

Chapitre 2

L'APA à domicile

L'APA à domicile concerne les personnes âgées vivant à domicile ou en foyer-logement

I Ouverture des droits

Pour l'APA à domicile, les droits sont ouverts à compter de la notification du Président Conseil Général. Lorsque la notification est envoyée au delà du délai réglementaire, le droit est ouvert rétroactivement au plus tard à la date d'expiration de ce délai.

II La détermination du plan d'aide

● L'évaluation de la perte d'autonomie

art
L232-14 al 1
CASF

Lors de l'évaluation, un classement dans le Groupe Iso Ressource déterminé par la grille AGGIR est effectué. Seules les catégories 1 à 4 ouvrent droit à l'APA. Lors de la visite à domicile, un proche ou/et un médecin choisi par le demandeur peuvent être présents.

● La proposition du plan d'aide

Si le demandeur est classé dans les catégories 1 à 4, un plan d'aide est proposé dans les 30 jours suivant la date de dépôt du dossier complet.

Décret
n°2001-1085
20 nov 2001

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 demander des modifications. L'absence de réponse équivaut à un accord. En cas de demande de modification, une proposition définitive est élaborée dans les 8 jours. Le demandeur peut accepter ou refuser la proposition dans un délai de 10 jours. Le silence dans un délai de 10 jours du demandeur est considéré comme un refus.

● Validation du plan d'aide

Le plan d'aide permet de financer diverses prestations: aide humaine et technique dont les tarifs de références sont arrêtés par l'Assemblée Départementale.

Le bénéficiaire a le libre choix de l'intervenant à domicile. La liste des prestataires lui est communiquée lors de l'évaluation.

Compte tenu des plafonds nationaux pour chaque GIR (montant APA maximum), lors de la revalorisation tarifaire annuelle du Conseil Général l'aide humaine servie au prestataire est prioritairement maintenue.

art
L232-12 al.3
CASF

III L'attribution d'urgence

L'attribution d'urgence intervient dans trois situations particulières :

- la sortie d'hospitalisation,
- la fin de vie,

- le veuvage ou séparation du couple pour diverses raisons.
Elle est conditionnée par une évaluation de l'équipe médico-sociale

IV L'APA temporaire de retour à domicile: L'APA TRD

L'APA temporaire de retour à domicile après hospitalisation s'adresse aux personnes âgées hospitalisées qui ne sont pas bénéficiaires de l'APA. Après convention signée avec l'établissement de soins, l'évaluation de la dépendance est faite par un professionnel du lieu d'hospitalisation identifié et formé par le Conseil Général.

Si le niveau de dépendance le permet, l'APA est attribuée temporairement et forfaitairement (30 heures sur 15 jours) à compter de la date de retour à domicile, quel que soit le GIR. L'équipe médico-sociale du Conseil Général ré-évalue la dépendance dans les 15 jours suivant le retour à domicile et élabore éventuellement un plan d'aide.

V Le montant de l'APA

art
L232-4
CASF

Le montant de l'allocation est calculé en fonction des besoins relevés par le plan d'aide (nature des aides humaines et techniques nécessaires) et selon le GIR déterminé lors de l'évaluation du degré de perte d'autonomie dans la limite du plafond national de chaque GIR.

VI La participation du bénéficiaire

art
L232-4
CASF

La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L.132-1 et L132-2.

VII Les modalités d'utilisation de l'APA

Le bénéficiaire qui réside à domicile doit faire parvenir au Président Conseil Général, dans le délai d'un mois suivant la notification d'attribution, une déclaration mentionnant le ou les salariés embauchés ou le service d'aide auquel il est fait appel.

art
L232-3
CASF

Pour les personnes résidant à domicile, l'APA « est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale. L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci".

Pour une prise en charge au titre de l'APA, d'un accueil de jour ou d'un accueil temporaire, la demande doit être préalable à sa mise en œuvre. Elle fait l'objet d'un nouveau plan d'aide.

art
L232-7
CASF

Il est nécessaire de signaler tout changement de situation et produire les justificatifs demandés.

L'APA peut être modifiée à tout moment si la situation du bénéficiaire évolue ou à l'initiative du Président Conseil Général.

Dans un souci de clarté et de simplification des procédures en cas de séjour alterné dans 2 départements, le Conseil Général des Pyrénées Orientales, sur demande de l'autre département applique la notion de domicile de résidence. La prise en charge s'effectue au premier jour d'arrivée jusqu'au jour de départ quand le séjour est supérieur ou égal à 3 mois consécutifs. Le paiement au bénéficiaire se fera sur présentation de justificatifs dans la limite du montant d'APA arrêté par le département d'origine.

VII Le versement, le renouvellement de l'APA

L'APA est renouvelée périodiquement, tous les trois ans et tous les ans dans le cadre d'une aide servie en emploi familial direct.

Pour un renouvellement, le dernier avis d'imposition est demandé ainsi que la taxe foncière si nécessaire. Dans le cadre du contrôle d'effectivité toute pièce justificative peut être demandée.

Tout type d'intervention d'aide humaine est payée mensuellement par chèque solidarité (chèque Conseil Général). Un chèque doit être utilisé pour une heure d'aide à domicile. Le bénéficiaire reçoit chaque mois le chéquier correspondant à ses droits.

Le matériel à usage unique est payé par chèque d'accompagnement personnalisé (chèque Conseil Général).

Tous les autres types d'aide sont versés par virement sur le compte bancaire ou postal du bénéficiaire.

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