais d'hébergement en établissement.

- Récupération et inscription hypothécaire :

Les dépenses engagées par le Département au titre de la prise en charge des frais d'accueil sont soumises aux mêmes règles de récupération que dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement en établissement (cf IX du sous-chapitre IV du chapitre VI) et il peut être procédé à l'inscription d'une hypothèque légale sur les immeubles du bénéficiaire de l'Aide Sociale.

VI – 2 – 3 Personnes handicapées

- **Ressources prises en compte, récupération et inscription hypothécaire** (*article L245-7 du Code de l'action sociale et des familles*) :

Les dispositions applicables aux personnes handicapées concernant la prise en compte des ressources sont similaires à celles déclinées au paragraphe précédent relatif aux ressources des personnes âgées.

Toutefois, aucune participation ne peut être demandée aux obligés alimentaires (le devoir de secours entre époux étant maintenu), il n'est exercé aucun recours en récupération des frais d'accueil lorsque les héritiers sont le conjoint, les enfants, les parents ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge du bénéficiaire de l'aide sociale et il n'est pas procédé à l'inscription d'une hypothèque légale sur les immeubles du bénéficiaire de l'aide sociale.

- **Articulation avec la Prestation de Compensation du Handicap** :

Les personnes handicapées accueillies en accueil familial peuvent bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) à domicile. Le calcul de la PCH peut prendre en compte, au titre de l'élément aide humaine, les éléments de rémunération de l'accueillant familial.

Le temps d'aide humaine pris en compte pour le calcul du montant attribué au titre de l'aide humaine est déterminé au moyen du référentiel figurant à l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles. Ce temps est fixé au regard des besoins de compensation de la personne handicapée. Le nombre d'heures déterminé est ensuite valorisé au tarif de l'emploi direct. La personne handicapée bénéficiaire de la PCH choisit l'aidant de son choix pour réaliser les heures d'aide humaine. À ce titre, elle peut décider que tout ou partie de l'aide soit mise en œuvre par l'accueillant familial.

La valorisation des heures d'aide humaine effectuées par l'accueillant familial ne peut excéder la rémunération fixée dans le contrat d'accueil conclu avec entre la personne accueillie et l'accueillant, au titre de la rémunération journalière des services rendus et de l'indemnité journalière pour sujétions particulières ou du montant mensuel payé au titre de la rémunération garantie et de l'indemnité de sujétions particulières fixé dans la partie du contrat passé entre la personne accueillie et la personne morale employeur de l'accueillant familial. Cette rémunération tient compte de l'aide effectivement mise en œuvre par l'accueillant familial.

L'aménagement du domicile de l'accueillant familial ne peut pas être financé par la PCH. Les droits de la personne accueillie sont examinés au regard de la PCH, avant de l'être au titre de l'aide sociale à l'hébergement, qui revêt un caractère subsidiaire.

- **Articulation avec les autres formes d'accueil ou d'hébergement** :

Sauf situation particulière, la prise en charge des frais d'accueil d'une personne handicapée en accueil familial par l'aide sociale n'est pas cumulable avec la prise en charge de frais d'accueil de jour ou de frais d'hébergement en établissement.

VI – 3 Dépenses prises en compte (*article R231-4 du Code de l'action sociale et des familles*)

Les dépenses couvertes par l'Aide Sociale sont calculées sur la base :

- du montant minimum fixé par la réglementation pour la rémunération journalière des services rendus (charges comprises), majoré des indemnités de congés payés s'y affèrent et minoré, le cas échéant, du montant de l'APA ou de la PCH affecté aux services rendus ;
- du montant mentionné au contrat d'accueil pour l'indemnité d'entretien dans les limites fixées par la réglementation ;
- du montant mentionné au contrat d'accueil pour l'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie dans la mesure où il n'est pas manifestement abusif.
- les sujétions particulières pouvant être attribuées selon le degré de dépendance ou de handicap de la personne accueillie sont évaluées et validées par l'équipe médico-sociale des Maisons des Solidarités Départementales et couvertes par l'APA ou la PCH ; en conséquence, seule la participation restant à charge de l'utilisateur est prise en charge par l'aide sociale.

VI – 4 Modalités de règlement des frais d'accueil

La participation de l'Aide Sociale est versée directement au bénéficiaire, ou à son représentant légal, sous forme d'une allocation différentielle entre le coût total de l'accueil et les ressources du bénéficiaire, majorées, le cas échéant, de la participation de ses obligés alimentaires. Elle est calculée sur la base de 30,5 jours par mois. Le paiement s'effectue chaque mois à terme échu.

La durée de validité de la décision est fixée à cinq ans. Toutefois, chaque année le bénéficiaire doit communiquer au service Aide Sociale Adultes du Département les justificatifs de ses ressources aux fins d'actualisation de son dossier et d'ajustement de l'aide attribuée.

CHAPITRE IX

LA PRÉVENTION ET LA LUTTE

CONTRE LA MALTRAITANCE

CHAPITRE IX

LA PRÉVENTION ET LA LUTTE

CONTRE LA MALTRAITANCE

Aux termes d'une délibération en date du 13 février 2003, le Conseil Départemental de Tarn-et-Garonne a décidé de créer un n° vert spécifique, destiné à recueillir les informations signalantes concernant des personnes âgées maltraitées.

Ce service a été étendu par délibération de l'Assemblée Départementale du 16 novembre 2007 au recueil d'informations relatives aux personnes adultes handicapées.

Il s'agit du 0800 10 31 10.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement par les équipes médico-sociales des Maisons des Solidarités Départementales.

Envoyé en préfecture le 14/11/2017

Reçu en préfecture le 14/11/2017

Affiché le

SLO

ID : 082-228200010-20171018-CD20171018_21-DE

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Tableau des seuils d'exonération de l'obligation alimentaire

**TABLEAU DES SEUILS D'EXONÉRATION DE L'OBLIGATION ALIMENTAIRE
 ET MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION
 AU 01/01/2017**

Minimum Garanti au 1er janvier 2017 :
 -1 MG : 3,54 €/h x 200 h = 708 €
 - ½ MG : 354 €
 -1 MG ½ : 1062 €

SEUIL EXONÉRATION DE L'OBLIGATION ALIMENTAIRE	
SITUATION	Somme au-dessous de laquelle aucune participation ne peut être sollicitée auprès des débiteurs d'aliments.
Personne seule	1,5 MG 1 056 €
Couple	2,5 MG 1 760 €
Couple + 1 enfant : 3 personnes	3 MG 2 112 €
Couple + 2 enfant : 4 personnes	3,5 MG 2 464 €
Couple + 3 enfant : 5 personnes	4 MG 2 816 €
Couple + 4 enfant : 6 personnes	4,5 MG 3 168 €
Couple + 5 enfant : 7 personnes	5 MG 3 520 €
Couple + 6 enfant : 8 personnes	5,5 MG 3 872 €
Couple + 7 enfant : 9 personnes	6 MG 4 224 €

Modalités de calcul de la participation :

- A partir de ces seuils, l'Obligation Alimentaire représente 15 % des revenus restants.
- Toutes les ressources sont prises en compte, sauf les aides au logement, les pensions attachées aux distinctions honorifiques, la retraite du combattant et la Majoration Spéciale Tierce Personne.
- Les charges de loyer ou d'emprunt pour l'acquisition d'habitation principale sont déduites des ressources.
- Pour les petits-enfants, la participation est réduite de 50%.
- Ce tableau est revu en fonction de l'évolution du minimum garanti.

ANNEXE 2 :

Tableau de mise en jeu des récupérations

Tableaux synthétiques des récupérations pour chaque aide sociale

Les récupérations s'exercent, dès le premier euro, dans la limite des montants versés par le Département (art. R.132-11 CASF).

1 – Les aides servies aux personnes âgées

	Hébergement en établissement	Accueil familial à titre onéreux	Services ménagers	Frais de repas	A.P.A.
Recours contre bénéficiaire revenu à meilleure fortune	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Recours contre succession	Oui	Oui	Oui ⁽¹⁾	Oui ⁽¹⁾	Non ⁽²⁾
Recours contre donataire	Oui	Oui	Oui	Oui	Non ⁽²⁾
Recours contre légataire	Oui	Oui	Oui	Oui	Non ⁽²⁾
Recours contre assurance-vie	Oui	Oui	Oui	Oui	Non ⁽²⁾
Hypothèque	Oui	Oui	Non	Non	Non

⁽¹⁾ La récupération est exercée sur l'actif net successoral > 46 000 euros et après déduction de 760 euros sur la créance du Département (art. R132-12 CASF).

⁽²⁾ art L 232-19 CASF

2 – Les aides servies aux personnes handicapées

	Hébergement en établissement	Accueil familial à titre onéreux	Services ménagers	Frais de repas	PCH	AC
Recours contre bénéficiaire revenu à meilleure fortune	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Recours contre succession	Oui ⁽¹⁾	Oui ⁽¹⁾	Oui ⁽¹⁾⁽²⁾	Oui ⁽¹⁾⁽²⁾	Non	Non
Recours contre donataire	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Recours contre légataire	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Hypothèque	Non	Non	Non	Non	Non	Non

⁽¹⁾ Il n'y a pas de récupération lorsque les héritiers de la personne handicapée sont le conjoint, les parents, les enfants ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge de la personne handicapée, ni sur le légataire, ni sur le donataire.

⁽²⁾ A défaut des liens mentionnés ci-dessus, le recours est exercé sur l'actif net successoral > 46 000 euros et après

déduction de 760 euros sur la créance du Département (*art. R132-12 CASF*).

ANNEXE 3 :

Demande simplifiée de Carte Mobilité Inclusion d'invalidité et/ou de stationnement

DEMANDE DE CARTE DE MOBILITÉ INCLUSION *
(Carte Mobilité Inclusion d'invalidité et/ou de stationnement)

POUR LES PERSONNES CLASSÉES EN GIR 1 OU GIR 2 UNIQUEMENT
(Conformément au Décret N°2016-2010 du 26 février 2016)

NOM D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :
.....
.....

- je souhaite bénéficier de la Carte de Mobilité Inclusion Invalidité (CMI-I) prévue à l'article L.241-3-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles :
 - OUI
 - NON

- je souhaite bénéficier de la Carte de Mobilité Inclusion Stationnement (CMI-S) prévue à l'article L.241-3-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles :
 - OUI
 - NON

À réception de la décision d'APA attestant d'un GIR 1 ou d'un GIR 2, transmettre à la MDPH - 28 rue de la Banque - 82000 MONTAUBAN :

- un justificatif de domicile,
- un justificatif d'identité,
- une copie de la décision d'APA.

Fait à....., le

Signature

ANNEXE 4 :

Engagement de payer la provision

ENGAGEMENT DE PAYER LA PROVISION

*(Article L 132-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
Circulaire interministérielle du 10 août 1990)*

Je soussigné(e) NOM – Prénom (nom de jeune fille pour les femmes mariées)

.....
Né(e) le à, accueilli(e) à
..... le

1°) Mention manuscrite à recopier intégralement :

« Je certifie avoir été informé(e) du tarif journalier d'hébergement pratiqué par l'établissement, tarif modifiable au 1er janvier de chaque année ou en cours d'année en cas de bouleversement des conditions économiques, qui s'élève à ce jour à la somme de : (en chiffres et en lettres) ».

2°) Je certifie avoir été informé(e) de devoir verser une provision à Monsieur le Receveur de l'établissement, à compter de ce jour : et jusqu'à ce que le Président du Conseil Départemental ait statué sur la demande de prise en charge de mes frais de séjour au titre de l'aide sociale aux personnes âgées.

Mention manuscrite à recopier intégralement :

« C'est pourquoi je m'engage à verser mensuellement 90% de mes ressources (dont je joins le détail au présent engagement), déduction faite du minimum légal de ressources, et l'intégralité de l'allocation logement, soit à ce jour, la somme de (en chiffres et en lettres) »

Dans le cas où, ultérieurement, je serais amené(e) à percevoir d'autres revenus, je m'engage à les reverser au receveur avec effet rétroactif.

3°) « Je certifie avoir été informé(e) qu'en cas d'admission à l'aide sociale, le règlement des frais de séjour à l'établissement par les services du Département est subordonné au règlement effectif de la provision pour la période allant du jour d'entrée, soit le au jour de la décision rendue par le Président du Conseil Départemental ».

Mention manuscrite à recopier intégralement :

« Bon pour engagement »

Date :

Signature :

ANNEXE 5 :

Ressources laissées à la personne handicapée en cas de prise en charge de ses frais d'hébergement par l'aide sociale

Ressources laissées à la personne handicapée en cas de prise en charge de ses frais d'hébergement par l'aide sociale

*(Décret n° 77-1548 du 31 décembre 1997
modifié par le décret 2005-725 du 29 juin 2005)*

FOYERS OCCUPATIONNELS (non travailleurs)	ESAT (travailleurs)
<u>Hébergement complet</u>	<u>Hébergement complet</u>
- 10 % de toutes ses ressources (sauf allocation logement) et au minimum de 30 % du montant mensuel de l'AAH.	- 1/3 du salaire + 10 % de toutes ses autres ressources (sauf allocation logement) + 20 % de l'AAH perçue si les 5 repas hebdomadaires sont pris à l'extérieur Dans tous les cas, le pensionnaire doit bénéficier au minimum de 50 % du montant mensuel de l'AAH taux plein.

NB : les majorations sont calculées en fonction de l'AAH proratisée au nombre de jours facturés par l'établissement dans la mesure où seuls les jours facturés appellent à reversement de ressources.

ANNEXE 6 :

Liste des sigles utilisés

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

- AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
- ACFP : Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels
- ACTP : Allocation Compensatrice Tierce Personne
- AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
- AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
- ANAH : Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
- APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
- ARSM : Allocation Représentative des Services Ménagers
- ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
- CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
- CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
- CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CDES : Commission Départementales de l'Éducation Spéciale
- CFPPA : Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie
- CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel
- DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
- DSD : Direction de la Solidarité Départementale
- EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale
- FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
- FH : Foyer d'Hébergement
- FO : Foyer Occupationnel
- GIR : Groupe Iso-Ressources
- IME : Institut Médico-Educatif
- JAF : Juge aux Affaires Familiales
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
- MG : Minimum Garanti
- MTP : Majoration pour Tierce Personne
- MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- OA : Obligé Alimentaire
- PACS : Pacte Civil de Solidarité
- PCH : Prestation de Compensation du Handicap
- PPC : Plan personnalisé de Compensation du Handicap
- PSD : Prestation Spécifique Dépendance
- SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
- SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile
- SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Personnes Adultes Handicapées
- SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale