Sujet national pour l'ensemble des centres de gestion organisateurs

ATTACHÉ TERRITORIAL

SESSION 2016

ÉPREUVE DE RAPPORT

SPÉCIALITÉ : GESTION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

CONCOURS INTERNE - ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

Rédaction, à l'aide des éléments d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par une collectivité territoriale, d'un rapport faisant appel à l'esprit d'analyse et de synthèse du candidat, à son aptitude à situer le sujet traité dans son contexte général et à ses capacités rédactionnelles, afin de dégager des solutions opérationnelles appropriées.

TROISIÈME CONCOURS - ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

Rédaction, à partir des éléments d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par une collectivité territoriale, d'un rapport faisant appel à l'esprit d'analyse et de synthèse du candidat, à son aptitude à situer le sujet traité dans son contexte général et à ses capacités rédactionnelles, afin de dégager des solutions opérationnelles appropriées.

Durée : 4 heures
Coefficient : 4

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe.
- Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur non effaçable pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou l'encre bleue est autorisée. L'utilisation de plus d'une couleur, d'une couleur non autorisée, d'un surligneur pourra être considérée comme un signe distinctif.
- Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- Les feuilles de brouillon ne sont en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 37 pages.

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.
S'il est incomplet, en avertir un surveillant.

Attaché territorial au sein du CCAS de la commune d'Alpha (150 000 habitants), vous avez en charge le secteur gérontologique et gérez à ce titre un logement-foyer de 75 places.

Cet établissement date des années 1970. On constate non seulement une entrée en résidence à un âge de plus en plus avancé mais également un vieillissement important de la population au sein de l'établissement. Ainsi, la demande et les besoins de services sont en train d'évoluer.

Le CCAS est propriétaire de cet établissement qu'il gère ainsi que d'autres services à destination des personnes âgées (services à domicile,...). Il existe par ailleurs dans la commune d'autres services et établissements gérés par d'autres acteurs.

Dans ce contexte, le Président du CCAS vous demande de rédiger à son attention un rapport sur l'évolution des logements-foyers, dégageant des solutions opérationnelles appropriées pour permettre d'adapter le logement-foyer du CCAS, et l'inscrire dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées et de prévention de la perte d'autonomie.

Vous rédigerez ce rapport à l'aide des éléments du dossier et en mobilisant vos connaissances.

Liste des documents:

Document 1 : Article L. 633-1 du Code de la construction et de l'habitation – 1 page

Document 2 : Articles L. 312-1 et L347-1 du Code de l'action sociale et des familles – 3 pages

Document 3 : Articles L313-11 et L313-12 du Code de l'action sociale et des familles relatif aux droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, section 3 : Contrats ou conventions pluriannuels (extrait) – *Légifrance* – 2 pages

Document 4 : Les différentes définitions du logement-foyer ; l'inscription du logement foyer dans une politique gérontologique en pleine évolution (extraits de « Les indispensables de l'action sociale locale ») – *UNCASS* – 2012 – 3 pages

Document 5 : Vieillissement et espace urbain. Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ? – Introduction et état des lieux (extrait) – *Centre d'analyse stratégique, La note d'analyse : Questions sociales* – n° 323 – février 2013 – 4 pages

Document 6 : Loi ASV : logement-foyer, nouvellement dénommé « résidence-autonomie », quels changements ? – *UNCCAS* – 27 janvier 2016 – 3 pages

Document 7 : Quel avenir pour les logements-foyers? – Propos recueillis par Hélène Delmotte – *La Gazette santé-social* – septembre 2013 – 3 pages

Document 8 : Accompagner les personnes âgées dans leur parcours de vie – *La Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (extrait) – Dossier de presse* – Janvier 2016 - 2 pages

Document 9 : Emplacement et réputation : critères déterminants pour choisir un Ehpa – *Linda Daovannary – TSA quotidien* – 23 octobre 2013 – 2 pages

Document 10 : La CNSA verse trois nouveaux concours aux départements – *CNSA* – 18 mars 2016 – 2 pages

Document 11 : Arrêté du 5 avril 2016 fixant le montant des concours alloués aux départements au titre de la conférence des financeurs pour 2016 – *Légifrance* – Avril 2016 – 1 page

Document 12 : 10 conseils : mieux adapter l'habitat aux besoins des personnes âgées (extraits) – Pierre-Marie Chapon – *Le Courrier des maires* – 13 juillet 2012 – 3 pages

Document 13 : Logements pour personnes âgées (résidences autonomie et Ehpa) – *Agence Nationale pour l'Information sur le Logement* N° 2016-18 – 23 juin 2016 – 5 pages

DOCUMENTS REPRODUITS AVEC L'AUTORISATION DU CFC

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

DOCUMENT 1

Legifrance.gouv.fr
LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

Chemin :

Code de la construction et de l'habitation

- Partie législative
  - Livre VI : Mesures tendant à remédier à des difficultés exceptionnelles de logement.
    - Titre III : Dispositions tendant à maintenir ou à augmenter le nombre des logements.
      - Chapitre III : Mesures relatives à la protection des personnes logées en logement-foyer.

Article L633-1

Modifié par LOI n°2009-323 du 25 mars 2009 - art. 69

Un logement-foyer, au sens du présent chapitre, est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.

Il accueille notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées.

Le logement-foyer dénommé " résidence sociale " est destiné aux personnes ou familles mentionnées au II de l'article L. 301-1.

La résidence sociale dénommée " pension de famille " est un établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire. La " résidence accueil " est une pension de famille dédiée aux personnes ayant un handicap psychique.

DOCUMENT 2

Legifrance.gouv.fr
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

Chemin :

Code de l'action sociale et des familles

- Partie législative
  - Livre III : Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services
    - Titre Ier : Etablissements et services soumis à autorisation
      - Chapitre II : Organisation de l'action sociale et médico-sociale
        - Section 1 : Etablissements et services sociaux et médico-sociaux

Article L312-1

Modifié par LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 47 (V)
Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 48
Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 65

I. - Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 2132-4 du code de la santé publique ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;

5° Les établissements ou services :

a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;

b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à l'article L. 323-15 du code du travail ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ;

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1 ;

14° Les services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire ;

15° Les services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial ;

16° Les services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles et dont la liste est fixée par décret.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

II. - Les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services relevant des catégories mentionnées au présent article, à l'exception du 12° du I, sont définies par décret après avis de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale.

Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 6° et 7° du I s'organisent en unités de vie favorisant le confort et la qualité de séjour des personnes accueillies, dans des conditions et des délais fixés par décret.

Les établissements et services mentionnés au 1° du même I s'organisent de manière à garantir la sécurité de chacun des mineurs ou des majeurs de moins de vingt et un ans qui y sont accueillis.

Les prestations délivrées par les établissements et services mentionnés aux 1° à 15° du I sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées. Ces établissements et services sont dirigés par des professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret et après consultation de la branche professionnelle ou, à défaut, des fédérations ou organismes représentatifs des organismes gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés.

Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans les établissements sociaux et médico-sociaux publics ou privés doivent conclure avec ces établissements une convention qui détermine les modalités de cette intervention.

III. - Les lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux au sens du I doivent faire application des articles L. 311-4 à L. 311-8. Ils sont également soumis à l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 et aux dispositions des articles L. 313-13 à L. 313-25, dès lors qu'ils ne relèvent ni des dispositions prévues au titre II du livre IV relatives aux assistants maternels, ni de celles relatives aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées prévues au titre IV dudit livre. Un décret fixe le nombre minimal et maximal des personnes que ces structures peuvent accueillir et leurs règles de financement et de tarification.

IV. - Les équipes de prévention spécialisée relevant du 1° du I ne sont pas soumises aux dispositions des articles L. 311-4 à L. 311-7. Ces dispositions ne s'appliquent pas non plus aux mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

V. - Participent de la formation professionnelle les actions de préformation, de formation et de préparation à la vie professionnelle menées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés aux 2°, a du 5° et 12° du I du présent article accueillant des jeunes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation et au 4° du même I, ainsi que dans les établissements et services conventionnés ou habilités par la protection judiciaire de la jeunesse.

VI.-Les établissements relevant des 6° ou 7° du I peuvent proposer, concomitamment à l'hébergement temporaire de personnes âgées, de personnes handicapées ou de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, un séjour de vacances pour les proches aidants de ces personnes.

Le 1° de l'article L. 313-4 n'est pas applicable aux séjours mentionnés au premier alinéa du présent VI.

NOTA : Aux termes du II de l'article 48 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, le 16° tel qu'il résulte du I dudit article 48, entre en vigueur à la date de publication du décret prévu dans ses dispositions.

(...)

Chemin :

Code de l'action sociale et des familles

- Partie législative
  - Livre III : Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services
    - Titre IV : Dispositions spécifiques à certaines catégories d'établissements
      - Chapitre VII : Services d'aide et d'accompagnement non habilités à l'aide sociale

Article L347-1

Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 47

Dans les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les prix des prestations de service sont librement fixés lors de la signature du contrat conclu entre le prestataire de service et le bénéficiaire. Le contrat est à durée indéterminée ; il précise les conditions et les modalités de sa résiliation.

Les prix des prestations contractuelles varient ensuite dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, des personnes âgées et de l'autonomie compte tenu de l'évolution des salaires et du coût des services.

Le président du conseil départemental peut fixer un pourcentage supérieur en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant de l'amélioration des prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation.

Liens relatifs à cet article

Cite:

Code de l'action sociale et des familles - art. L313-1-2

Cité par:

Arrêté du 20 décembre 2007 - art. 1, v. init.
Arrêté du 18 décembre 2008 - art. 1 (V)
Arrêté du 18 décembre 2008, v. init.
Arrêté du 28 décembre 2009 - art. 1 (V)
Arrêté du 28 décembre 2009, v. init.
Arrêté du 24 décembre 2010 - art. 1 (V)
LOI n°2014-344 du 17 mars 2014 - art. 76, v. init.
DÉCRET n°2014-1280 du 23 octobre 2014 - art. (V)
Arrêté du 22 décembre 2015 - art. 1, v. init.
LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 59, v. init.
Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art. L511-7, v. init.
Code de l'action sociale et des familles - art. L347-2 (VD)
Code de la consommation - art. L141-1 (VT)
Code de la consommation - art. L511-7 (VD)

Chemin : **DOCUMENT 3**

Section 3 : Contrats ou conventions pluriannuels (extrait)

Article L313-11

Modifié par Ordonnance n°2005-1477 du 1 décembre 2005 - art. 7 JORF 2 décembre 2005

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en oeuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle prévue aux II et III de l'article L. 314-7.

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services.

Article L313-11-1

Créé par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 46

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 peuvent conclure avec le président du conseil départemental, dans les conditions prévues à l'article L. 313-11, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public. Le contrat précise notamment :

1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;

2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;

3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;

4° Les modalités de calcul de l'allocation et de la participation, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 232-4, des personnes utilisatrices et bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 ;

5° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;

6° Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés aux deux derniers alinéas de l'article L. 312-5 du présent code et par le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;

7° Les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;

8° Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;

9° La nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;

10° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;

11° Les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites.

Pour les services relevant du 1° du I de l'article L. 312-1 du présent code, les mentions prévues aux 4° et 6° du présent article ne sont pas applicables.

Article L313-12

Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 10

Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 58 (V)

I.-Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

I. bis.-(Abrogé)

I ter.-(Abrogé)

II.-Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret sont des petites unités de vie.

Ces établissements peuvent déroger, dans des conditions fixées par décret, aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du I de l'article L. 314-2.

III.-Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article.

Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.

L'exercice de leur mission de prévention donne lieu, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 du présent code ou le cas échéant au IV ter du présent article et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10, à une aide dite " forfait autonomie ", allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait.

Les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile. Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues avec, d'une part, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au I du présent article et, d'autre part, au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile.

Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.

Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont prises en compte ni pour déterminer les seuils mentionnés au même I, ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie mentionné au présent III.

IV.-Les établissements mentionnés au premier alinéa du III qui, d'une part, ne bénéficiaient pas au 1er janvier 2008 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dans une proportion inférieure aux seuils mentionnés au I conservent, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11 ou, le cas échéant, au IV ter du présent article et dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération de leurs personnels de soins salariés et des charges sociales et fiscales y afférentes, le montant des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2007. Ces forfaits sont revalorisés annuellement dans la limite du taux de reconduction des moyens retenu au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie applicable aux établissements mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1.

Ces dépenses font l'objet d'un compte d'emploi, dans des conditions prévues par décret.

Le III du présent article s'applique à ces établissements.

Chapitre I : Les différentes définitions du logement foyer

Le rapport Grunspan, publié en mai 2002 met en exergue dans son préambule le caractère hybride des logements foyers : « *Ils présentent une double particularité au sein des structures d'accueil pour personnes âgées, par leur vocation sociale et par les espaces d'autonomie qu'ils offrent à leurs résidents où ces derniers ont la possibilité de retrouver leurs meubles, reconstituer leur cadre de vie antérieur et préserver leur intimité. Par ailleurs relevant du secteur du logement social, ils constituent au niveau de l'Etat un champ de compétences commun aux ministères en charge du logement et des affaires sociales. D'une manière générale, leurs gestionnaires apparaissent soucieux de préserver la culture propre de ces établissements et de se « démarquer » dans une certaine mesure des maisons dites de retraite* ». Bien que le rapport Grunspan ait bientôt 10 ans, cette préservation d'une culture propre au logement foyer est toujours présente et revendiquée par les gestionnaires et notamment les CCAS.

Il existe trois définitions du logement foyer[1].

I.1. La définition historique du ministère du logement

« La première approche est liée étroitement au bâti et s'applique aux structures[2] ayant bénéficié pour leur construction de financements aidés du ministère du Logement.
Le montage logement foyer se définit comme un cadre réglementaire développé dans différents articles du code de la construction et de l'habitation (articles L.351-2 et R.351-55) :

- *technique (typologie du logement, locaux collectifs…),*
- *juridique (convention de location, éventuellement convention APL…),*
- *financier (aides à l'investissement, redevance plafond).*

Historiquement, elle recouvre aussi bien des structures de type appelé « foyer chambre » que « foyer résidence », des structures pour personnes âgées valides que des structures pour personnes âgées dépendantes (…) :

- *les « foyers chambres[3] » pour les personnes âgées qui, sans avoir de maladie, nécessitent des soins médicaux constants, ne peuvent plus ou ne veulent plus vivre dans un logement indépendant,*
- *les « foyers résidences » pour les personnes âgées capables de vivre de manière habituelle dans un logement indépendant mais ayant besoin occasionnellement d'être aidées.*

I.2. La définition courante

Le logement foyer pour personnes âgées, désigne communément une structure d'hébergement pour personnes âgées valides. Ce type de structure se distingue des autres établissements d'hébergement pour personnes âgées (maison de retraite, MAPAD, etc.). L'offre d'habitation est une offre de logements autonomes. Les locaux et prestations complémentaires se révèlent très variables. L'offre d'espaces collectifs peut être plus ou moins importante, la multiplicité de services également, notamment en termes de restauration et de présence de jour comme de nuit.

La définition du ministère en charge des Affaires sociales figurant au fichier FINESS relève de cette approche : « *Il s'agit d'un groupe de logements autonomes assortis d'équipements ou de services collectifs (restauration, blanchissage, salle de réunion, infirmerie, etc.) dont l'usage est facultatif. L'hébergement est à la charge des personnes âgées qui peuvent bénéficier de l'aide sociale et de l'allocation logement* ».

I.3. Une définition générale implicite

Les maisons de retraite non médicalisées et les logements foyers sont des établissements sociaux et médico-sociaux et relèvent à ce titre des dispositions de l'article L.312-1.I. 6° du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ils sont soumis à la loi du 2 janvier 2002 qui rénove le secteur social et médico-social avec notamment la mise en place d'un **projet d'établissement, d'une charte des droits et des libertés, d'un livret d'accueil,** etc.

1 - Extraits du rapport Grunspan.
2 - Non seulement les personnes âgées sont concernées par cette catégorie d'établissements, mais également les personnes handicapées et les jeunes travailleurs.
3 - Circulaire du 30/06/1966.

UNCCAS

Les logements foyers relèvent également de l'article L.633-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation (CCH) qui les définit comme suit : « *Un logement foyer [...] est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes, dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs, meublés ou non, et des espaces collectifs* » *(article L.633-1)*.

Par ailleurs, l'article 633-2 énonce que « *Toute personne logée à titre de résidence principale dans un établissement défini à l'article L.633-1 a droit à l'établissement d'un contrat écrit* ».
En outre, l'article L.633-2 précise le contenu du **contrat écrit.** « *Le contrat prévu à l'article L.633-2 précise le montant à acquitter pour le logement et les charges, celui des prestations obligatoires, lorsqu'elles existent, ainsi que le montant des prestations que l'établissement propose à titre facultatif. Il précise également les conditions d'admission dans l'établissement. Le règlement intérieur est annexé et paraphé par la personne logée ou son représentant* ».

L'article R.633-5 crée également **le Conseil de concertation** (appellation réservée aux logements foyers, aujourd'hui, le Conseil de la vie sociale).
Par ailleurs, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en plus d'imposer l'établissement d'un conseil de vie sociale, permet de donner les outils garantissant l'exercice effectif des droits des résidents à travers notamment le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement, la charte des droits et liberté, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge ainsi que par le biais du projet d'établissement ou de services.

Chapitre 2 : L'inscription du logement foyer dans une politique gérontologique en pleine évolution

L'augmentation du nombre de personnes âgées d'ici 2030 ne s'accompagnera pas d'une hausse du nombre de personnes âgées « dépendantes » dans des proportions aussi grandes car la vieillesse ne se résume pas à la dépendance et à la médicalisation.
Or, le choix de la personne âgée en perte d'autonomie et de sa famille est étroit compte tenu du peu d'alternatives existantes aujourd'hui entre le domicile et l'établissement médicalisé. Une véritable politique du logement intermédiaire est à développer, dont le logement foyer pour personnes âgées doit constituer un des axes.

2.1. La pertinence de l'offre logement foyer

L'UNCCAS n'oppose pas le domicile aux logements foyers. Les CCAS-CIAS gèrent d'ailleurs à la fois des services à domicile, des EHPAD et des logements foyers. L'UNCCAS considère cependant que, selon les territoires, les logements foyers constituent une réponse pertinente qui peut correspondre aux attentes de certaines personnes âgées. Il s'agit essentiellement de personnes ayant de faibles ressources et qui, se retrouvant seules, cherchent un lieu de vie sécurisant, à moindre coût en centre-ville ou centre-bourg.

C'est par exemple le cas de personnes âgées vivant dans des lotissements éloignés du centre et mals desservis par les transports en commun, de personnes vivant dans des logements devenus trop chers (près de 40 % des personnes âgées ne sont pas propriétaires en France) ou encore de cultivateurs à la retraite qui se trouvent très isolés dans leurs exploitations.

Notons que certains gestionnaires de logements foyers constatent depuis quelques an-

Partie 1 / Chapitre 2

nées une augmentation de la demande « sociale » de la part de nouveaux entrants :

- Personnes de plus de 60 ans présentant : un handicap psychique, un parcours en ESAT, des conduites addictives, un passage en CHRS.
- Travailleurs immigrés vieillissants…
- Ces situations, rencontrées principalement en milieu urbain, et parfois uniquement sur certains quartiers, exigent des moyens d'accompagnement supplémentaires que les CCAS ne peuvent pas toujours proposer.

Les logements foyers gérés par les CCAS ont dans une large mesure une vocation sociale et accueillent des personnes à revenus modestes, voir très modestes.

Créés dans les années 60, 70 et 80, les logements foyers constituaient une solution intéressante pour des personnes qui étaient confrontées aux difficultés d'accès au logement de l'époque. Les logements foyers sont aujourd'hui des structures accueillant des personnes âgées relativement autonomes mais qui peuvent avoir besoin occasionnellement d'être aidées.

Ils se caractérisent par cinq valeurs (Source : définition inspirée du rapport Grunspan de 2002).

1. **Un logement indépendant** (proposant tous les attributs du domicile), avec confort, adapté au vieillissement

Les logements foyers sont des logements permettant à des personnes âgées de vivre de façon autonome dans un logement indépendant : petites habitations, principalement des studios, F1 bis et 2 pièces (ou 3 pièces), équipés d'une salle d'eau et d'une kitchenette.

Les personnes résidentes ont la possibilité de retrouver leurs meubles, de reconstituer leur cadre de vie antérieur et de préserver leur intimité.

2. A vocation sociale

Relevant du secteur du logement social, les logements foyers dépendent à la fois du ministère en charge du Logement et du ministère des Affaires sociales.

Les tarifs appliqués sont globalement bas (redevance de 400 € à 600 € / mois).

3. **Procurant de la sécurisation** de jour comme de nuit

Toutefois, la présence continue d'un gardien – non obligatoire - n'est plus systématique aujourd'hui.

4. Assurant, au cas par cas, une **offre d'accompagnement** dans les gestes essentiels de la vie quotidienne et de soins, mais avec une liberté de choix

Les logements foyers peuvent comporter des locaux communs et proposer des services collectifs facultatifs : restauration, buanderie blanchissage, salon, infirmerie, animation, téléalarme, aide à domicile, SSIAD ou médecin libéral…

5. **Une aide à la lutte contre la solitude,** une ouverture sur la vie sociale (interne et externe) et un ancrage territorial

Vivre dans un logement foyer permet de vieillir et d'habiter dans son quartier ou son village en ayant la possibilité de garder un contact avec un environnement familier mais aussi avec l'extérieur.

Les logements foyers sont par ailleurs souvent implantés à proximité de moyens de transport et de centres d'activité : commerces, services publics, lieux de culte...

L'originalité des logements foyers réside dans leur mode d'accueil de personnes âgées dans des **conditions proches du domicile.**

(...)

4 - Source : Enquête EHPAD 2007, L'offre d'hébergement en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, Julie Prévot, Etudes et Résultats n°698, Drees, mai 2009.

5 - Source INSEE : 2 2002 213 personnes âgées de 85 ans et plus au 1er janvier 2011.

6 - Source Enquête EHPA2007 : 684 159 places en EHPA, EHPAD, USLD, hébergement temporaire et établissements d'hébergement expérimentaux pour personnes âgées.

UNCCAS

DOCUMENT 5

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE

Centre d'analyse stratégique

Février 2013
n°323
LA NOTE D'ANALYSE
Questions sociales

Vieillissement et espace urbain.
Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ? (extrait)

- Introduction et état des lieux

En 2035, les personnes ayant 60 ans ou plus devraient représenter 31 % de la population française et celles âgées de plus de 75 ans, 13,6 % (contre respectivement 21 % et 8,5 % en 2007). Que les aînés soient en bonne santé ou dépendants, ils préfèrent rester à leur domicile, ce qui nécessite des politiques de prévention et de soutien. L'adaptation de l'espace urbain, au-delà de celle du logement, est indispensable pour répondre à cet objectif.

Alors que les actions des municipalités sont nombreuses au niveau international, notamment dans le cadre de l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) "Villes-amies des aînés", l'analyse des bonnes pratiques en France et à l'international permet d'identifier les principales caractéristiques d'une ville adaptée à une population vieillissante. C'est idéalement une ville dense, qui réalise de multiples "micro-adaptations" pour assurer une libre circulation des usagers, qui incite les aînés à être en activité, à rester en bonne santé et à participer aux projets de transformation des villes. Cette note propose quelques pistes concrètes pour encourager les villes françaises à s'inscrire dans la démarche OMS et à relever le défi du vieillissement, participant ainsi au bien-être de tous. ■

PROPOSITIONS

1. Mettre en place au niveau des villes et des intercommunalités une démarche dynamique de "micro-adaptations" (voirie, transports, mobilier urbain, accessibilité et caractère accueillant des commerces et services).
2. Mobiliser les capacités de transport existantes (transports scolaires, taxis, etc.) afin de les mutualiser pour différents types de publics.
3. Promouvoir dans chaque ville un recensement des zones favorables au vieillissement. Concentrer dans ces zones les opérations d'adaptation des logements. Y inciter à la densification de l'habitat.
4. Soutenir la création d'une association des "villes françaises amies des aînés" – regroupant les villes déjà inscrites dans la démarche OMS et associant des représentants des usagers – capable de promouvoir cette démarche et d'offrir un soutien méthodologique aux nouvelles villes candidates.

LES ENJEUX

Alors que l'espérance de vie augmente, l'objectif est de vivre plus longtemps *en bonne santé.* Depuis les années 1990, les politiques nationales privilégient le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, répondant ainsi à leur préférence[1]. Cela impose d'importants efforts d'adaptation en termes de logement, désormais bien identifiés[2], mais également en termes d'espace urbain, jusqu'ici peu pris en considération.

Au niveau international, l'initiative de l'OMS "Villes-amies des aînés", lancée en 2007, encourage les initiatives prises par de nombreuses villes du monde. En France, suite à la loi de 2005 sur le handicap[3], le débat est longtemps resté marqué par la thématique de l'accessibilité. La question de l'adaptation de l'espace urbain au vieillissement émerge progressivement[4], notamment dans le cadre des travaux préparatoires à la future loi "autonomie[5]". En effet, l'enjeu de la prévention des pertes d'autonomie est majeur. L'espace urbain pourrait, à certaines conditions d'aménagement, mieux garantir un vieillissement en bonne santé.

Cherchant à repérer de bonnes pratiques, le Centre d'analyse stratégique a financé, *via* un appel d'offre, une étude réalisée par le pôle de recherche d'ICADE en 2012[6], qui vise à examiner les modalités d'adaptation au vieillissement dans plusieurs villes européennes et américaines.

La présente note, qui s'appuie partiellement sur cette étude, montre qu'une ville adaptée au vieillissement est une ville dense, qui développe une multitude de "micro-adaptations" et qui concourt à la mise en activité des seniors et des personnes âgées.
La participation des aînés est essentielle pour identifier les adaptations nécessaires. Rejoignant les principaux enjeux de la ville durable, ces transformations améliorent le bien-être de tous.
Il s'agit que les villes françaises se saisissent davantage de cette problématique, et notamment dans le cadre d'une plus forte implication dans la démarche OMS.

ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE

Des personnes âgées qui vieillissent là où elles ont vécu

Au début de la décennie 2000, les plus de 64 ans habitent pour près de 30 % dans les villes-centres, 40 % vivent dans les banlieues des pôles urbains ou les couronnes périurbaines et 25 % dans l'espace rural[7]. Cette situation a pour conséquence une prévalence importante de la maison individuelle. Ainsi, 60 % des ménages de plus de 80 ans habitent dans des pavillons, et plus de 70 % des ménages âgés de plus de 65 ans sont propriétaires de leur résidence principale contre un peu plus de 50 % en moyenne générale[8]. Les ménages retraités les plus aisés habitent plutôt dans de grandes zones urbaines, tandis que les retraités les plus modestes sont surreprésentés dans les espaces périurbains et ruraux.

Les seniors et les personnes âgées[9] vieillissent généralement sur leur lieu de résidence principale. Leur mobilité résidentielle est, en effet, extrêmement faible. Elle diminue entre 50 et 75 ans : seules 1,9 % des personnes de plus de 50 ans changent de domicile en France, dans une échelle européenne allant de 4,4 % pour le Danemark et la Suède à 0,3 % en Grèce[10].

(1) Cf. Gimbert V. et Malochet G. (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales*, rapport n° 39, Centre d analyse stratégique.

(2) Cf. Boulmier M. (2010), "Bien Vieillir à domicile : enjeux d'habitat, enjeux de territoires" ; Collombet C. (2010), "Habitat et urbanisme face au vieillissement", *in* Gimbert V. et Godot C., *Vivre ensemble plus longtemps*, rapport n° 28, Centre d'analyse stratégique ; Collombet C. (2011), "L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance", *La note d'analyse*, n° 245, Centre d'analyse stratégique, octobre.

(3) Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

(4) Par exemple : Viriot-Durandal J.-P., Pihet C. et Chapon P.-M. (dir.) (2012), *Les défis territoriaux face au vieillissement*, Paris, La Documentation française.

(5) Deux missions abordent en particulier ce sujet : l'une portant sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population (Luc Broussy), l'autre sur la prévention et l'adaptation au vieillissement dans d'autres pays (Martine Pinville).

(6) L'étude est consultable en ligne sur le site du CAS : ICADE (2012), *Adapter les villes au vieillissement : enjeux d'aménagement et de gouvernance*, rapport financé par le Centre d'analyse stratégique.

(7) INSEE (2005), *Les personnes âgées*. Et 5 % en communes multipolaires.

(8) INSEE (2005), *op. cit.*

(9) On désignera ici, conformément aux définitions qui avaient été retenues dans le rapport *Vivre ensemble plus longtemps*, les seniors comme l'ensemble des individus ayant entre 50 et 75 ans et les personnes âgées comme les plus de 75 ans.

(10) Résultats établis à partir de l'enquête SHARE. Laferrere A. et Angelini V. (2009), "La mobilité résidentielle des seniors en Europe", *Retraite et société*, n° 58.

Au-delà de 80 ans, les individus déménagent plus fréquemment, notamment vers des zones urbaines, quittant leur domicile à la **suite du décès du conjoint ou de la survenue d'une perte d'autonomie. Cette situation** ne concerne toutefois qu'une **minorité de personnes âgées :** aujourd'hui, seules 17 % des personnes de plus de 75 ans sont bénéficiaires de l'APA et l'âge d'entrée moyen en dépendance est de 83 ans[11]. Si les **femmes** survivent aux hommes, elles connaissent davantage d'années en mauvaise santé et de **problèmes de dépendance. Elles vieillissent plus souvent seules :** près d'une femme sur deux de plus de 75 ans vit seule (contre un homme sur cinq).

À l'horizon 2035, les plus de 75 ans devraient représenter 13,6 % de la population (contre 8,5 % en 2007)[12]. Le nombre de personnes dépendantes s'établirait à 1,55 million en 2035, contre 1,15 en 2007[13]. Vieillir à deux pourrait être un peu plus fréquent qu'aujourd'hui, tout comme les situations de couples doublement dépendants, même si cette configuration devrait rester très minoritaire[14].

La plupart des personnes âgées souhaitent vieillir chez elles, ce qui rend d'autant plus important le développement des politiques de prévention à domicile visant à retarder, voire à empêcher, l'entrée en dépendance. Ces politiques, nécessairement multidimensionnelles[15], doivent être axées sur le logement soit pour l'adapter, soit pour proposer des logements connectés à un ensemble de services[16]. Au-delà, pour que la personne âgée ne reste pas "prisonnière" de son logement adapté, il s'agit de **faire porter l'effort sur l'environnement et l'aménagement urbains.** Ceux-ci doivent permettre à la personne âgée d'être mobile et de participer à des activités sociales le plus longtemps possible. Idéalement, les aménagements devraient offrir de multiples services (commerces de proximité, activités de loisirs, services de soins, etc.) et en faciliter l'accès grâce à des systèmes de transport ou de voirie piétonne efficaces.

Un accès inégal aux services selon les territoires

L'accès aux services de proximité (commerces, services publics, pharmacie, services de soins) **est hétérogène selon les territoires, les zones urbaines étant mieux dotées que les zones périurbaines et rurales.** Au-delà des fortes différences régionales, la croissance du nombre de commerces de proximité[17] est particulièrement dynamique dans les communes de plus de 10 000 habitants. Les communes périurbaines sont proportionnellement moins bien dotées que les autres, notamment en termes de commerces non alimentaires, de services publics ou privés[18]. Quant aux communes rurales, plus de la moitié ne disposent d'aucun commerce de proximité.

L'accès aux soins, globalement satisfaisant dans les zones urbaines dynamiques, reste limité dans les régions rurales à faible densité de population (moindre accès aux soins de proximité, *i.e.* à un médecin généraliste et à la plupart des soins spécialisés)[19]. Dans les années à venir, ces inégalités devraient se renforcer du fait des difficultés de remplacement des médecins qui partent à la retraite et des fermetures probables des pharmacies avoisinantes[20].

Les inégalités d'accès sont parfois moins territoriales que liées à un état de santé individuel. Les personnes dites "dépendantes" (bénéficiaires de l'APA) ont souvent accès à des services spécifiques, déployés au niveau des départements et des communes (portage de repas par exemple). **Un des enjeux consiste donc à proposer des services pertinents pour les aînés qui ne sont pas encore dépendants,** en vue de prévenir une aggravation de leur état de santé.

Pour ce qui est des transports, les disparités géographiques sont importantes. **En zones périurbaines** et rurales, **les modes de vie sont très fortement dépendants de l'automobile** du fait de l'étalement urbain[21]. Si la grande majorité des aînés est motorisée – davantage que les précédentes générations[22]–, les difficultés appa-

(11) Debout C. (2010), "Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA", *Études et résultats*, n° 730, DREES, juin.
(12) Blanpain N. et Chardon O. (2010), "Projections de population à l'horizon 2060", *Insee Première*, n° 1320, octobre.
(13) Selon le scénario central de projection établi par Charpin J.-M. (2011), *Perspectives démographiques et financières de la dépendance*, rapport du groupe de travail n° 1, débat national sur la dépendance.
(14) Bonnet C., Cambois E., Cases C. et Gaymu J. (2011), "La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ?", *Population & Sociétés*, n° 483.
(15) Cf. Gimbert V. et Godot C. (2010), *Vivre ensemble plus longtemps*, rapport n° 28, Centre d'analyse stratégique, La Documentation française.
(16) Sur ce point, voir Colombet C. (2010), *op. cit.* ; Colombet C. (2011), *op. cit.*
(17) Solard G. (2010), "Le commerce de proximité", *INSEE première*, n° 1292.
(18) Potier F. (2007), *Le périurbain. Quelle connaissance ? Quelles approches ?*, rapport d'études CERTU pour le groupe Espaces sous influence urbaine, analyse bibliographique.
(19) Coldefy M., Com-Ruelle L. et Lucas-Gabrielli V. (2011), "Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine", *Questions d'économie de la santé*, n° 164.
(20) M. Bernier, (2008), *Rapport d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*, Assemblée nationale. Voir aussi les données de l'INSEE, par région.
(21) Centre d'analyse stratégique (2012), *Les nouvelles mobilités dans les territoires périurbains et ruraux*, Rapports & documents, n° 47.
(22) Pochet P. (2003), "Mobilité et accès à la voiture chez les personnes âgées : évolutions actuelles et enjeux", *Recherche, transports, sécurité*, n° 79, Laboratoire d'économie des transports, avril-juin.

raissent lorsque le recours à l'automobile n'est plus possible pour des raisons de santé. **Les transports en commun n'offrent alors pas de solution pertinente dans les territoires peu denses.** Les personnes âgées s'en remettent à la solidarité familiale ou au voisinage, si elles ont un réseau social suffisant[23]. **Les inégalités entre périurbains âgés – entre ceux qui ont accès à un transport collectif** (arrêt de bus à proximité par exemple) **et ceux qui en sont privés** et qui se retrouvent rapidement isolés socialement[24] – **sont ainsi très fortes.**

En zones urbaines, les réseaux de transports en commun sont plus développés et plus accessibles pour les personnes à mobilité réduite depuis la loi de 2005[25]. Cependant, l'application de cette loi reste lente en ce qui concerne l'accessibilité des bâtiments recevant du public. En 2013, seuls 15 % des bâtiments existants seraient conformes à la réglementation. Surtout, l'accessibilité reste pensée à travers l'unique prisme des personnes à mobilité réduite, ce qui ne correspond pas toujours aux besoins des personnes âgées.

Cependant, **inciter les personnes âgées à s'installer dans les centres-ville ne peut pas constituer une solution en soi.** D'une part, **les prix élevés des logements** y sont dissuasifs, surtout dans les grandes agglomérations : le surcoût foncier s'élève à 55 % pour un terrain situé dans une aire urbaine dense (plus de 500 hab/m²) par rapport à un terrain dans une aire urbaine deux fois moins dense ; à cela s'ajoute le surcoût de construction en zone dense[26]. D'autre part, **les disparités** en matière d'accès aux services peuvent être **très fortes entre quartiers** d'une même zone. Or, quand survient un début de perte d'autonomie, la personne âgée tend à restreindre son territoire de vie à l'échelle du **quartier**[27], qui devient le **secteur d'intervention pertinent** pour adapter l'environnement. Il s'agit plutôt de **renforcer l'accès aux services** dans les différents territoires, **en allant vers l'usager.**

Quelques initiatives récentes des villes

En France, le débat sur l'adaptation de la ville est fortement marqué par la notion d'accessibilité physique, en lien avec la loi de 2005 sur le handicap qui a prescrit l'accessibilité de la voirie, des transports et du cadre bâti.

Toutefois, de façon plus globale, en 2007, le plan "bien vieillir" (2007-2009) a notamment mis l'accent sur l'adaptation des villes au vieillissement, proposant la création d'un label fondée sur la démarche impulsée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (cf. encadré). D'un niveau d'exigence limité, ce label a été abandonné et **plusieurs villes françaises se sont directement inscrites dans le réseau "Villes et communautés amies des aînés", mis en place par l'OMS en 2010.** Ainsi, une dizaine de villes de tailles très variées (Dijon, Besançon, Lyon, puis Rennes, Nice, Lille, Angers, Quimper, Limonest[28], etc.) ont été certifiées membres du réseau, une fois réalisé leur audit urbain qui répertorie les points à améliorer pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Le programme OMS "Villes-amies des aînés"

En 2007, l'OMS a publié un *Guide mondial des villes-amies des aînés*, suivi en 2010 par la mise en place d'un réseau des "Villes et communautés amies des aînés".
Les villes, qui adhèrent à cette démarche sur la base du volontariat, réalisent un audit qui couvre huit thématiques : les espaces extérieurs et les bâtiments, les transports, le logement, la participation à la vie sociale, le respect et l'inclusion sociale, la participation citoyenne et l'emploi, la communication et l'information et, enfin, le soutien communautaire et les services de santé. À partir de cet audit, un plan d'action est réalisé et mis en œuvre, avec une évaluation prévue au bout de trois ans.
En 2012, le réseau OMS "Villes et communautés amies des aînés" rassemble plus d'une centaine de villes, réparties dans dix-huit pays à travers le monde[29].

(...)

(23) Mondou V. et Violier P. (2010), "Le vieillissement de la population périurbaine : quelles stratégies pour pallier la disparition d'une mobilité autonome ? Exemple d'une commune de taille moyenne, La Flèche", *Espace populations sociétés*, n° 1.

(24) Luxembourg N., Pinson D. et Thomann S. (2008), "Dépasser le tout-automobile en périurbain : mise en exergue des enjeux à partir de la situation des adolescents et des personnes âgées", *in* Clochard F., Rocci A. et Vincent S., *Automobilistes et altermobilités, quels changements ?*, Paris, L'Harmattan.

(25) Cf. Observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle (2012), *Rapport au Premier ministre*. Par exemple, plus de 8 bus sur 10 sont à plancher bas en 2010, contre 6 sur 10 en 2006. En revanche, seuls 57 % des bus comportent un espace destiné aux personnes circulant en fauteuil roulant.

(26) Combes P., Duranton G. et Gobillon L. (2011), "Le prix des terrains en France : la localisation, encore la localisation, toujours la localisation", *Le Point sur*, n° 74, Commissariat général au développement durable.

(27) Berger M., Rougé L., Thomann S. et Thouzellier C. (2010), "Vieillir en pavillon : mobilités et ancrages des personnes âgées dans les espaces périurbains d'aires métropolitaines (Toulouse, Paris, Marseille)", *Espace populations sociétés*, n° 1.

(28) Commune d'environ 3 000 habitants, près de Lyon.

(29) D'après : www.agefriendlyworld.org.

DOCUMENT 6

27 janvier 2016

LOI ASV : LOGEMENT-FOYER, NOUVELLEMENT DENOMME "RESIDENCE-AUTONOMIE", QUELS CHANGEMENTS ?

La loi d'adaptation de la société au vieillissement opère un changement de nom qui n'est pas un simple lifting, les résidences-autonomie sont appelées à jouer un rôle plus important dans la prévention de la perte d'autonomie. A ce jour, et bien que de nombreux décrets soient en attente de publication, l'UNCCAS vous propose un décryptage des différents changements qui impacteront les gestionnaires de logement(s)-foyer(s).

L'article 10 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement accorde une place particulière aux logements-foyers, nouvellement dénommés « résidences-autonomie ». Pour rappel, sont dénommées résidences-autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L.312 du code de l'action sociale et des familles et de l'article L.633 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes **dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés pour définir les EHPAD.** Nous sommes actuellement en attente du décret fixant les seuils de répartition entre EHPAD/résidences-autonomie, et notamment le pourcentage d'accueil de GIR 1 à 3 en résidence-autonomie. Il est à noter que la loi n'a pas pour vocation de médicaliser les structures.

Les résidences-autonomie proposent à leurs résidents **des prestations minimales**, individuelles ou collectives, qui concourent à **la prévention de la perte d'autonomie**, définies par décret. Les prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents. Les résidences-autonomie doivent se mettre en conformité au plus tard le **1er janvier 2021**. Nous attendons également le décret qui viendra parfaire la définition des prestations minimales, qui relèveront probablement de la sécurité, de l'animation, de la blanchisserie et de la restauration.

L'exercice de leur mission donne lieu, sous réserve de conclusion d'un CPOM, à une aide dite **« forfait autonomie »**, allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait. Les établissements disposant du **forfait de soins courants** voient leur forfait maintenu sous réserve de conclusion **d'un CPOM**. Les dépenses inhérentes au forfait font l'objet d'un compte d'emploi, dans des conditions prévues par décret. Une communication spécifique sera effectuée par l'UNCCAS dès la réception de plus amples informations à ce sujet.

Les résidences-autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile.

L'admission de GIR 4 peut être possible si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues avec d'une part un EHPAD et d'autre part au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un SSIAD, un SPASAD, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile. La DGCS est actuellement en cours de rédaction d'une convention type.

Par ailleurs, dans le cadre d'un **projet d'établissement à visée intergénérationnelle**, les résidences- autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret. Les places de l'établissement occupé par ces personnes ne sont pas prises en compte pour le calcul du forfait autonomie.

L'article 11 de la loi harmonise également la réglementation applicable au contrat liant le résident au gestionnaire et indique que la durée du contrat prévu **est celle du contrat de séjour**_en application des dispositions du code de l'action sociale et des familles. En outre, le règlement de fonctionnement tient lieu de règlement intérieur. La durée de votre contrat doit donc être à durée indéterminée. L'UNCCAS travaille actuellement à un contrat de séjour type vous permettant de prendre connaissance des principales dispositions à intégrer.

L'article 12 précise que la revalorisation de la redevance concerne également les établissements conventionnés au titre de l'APL et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour ce qui concerne les prestations qui ne sont pas prises en compte dans le calcul de la part de la redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables conformément aux conventions mentionnés à l'article L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation.

L'article 27 indique qu'il est conclu le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qu'il définit les mesures particulaires à prendre.

La personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un **droit de rétractation dans les 15 jours** qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse être opposé.

Par ailleurs, **la résiliation du contrat par le gestionnaire** de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants :

- En cas d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que

cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie ;

- En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;
- Dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adapté.

Et enfin, la durée du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement est prévu par décret. Elle ne peut être inférieure à la durée maximale du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat à la demande de la personne accueillie ou de son représentant légal.

Les autorisations des résidences-autonomie qui viennent à échéance avant la date butoir de la mise en place des prestations socles (soit au plus tard le 1er janvier 2021) sont prorogées jusqu'à deux ans après cette date. Ces établissements procèdent à l'évaluation externe au plus tard un an après l'échéance prévu à l'article L.312-8 du CASF. Cette évaluation porte notamment sur leur capacité à mettre en œuvre les prestations minimales. Au cours de cette durée, l'établissement communique les résultats d'une évaluation interne au sens de l'article L.318 du même code.

DOCUMENT 7

La Gazette santé-social – septembre 2013

Propos recueillis par Hélène Delmotte

PERSONNES ÂGÉES

Quel avenir pour les logements-foyers ?

Formule intermédiaire entre le domicile et l'Ehpad, les 2300 logements-foyers accueillent près de 116000 personnes, dont la moyenne d'âge est de 82 ans. Si tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de moderniser ces établissements, ne serait-ce que pour respecter une réglementation particulièrement lourde, les difficultés de financement sont manifestes. Pour reprendre les propos de la sénatrice (UMP) Catherine Deroche, publiés dans le *JO* du Sénat du 10 juillet, les logements-foyers ont été «oubliés pendant de nombreuses années par les politiques nationales». Dans l'attente des propositions des groupes de travail chargés d'examiner les évolutions souhaitables en matière de réglementation et de législation, de définition d'un nouveau modèle économique et d'accueil du public, *La Gazette Santé-Social* ouvre le débat. Comment les logements-foyers doivent-ils et peuvent-ils évoluer? Leur vocation sociale sera-t-elle préservée? En s'adressant à une clientèle plus aisée, les résidences services vont-elles transformer les logements-foyers en «ghettos de pauvres»?

***La Gazette Santé-Social* a réuni, le 18 juillet, François Georges, président d'Acapace-Les jardins d'Arcadie et président du Syndicat national des résidences avec services pour les aînés (SNRA), et Daniel Zielinski, délégué général de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas).**

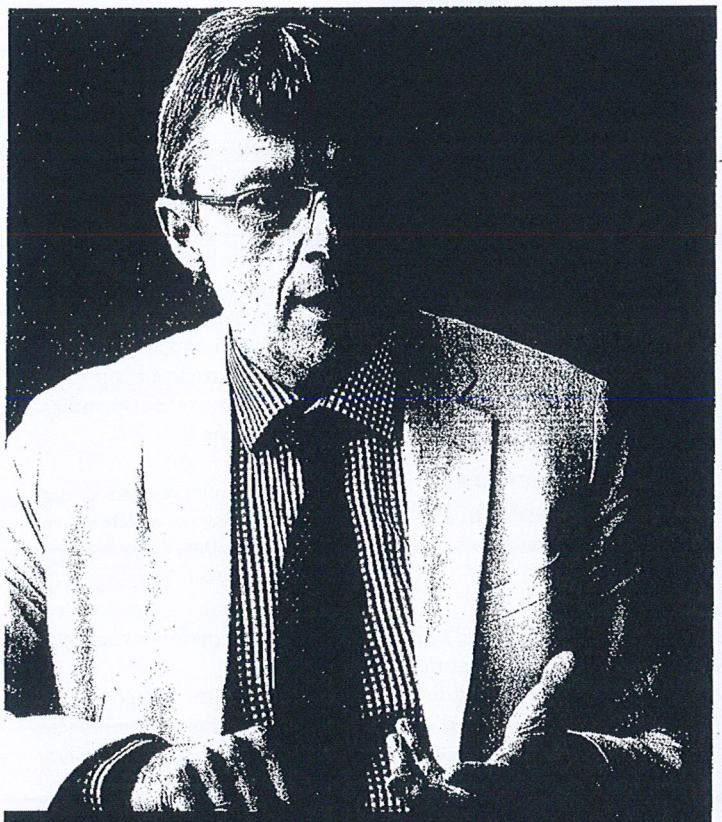
FRANÇOIS GEORGES
Président d'Acapace-Les jardins d'Arcadie et président du Syndicat national des résidences avec services pour les aînés (SNRA)

DANIEL ZIELINSKI
Délégué général de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas)

François Georges, parmi les solutions en matière d'hébergement intermédiaire, vous citez les logements-foyers, «à condition qu'ils soient rénovés et aient réalisé leur révolution culturelle». Qu'entendez-vous par là?

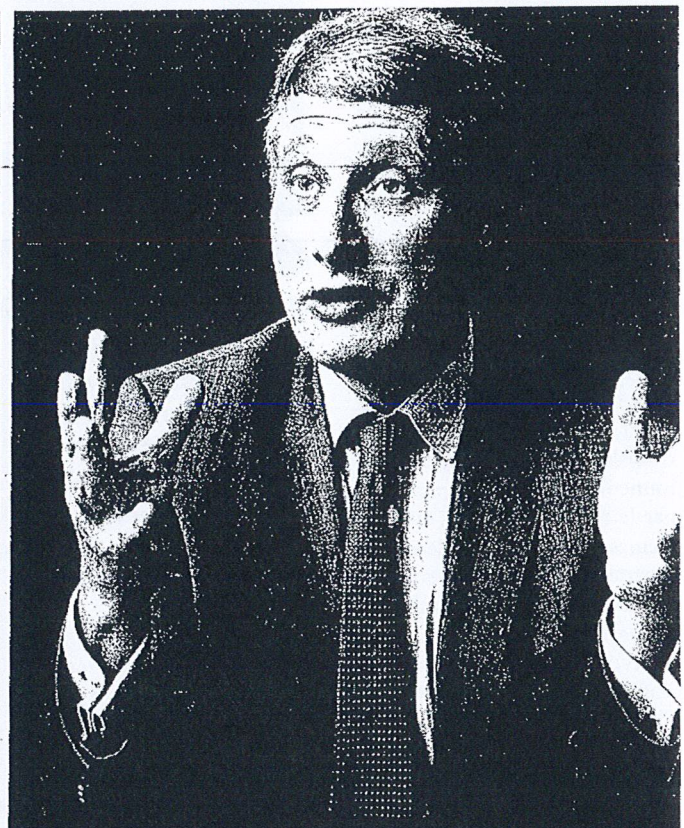
François Georges: Les personnes âgées choisissent les foyers-logements pour cinq raisons: rompre la solitude; se rapprocher d'un centre-ville; quitter un domicile inadapté; trouver des services à la carte; enfin, bénéficier de la sécurité physique et paramédicale. Or compte tenu de la capacité moyenne des foyers-logements – seulement 52 unités d'hébergement – et de leurs contraintes financières, nombre d'entre eux n'offrent pas suffisamment de services à la carte et n'assurent pas une présence 24 heures sur 24. De plus, les contraintes réglementaires fixées pour leurs appartements sont excessives: par exemple, un deux-pièces doit avoir une superficie de 46 m², alors que dans le secteur privé, on se contente parfois de 42 m². Enfin, la tarification est inadaptée: l'échelle des loyers doit être plus progressive et en rapport avec les ressources des locataires. Les personnes âgées n'ont pas besoin d'un reste à vivre aussi important qu'une famille avec enfants. Certaines pourraient payer des loyers supérieurs, ce qui permettrait de baisser les redevances des plus nécessiteuses et d'offrir davantage de services.

Daniel Zielinski: Les logements-foyers sont nés de la loi de rénovation de l'habitat de 1957. Pour l'époque, c'était une vraie révolution culturelle! Il est évident que le modèle de 1960 est dépassé, car les besoins ont évolué: les personnes âgées souhaitent bénéficier de la proximité d'un centre-ville, de services, etc. Aujourd'hui, les centres communaux d'action sociale (CCAS) gèrent au moins 50% des logements-foyers, soit 1200 structures. Cela donne une idée de l'ampleur du parc à réhabiliter. Et nous nous sommes sentis bien seuls pour le faire: les gouvernements ont fait peu de cas des logements-foyers, jusqu'à une période récente; et les bailleurs sociaux, souvent propriétaires de ces structures, n'ont pas forcément versé les provisions dues pour grosses réparations. Toutefois, 80% des logements-foyers ont été modernisés; et les deux tiers, complètement réhabilités. Par ailleurs, la vocation première de ce type de structure est sociale, ce qui amène effectivement des tiraillements budgétaires. Les logements-foyers publics apportent une autre valeur ajoutée: ils sont présents dans des zones où il n'existe aucune autre offre d'hébergement. En milieu rural, heureusement que les CCAS sont là, par le biais des logements-foyers ou des maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (Marpa)! Nous avons commencé à mutualiser les moyens généraux, avec nos partenaires associatifs et nos autres établissements sociaux et médico-sociaux, tels les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ou les accueils temporaires. Plusieurs types d'accueil peuvent également être mutualisés: une unité Alzheimer et un logement-foyer peuvent coexister à deux niveaux d'un bâtiment, et proposer des animations communes, comme à Clermont-Ferrand. En somme, nous répondons aux besoins sociaux des personnes âgées, là où elles se trouvent, avec l'objectif de préserver la mixité sociale.



DANIEL ZIELINSKI

« Je n'imagine pas que l'on propose des services en fonction du prix payé, comme le pratique parfois le secteur privé. »



FRANÇOIS GEORGES

« Oui, nous récupérons la clientèle des foyers-logements, parce que nous répondons mieux à ses aspirations. »

PHOTOS : V. VINCENZO

Les résidences services pour seniors partagent-elles cette vocation sociale?

F. G. : Quatre-vingt-dix pour cent des personnes âgées sont éligibles au logement social. Mais, parmi elles, 40 % disposent de ressources suffisantes pour choisir un logement dans le secteur privé… En revanche, il existe très peu de solutions pour celles qui perçoivent le minimum vieillesse. Aujourd'hui, les financements prévus pour le logement social des personnes âgées sont exclusivement le prêt locatif social (PLS) et le prêt locatif à usage social (Plus). Pourtant, certains acteurs privés se soucient de la mixité sociale. A Versailles, la société que je préside a repris un foyer-logement qui comptait 50 appartements. La structure était vieillissante et très déficitaire pour le CCAS. Nous l'avons complètement rénovée et y avons adjoint une résidence services de 50 appartements, en créant des espaces publics communs aux deux entités. A l'issue de cette opération, l'ensemble atteindra 100 logements, une taille critique permettant d'offrir les services attendus par les résidents. Nous espérons ouvrir une deuxième résidence « mixte » à Mons-en-Barœul (Nord). La mixité sociale existera, si, aux côtés des foyers-logements, nous créons des résidences services en secteur libre, ces dernières finançant partiellement le social. Rien ne nous interdit d'ailleurs de gérer des foyers-logements, même si l'accès au financement est aujourd'hui plus complexe pour les acteurs privés.

D. Z. : Certes, une offre élargie est nécessaire, mais encore faut-il que tous les publics aient réellement le choix. Prenons par exemple les tarifs pour un T1 bis: en logement-foyer, le loyer s'élève à 600 euros mensuels, en moyenne; en résidence services, il démarre à 919 euros. Par ailleurs, nous constatons l'arrivée de trois nouveaux publics, dont personne ne veut, et auxquels une réponse doit néanmoins être apportée: les personnes handicapées vieillissantes, les sans domicile fixe et des personnes désocialisées. Autre phénomène: des locataires disposant d'un peu plus de moyens quittent des logements-foyers pour rejoindre des résidences services dans des quartiers moins bruyants et plus chics. Ces personnes ne sont pas majoritaires, mais nous veillons à ce que la mixité sociale soit préservée, pour éviter que ne se développent des ghettos de pauvres.

F. G. : Dans une structure financée par un PLS, une personne seule peut accéder à un foyer-logement, si ses ressources ne dépassent pas 2 600 euros mensuels. Il n'est pas logique qu'elle paie 600 euros pour un T1 bis! Les règles tarifaires ne sont plus adaptées. Oui, nous récupérons la clientèle des foyers-logements, parce que nous répondons mieux à ses aspirations en matière de localisation, de services et de qualité du parc immobilier.

D. Z. : Je n'imagine pas que l'on propose des services en fonction du prix payé, comme le pratique parfois le secteur privé. Nous avons effectivement des contraintes; nous dépendons de deux Codes, celui de l'action sociale et des familles et celui de la construction et de l'habitation. Tous les services que nous proposons sont autorisés et agréés. Nous devons respecter des règles strictes en matière de sécurité incendie, par exemple. En outre, le GIR moyen

600 euros
DE LOYER MENSUEL, EN MOYENNE,
sont exigés pour un logement-foyer T1 bis (34 m²), en 2012

64 650
PLACES AUTORISÉES
sont gérées par les CCAS et les CIAS et accueillent près de 58 800 locataires, en 2012

20 000
LOGEMENTS
étaient exploités en résidences services pour seniors, fin 2012

Sources: « Les logements-foyers gérés par les CCAS et CIAS », Uncas, octobre 2012; « Le marché des résidences seniors », Xerfi-Precepta, avril 2013

pondéré (GMP) [le niveau de dépendance moyen des locataires, ndlr] ne doit pas dépasser 300, car au-delà, ou au-delà de 10 % de locataires relevant des GIR 1 et 2 (1), nous devons exclure les personnes trop dépendantes. Cette situation est kafkaïenne. Nous aurions effectivement besoin de souplesse en tant que gestionnaires.

F. G. : Notre société a repris deux foyers-logements relevant de conseils généraux distincts. Les deux immeubles avaient été construits par le même architecte, avec les mêmes plans. Pour l'un, le service départemental d'incendie et de secours (Sdis) nous a demandé des aménagements raisonnables ; pour l'autre, il nous a imposé des travaux d'un coût cinq fois supérieur. Il a fallu obtempérer. La réglementation du secteur médico-social est très contraignante…

D. Z. : Nous travaillons constamment sur la qualité des services. A Lomme (Nord) par exemple, le CCAS propose des repas individualisés aux résidents du logement-foyer. De la même manière, l'animation ne se limite pas à un loto une fois par mois ! Nous mettons en place des ateliers sur la mémoire et de prévention. Le déficit financier me préoccupe moins que la qualité du parcours gérontologique. Les CCAS œuvrent de manière interstitielle : ils comblent les manques. Cette mission de coordination, certes imposée par la loi, représente un vrai levier de développement local. A Marcq-en-Barœul (Nord), le parcours gérontologique repose sur la recherche d'une coordination des secteurs public, privé et privé non lucratif. Cette complémentarité au profit des usagers est assurée par le service public, qui se soucie aussi des personnes en situation de grande précarité.

« Nombre d'acteurs glorifient la Silver Economy, mais à qui s'adresse-t-elle et comment va-t-elle se développer? »

DANIEL ZIELINSKI

« Notre offre correspond à un besoin sociétal. Les personnes âgées se retrouvent très souvent isolées. »

FRANÇOIS GEORGES

F. G. : Je ne peux être que d'accord. La première maladie, avant même la dépendance, est la solitude, laquelle va accélérer la perte d'autonomie. Nous avons besoin de solutions de logement intermédiaire : résidences services, béguinages, foyers-logements… Mais si les schémas gérontologiques départementaux programment tous la création d'Ehpad, peu prévoient des foyers-logements ! Cela étant, ni ces derniers ni les résidences services ne peuvent, seuls, apporter une réponse à l'hébergement des personnes âgées. Nous nous préoccupons ainsi de nouer des partenariats avec les Ehpad, en cas de dégradation de la santé de nos résidents. Le secteur privé est également capable de répondre à de nouveaux enjeux : à Lyon, notre résidence de 130 logements accueille 15 personnes venant d'un centre psychiatrique, aux termes d'un accord avec le conseil général, qui participe à la prise en charge de ces personnes handicapées vieillissantes.

Aujourd'hui, 400 résidences services pour seniors existent, regroupant 45 000 résidents avec une progression envisagée de 50 % dans les deux années à venir. Comment percevez-vous cette évolution ?

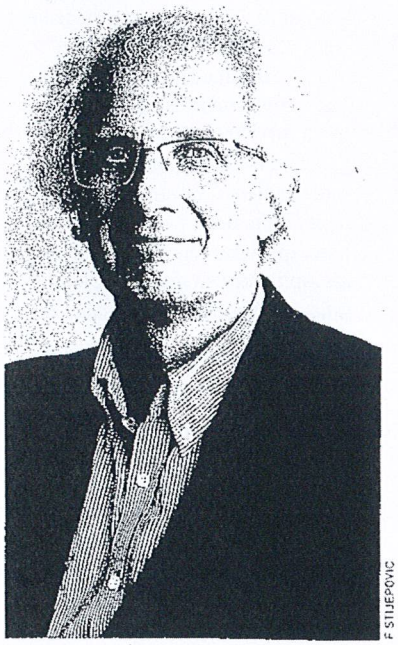
F. G. : Notre offre correspond à un besoin sociétal. Les personnes âgées se retrouvent très souvent isolées. Pour nombre d'entre elles, leur domicile « historique » n'est plus adapté, du fait de la désertification de certains territoires, de l'impossibilité d'aménager certains logements, ou de la recherche de convivialité. Mais les ressources des personnes âgées vont aller en diminuant : le foyer-logement reste d'actualité pour compléter l'offre locative.

D. Z. : La marchandisation du secteur me préoccupe. Le projet de loi « consommation » transfère le contrôle des droits des usagers du secteur médico-social aux directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). Nos usagers seront considérés comme des clients. De la même manière, nombre d'acteurs glorifient la *Silver Economy* (2), mais à qui s'adresse-t-elle et comment se développera-t-elle ? Pendant ce temps, nous attendons toujours la loi d'adaptation de la société au vieillissement…

F. G. : La démarche de la *Silver Economy* est intéressante, à condition d'y associer tous les acteurs. Cette filière génèrera de nombreux emplois. ■

(1) Les groupes isoressources 1 et 2 (soit les GIR 1 et 2) regroupent les personnes les moins autonomes.
(2) Filière lancée le 24 avril par les ministres délégués Arnaud Montebourg et Michèle Delaunay, qui regroupe « toutes les entreprises agissant pour et/ou avec les personnes âgées ».

RÉACTION



F. STIJEPOVIC

Alain Villez, conseiller technique à l'Uniopss responsable du secteur « personnes âgées » et président de l'Association du réseau de consultants en gérontologie

« Ne créons pas deux modes de régulation distincts »

« Nous nous félicitons que le dossier ressorte et qu'un groupe de travail soit de nouveau réuni sur le sujet. Les solutions qui se dessinent semblent aller dans le sens d'une meilleure reconnaissance de la spécificité des logements-foyers : leur capacité à accueillir des personnes âgées désireuses de continuer à vivre de manière autonome dans un lieu de vie collectif permettant l'accès aux services dont elles ont besoin. En revanche, nous nous inquiétons des mesures envisagées pour faciliter le développement des résidences services locatives : celles-ci pourraient être dispensées de la procédure d'autorisation, au seul motif qu'elles n'émargent ni aux financements du logement social ni à ceux de l'aide sociale et de la Sécurité sociale. Ne créons pas deux modes de régulation distincts en fonction de la catégorie sociale des résidents, comme cela a été fait pour les services à la personne avec la loi "Borloo". »

DOCUMENT 8

LA LOI RELATIVE À L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT DOSSIER PRESSE • JANVIER 2016

(extrait)

ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES DANS LEUR PARCOURS DE VIE

Cette loi met en avant l'anticipation du vieillissement de la société dans les politiques publiques. Il s'agira de préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées en leur apportant tout le soutien possible. La revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est l'une des mesures phares qui démontre la volonté gouvernementale de répondre à l'une des principales préoccupations des personnes âgées : celle de vieillir chez elles, dans de bonnes conditions et avec un accompagnement adapté à leurs besoins.

VIEILLIR CHEZ SOI GRÂCE À LA REVALORISATION DE L'APA À DOMICILE

Engager un véritable acte II de l'APA à domicile

- Augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile pour les âgés qui en ont le plus besoin.
- Réduire le niveau de participation financière (le « ticket modérateur »).
- Exonérer de toute participation financière l'ensemble des bénéficiaires de l'ASPA (minimum vieillesse).

La quasi-totalité des bénéficiaires de l'APA à domicile (600 000 personnes) profiteront d'une baisse substantielle de leur reste à charge.

Par exemple, pour une personne en GIR 1 disposant de 1 500 euros de revenus mensuels, le reste à charge passera de 400 à 250 euros, soit une économie de 1 800 euros par an.

Revalorisation de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Acte I de l'APA à domicile)

Les personnes fragilisées avec un plan d'aide actuellement au plafond bénéficieront du déplafonnement de cette aide :

pour les personnes avec une perte d'autonomie réduite
1 HEURE d'aide à domicile
supplémentaire par semaine

pour les personnes les plus dépendantes
avec un plan d'aide actuellement au plafond
1 HEURE d'aide à domicile
supplémentaire par jour

Développer le logement intermédiaire : les logements foyers ou les « résidences autonomie »

Deux actions majeures qui repositionnent ces établissements comme acteurs essentiels de la prévention de la perte d'autonomie.

Un forfait autonomie

- Le forfait autonomie permet de renforcer la mission de prévention des résidences autonomie. Les prestations socles attendues dans ces structures seront fixées par décrets (restauration, blanchisserie, prévention...).
- Le forfait autonomie est destiné à financer des dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents grâce à des actions collectives (relatives à la nutrition, la mémoire, le lien social...). Ces actions pourront être proposées à l'ensemble des séniors du territoire. Il permettra de recourir à des professionnels formés à l'accompagnement de publics fragiles. 40 millions d'euros sont prévus chaque année pour ce forfait.

Une aide à l'investissement pour les travaux de modernisation des résidences autonomie

- D'importants travaux de réhabilitation sont nécessaires dans certaines résidences autonomie. Une aide financière pourra être apportée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en lien avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Cette aide permettra aux résidences d'engager des travaux en baissant le montant de l'emprunt et en minimisant l'impact sur le montant des redevances des résidents. Cet investissement inédit de l'État sera d'un montant de 40 millions d'euros. Il viendra en complément des 10 millions déjà dégagés à cet effet en 2014.

Quelques chiffres

90 % des Français sont prêts à adapter leur domicile si leur état de santé se dégrade.

Aujourd'hui,
6 % seulement des logements sont adaptés à la vie quotidienne de personnes en perte d'autonomie.

450 000 chutes ont lieu chaque année, dont
62 % à domicile, entraînant
9 000 décès par an.

FAIRE DU DOMICILE UN ATOUT DE PRÉVENTION

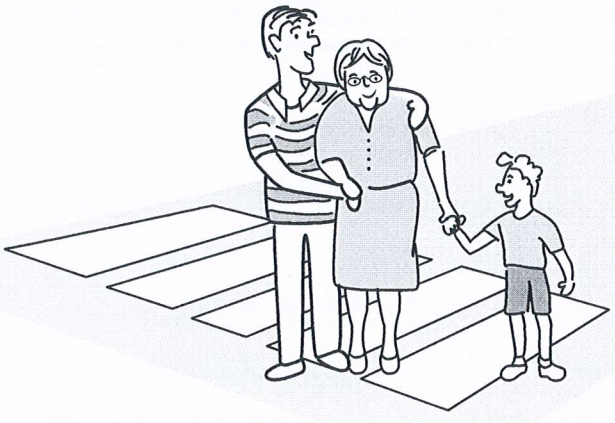
- Faciliter l'accès aux nouvelles technologies (télé-assistance, domotique) pour les personnes âgées aux revenus modestes.

ADAPTER LES LOGEMENTS AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT

- Finaliser le Plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie. 80 000 logements privés seront rénovés d'ici à 2017 avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH).
- Dès 2015, 20 millions d'euros ont été attribués à l'ANAH dans le cadre du plan national d'adaptation des logements à la perte d'autonomie.
- **Le microcrédit :** un dispositif qui s'adresse à celles et ceux qui n'ont pas accès à un crédit bancaire classique, et dont le coût des travaux n'est pas entièrement pris en charge par l'ANAH et la CNAV.

DONNER AUX PERSONNES ÂGÉES LE CHOIX DU MODÈLE D'HABITAT QUI LEUR CONVIENT

- Développer l'offre d'habitat intermédiaire ou regroupé.
- Moderniser les logements foyers, désormais appelés « résidences autonomie » grâce à :
  - > la création d'un « forfait autonomie » pour financer des actions de prévention ou d'animation ;
  - > un plan d'aide à l'investissement pour les résidences autonomie.
- Sécuriser le modèle des résidences services en distinguant la gestion des copropriétés de celle des services individuels, dont le paiement sera désormais conditionné à leur utilisation pour les nouvelles structures.



DOCUMENT 9

Linda Daovannary – TSA quotidien – 23 octobre 2013

- Personnes âgées

Emplacement et réputation : critères déterminants pour choisir un Ehpa

Sur quels critères les personnes âgées et leur entourage choisissent-ils une maison de retraite ? L'adaptation à l'état de santé, le coût ou encore le délai d'attente arrivent loin derrière les critères de situation géographique ou de bonne réputation de l'établissement.

Fin 2007, près de 660 000 personnes vivaient dans les 10 300 établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) que compte la France : maisons de retraite, Ehpad, unités de soins de longue durée, logements-foyers principalement. Les évolutions au cours de la période récente induisent un besoin d'observation sur les conditions de vie en Ehpa : comment les résidents perçoivent-ils les soins et les attentions du personnel à leur égard ? Comment s'est déroulée leur entrée en institution ? Se sont-ils fait des connaissances ? Plus globalement, les résidents sont-ils satisfaits de leur vie en établissement ? C'est à ces questions que tente de répondre l'étude menée par la Drees en 2007.

Une entrée en Ehpa parfois précipitée

L'entrée en établissement - qui intervient généralement le plus tard possible, au moment où l'état de santé ou l'âge peuvent le justifier - est un choix relativement contraint, ce que corroborent les proches des résidents interrogés : 83 % citent l'état de santé du résident comme motif d'entrée, 39 % son sentiment de solitude, 49 % le fait que ses proches ne pouvaient plus l'aider. D'ailleurs, quatre résidents sur dix déclarent que leur entrée dans l'établissement s'est faite dans la précipitation. Conséquemment, une proportion importante signale ne pas avoir été préparée, bien avant, à une éventuelle entrée en institution (visites d'établissement, échanges avec la famille, prises de dispositions particulières...) : 58 % des résidents expriment ce sentiment, et 80 % de ceux qui ont déclaré être entrés dans la précipitation.

Le coût n'est pas un critère de sélection déterminant

Malgré l'importance de l'état de santé du résident, l'adaptation de l'établissement à cet aspect n'est citée que par 8 % des usagers et 12 % des proches comme critère de sélection. Vient tout d'abord la situation géographique : 48 % des résidents ont cité cette réponse, et 70 % des proches. Second critère : la bonne réputation de l'établissement cité par 33 % des personnes âgées et 35 % des proches. Le délai d'attente (respectivement 7 % et 16 %) et le coût (3 % et 13 %) arrivent très en retrait par rapport aux deux premiers critères de choix.

Les gestionnaires ont leur mot à dire

Le choix de l'établissement peut aussi être contraint par le fait que les établissements

eux-mêmes peuvent refuser l'entrée à certaines personnes âgées. Ainsi, 78 % des résidents seulement vivent dans un établissement pouvant accueillir les personnes à mobilité réduite, 65 % dans un établissement permettant l'accueil de personnes confinées au lit ou au fauteuil, 67 % dans un établissement acceptant les personnes souffrant de troubles du comportement, et 53 % dans un établissement prenant en charge les personnes déambulantes. D'autres raisons de refus peuvent être avancées par les gestionnaires, telles que l'alcoolisme, mais aussi la motivation de la personne à entrer en établissement, sa situation géographique ou sa solvabilité financière.

Un certain bien-être

86 % des résidents en maison de retraite et Ehpad depuis plus de 6 mois déclarent y vivre très bien ou plutôt bien. Au-delà du fonctionnement classique des établissements, la plupart des maisons de retraite, Ehpad et USLD ont également développé des protocoles spécifiques de suivi de certains événements (chutes, escarres, dénutrition...).
Concernant leurs relations sociales, la majorité des personnes âgées reçoivent des visites de leurs proches, peuvent téléphoner librement, nouent des relations avec d'autres résidents. Le moment des repas est aussi particulièrement attendu. En revanche, le fait de ne pouvoir sortir ou sortir plus souvent est une des principales sources d'insatisfaction exprimée.

Par Linda Daovannary

DOCUMENT 10

http://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-cnsa-verse-trois-nouveaux-concours-aux-departements

La CNSA verse trois nouveaux concours aux départements

Publié le : 04 mars 2016-Mis à jour le : 18 mars 2016

Avec la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, la CNSA verse trois nouveaux concours financiers aux départements : le concours correspondant au forfait autonomie pour renforcer les missions de prévention des résidences autonomie, et le concours correspondant aux autres actions de prévention pour soutenir les programmes des conférences des financeurs. La Caisse augmente également le montant de sa participation aux dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie avec la création d'une seconde part du concours allocation personnalisée d'autonomie (APA).

La loi d'adaptation de la société au vieillissement contient des mesures concrètes visant à améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches pour qu'elles puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions : amélioration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, reconnaissance et soutien aux proches aidants à travers le droit au répit, nouvelles aides pour améliorer la prévention de la perte d'autonomie et l'accès aux aides techniques.
Ces mesures, qui entrent en vigueur le 1er mars 2016 avec la parution de trois décrets d'application le 26 février dernier, engendrent des dépenses supplémentaires pour les départements. La CNSA contribuera à leur financement en leur versant de nouveaux concours à la hauteur des dépenses engagées pour ce qui concerne la réforme de l'APA, grâce aux recettes de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie.

Points clés des décrets

Le décret n° 2016-210 du 26 février 2016 relatif à la revalorisation et à l'amélioration de l'allocation personnalisée d'autonomie prévoit notamment une augmentation des plafonds de l'APA de 100, 150, 250 et 400 € pour les personnes en fonction de leur degré de dépendance et permet de dépasser ces plafonds pour financer, d'une part, des solutions de répit pour les proches aidants, d'autre part, des solutions de relais de l'aidant hospitalisé. Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires de l'APA, il réforme le barème de participation financière des bénéficiaires.

Le décret n° 2016-209 du 26 février 2016 relatif à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées définit la procédure d'élaboration et d'adoption du programme coordonné ainsi que le contenu du programme, le public visé, les conditions de ressources et les modalités de participation des bénéficiaires des aides allouées dans le cadre de la conférence.

Le décret n° 2016-212 du 26 février 2016 relatif à certains concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixe les modalités de calcul et d'attribution des nouveaux concours versés aux départements.

Le concours APA

Le concours APA de la CNSA est désormais divisé en deux parts. La première part correspond au concours antérieur à la loi. Elle reste inchangée ; ses modalités de calcul également. Elle compense partiellement les dépenses d'APA à domicile et en établissement. En 2016, ce concours est estimé à 1,799 milliard d'euros.
La deuxième part compense les charges nouvelles résultant de la revalorisation des plafonds de l'APA à domicile, de la diminution de la participation financière des bénéficiaires de l'APA à domicile dont le plan d'aide est important, du droit au répit des aidants et du relais en cas d'hospitalisation, ainsi que de la revalorisation des salaires des professionnels de la branche aide à domicile en 2014. Pour 2016, le montant prévisionnel de la seconde part du concours est fixé à 306,65 millions d'euros. Elle est répartie entre les départements en fonction d'une clef de répartition fixée en annexe 2 du décret n°2016-212 du 26 février 2016, et donnera lieu au versement d'acomptes mensuels à compter d'avril.

Les concours au titre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Le concours « autres actions de prévention »

Les départements bénéficieront également d'un concours intitulé « autres actions de prévention ». Il permettra de soutenir les programmes des conférences des financeurs portant sur l'amélioration de l'accès aux aides techniques individuelles, le développement d'autres actions collectives de prévention et le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Là encore, il s'agit de préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées et de leur permettre de vieillir chez elle grâce à un accompagnement adapté.

Le concours forfait autonomie

La loi entend développer les activités de prévention de la perte d'autonomie des résidences autonomie. Elle complète en outre leur mission de prévention en leur demandant de proposer un minimum de prestations individuelles ou collectives aux résidents : blanchisserie, restauration, dispositif de sécurité, actions de prévention de la perte d'autonomie, animation de la vie sociale... Pour appuyer le développement de la prévention, les résidences autonomie recevront une aide modulable dite « forfait autonomie ». Cette aide est gérée par le département et financée au moyen du concours « forfait autonomie » qu'il reçoit de la CNSA. Elle sera versée sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) permettant notamment de définir les engagements de l'établissement à assurer les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie.
Les montants des deux concours seront fixés annuellement par arrêté.

Legifrance.gouv.fr
LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

JORF n°0084 du 9 avril 2016
texte n° 15

Arrêté du 5 avril 2016 fixant le montant des concours alloués aux départements au titre de la conférence des financeurs pour 2016, pris en application du a du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles

NOR: AFSA1532439A
ELI: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/4/5/AFSA1532439A/jo/texte

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L. 14-10-5, L. 14-10-10 et R. 14-10-42-1 à R. 14-10-42-6 ;
Vu la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment ses articles 5 et 49 ;
Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 7 janvier 2016,
Arrêtent :

Article 1

Le montant du concours alloué au titre des aides techniques individuelles, des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins mentionnés à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, et des autres actions collectives de prévention, mentionné au a du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, est fixé pour l'année 2016 à 102 millions d'euros.

Article 2

Le montant du concours alloué au titre du forfait autonomie mentionné au a du V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est fixé pour l'année 2016 à 25 millions d'euros.

Article 3

Le directeur général de la cohésion sociale, le directeur de la sécurité sociale et le directeur du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 5 avril 2016.

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol Touraine

Le ministre des finances et des comptes publics,

Michel Sapin

Le secrétaire d'Etat chargé du budget,

Christian Eckert

DOCUMENT 12

10 CONSEILS : MIEUX ADAPTER L'HABITAT AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES (extraits), Pierre-Marie Chapon (chargé de recherche Icade) – *Le Courrier des maires,* 13 juillet 2012

Actualité France logement

En recourant intelligemment aux documents d'urbanisme et en anticipant les évolutions démographiques, les maires peuvent aider leurs administrés à vieillir dignement. Voici, pour les aider, les dix conseils de Pierre-Marie Chapon, chargé de recherche Icade, membre de l'association Urbanistes des territoires.

[...]

3. Utiliser le programme local de l'habitat

Le programme local de l'habitat (PLH) permet de mettre en cohérence les différentes offres d'hébergement, d'accueil et de services et favorise l'innovation. Il donne la possibilité de programmer une répartition équilibrée de logements entre les quartiers. Les collectivités concernées devraient y développer un volet «vieillissement de la population» et les plus petites communes mettre en place un plan d'actions selon le même modèle. Le logement n'est pas le seul élément à prendre en compte par un PLH. Il doit également aborder la question de la complémentarité de l'offre - Ehpad, résidences seniors, foyers logements... - ainsi que celle de l'accès aux services. Outre l'accessibilité physique, les questions psychologiques (peur de sortir de chez soi), sociales et économiques sont également importantes. Il conviendrait d'associer à l'élaboration des PLH des psychologues et sociologues, sans oublier les personnes âgées elles-mêmes. Les schémas de cohérence territoriale (Scot) devraient aussi aborder la problématique du vieillissement et des personnes peu mobiles avec un volet sur les personnes âgées.

4. Penser au plan local d'urbanisme

Une enquête de la Fédération nationale des agences d'urbanisme (Fnau) montre que le vieillissement est bien abordé lors du diagnostic général de la commune, mais non dans le règlement du plan local d'urbanisme (PLU). Une exception : les espaces réservés aux EHPAD et aux équipements médicaux et sociaux. Pourtant, le PLU permet au maire d'agir en définissant la taille des parcelles, en affectant des parcelles à un type de logement ou d'équipement particulier afin de mixer les générations dans un quartier vieillissant, par exemple. Enfin, la FNAU préconise d'inventer de nouveaux documents à annexer aux PLU, comme un recensement des espaces favorables à la création de logements adaptés, afin de guider les opérateurs publics ou privés.

5. Mélanger les générations

Un quartier ne fonctionne bien que si les générations peuvent se côtoyer. Ce doit être l'un des objectifs des documents d'urbanisme. Le quartier « Génération », créé par la FEDOSAD (Fédération des œuvres de soins à domicile) à Saint-Apollinaire, à proximité de Dijon, est intéressant. Sur un terrain d'1,2 hectare au cœur d'un quartier de 730 logements, l'OPAC a réalisé 76 logements sociaux, réservés pour moitié à des personnes de plus de 60 ans et pour moitié à des familles avec enfants. Chaque locataire signe une charte l'engageant à s'intéresser à ses voisins. A Mérignac, dans le quartier intergénérationnel des Fauvettes, une résidence de

320 logements compte 45 appartements pour personnes âgées et 10 pour handicapés, avec un pôle gérontologique et une maîtresse de maison. Cependant, regrette la FNAU, des obstacles administratifs et juridiques, en particulier la lourdeur du passage devant le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), limitent le développement des quartiers inter-générationnels. Certains équipements font cohabiter personnes âgées et crèche. Des expériences souvent mal vécues par les personnes âgées.

A noter
Les projets Anru doivent prendre en compte la mixité générationnelle et non seulement la mixité sociale. D'autant plus qu'un certain nombre des quartiers concernés sont habités par une population vieillissante.

6. Penser au développement durable

Le développement durable s'appuie sur trois piliers : l'environnement, l'économie et le social. Souvent, la réponse n'est qu'environnementale au détriment du social. Ainsi, un nouveau centre commercial peut-il répondre aux critères de la haute qualité environnementale (tri des déchets, maîtrise de l'énergie, plantation d'arbres) mais être destructeur d'un point de vue social. La fermeture du centre commercial de Fontaine-le-Comte (Vienne) au profit de Poitiers Sud est déstructurante pour les personnes âgées qui en avaient fait un lieu de rendez-vous et qui hésitent dorénavant à sortir. Si les habitudes d'achats et de services ont évolué – 80 % des épiceries ont disparu entre 1960 et 2000 -, il ne faut pas en tirer prétexte pour réaliser des aménagements non structurants. L'agglomération du Val d'Europe (secteur de l'établissement public d'aménagement de Marne-la-Vallée, en Seine-et-Marne), possède en son cœur un centre commercial en continuité avec les rues habitées existantes. Les quartiers créés ou restructurés doivent permettre à chacun de vivre dans des territoires totalement accessibles. Les résidents doivent pouvoir vieillir à domicile dans un environnement sécurisant et offrant les services, soins, transports et commerces satisfaisants. Le projet d'aménagement et de développement durable (PADD) doit comporter ces orientations, qui conditionnent le règlement du PLU.

7. Fédérer les équipements autour des parcours de vie

Les deux tiers des personnes de plus de 90 ans habitent en logement ordinaire, y compris des personnes dépendantes. Le changement brutal dans le quotidien de la personne âgée - lors d'un départ en établissement pour personnes âgées dépendantes suite à une chute ou un événement grave - est destructeur puisqu'elle perd ses repères, ses relations et son environnement et doit se réadapter dans un univers plus proche de l'hôpital que du domicile. Pour prévenir cette rupture, la ZAC des Sables, à Pulnoy (Meurthe-et-Moselle), est conçue comme un réseau qui comprend, sur un même site, un éventail de services et d'hébergements pour personnes âgées selon leur degré de santé et leur capacité financière. L'ensemble des offres fonctionne en chaîne (logements adaptés, résidence service, EHPAD, Cantou). Si la personne devient lourdement dépendante, elle restera dans le même quartier et conservera son cercle de connaissances. Les collectivités peuvent agir afin de fédérer les structures d'hébergement ou de services pour personnes âgées. Plus classiquement, un EHPAD peut gérer un accueil de jour, livrer des repas à domicile ou assurer à distance une sécurisation des domiciles. Les collectivités ont un rôle à jouer en fédérant les acteurs au niveau local, en initiant des partenariats et en lançant des politiques de soutien associant d'autres partenaires tels que les mutuelles, la sécurité sociale, la DDCS[1] et le conseil général.

[1] Ex DDASS.

8. Diversifier les types de logements et d'hébergement

Il est possible de concevoir un grand nombre de types de logements et d'hébergement. Plus ils seront variés, mieux ils répondront à des besoins eux-mêmes très différents selon le profil de la personne concernée. Il peut s'agit d'un logement banalisé avec une pièce supplémentaire pour un éventuel aidant, d'un logement de plain-pied ou d'un logement adapté, d'immeubles inter-générations, comme à Mulhouse, de résidences services ou résidences seniors, de foyers logements, d'Ehpad (lexique, p. 41) ; pour les personnes désorientées, d'un accueil de jour ou d'un Cantou, structure familiale de 10 à 15 chambres, animée par une maîtresse de maison. Les béguinages des villes du nord (comme ceux réalisés par Pas-de-Calais Habitat) regroupent dans un enclos des maisons de plain-pied. Ils répondent aux besoins de calme et de sécurité des personnes âgées ainsi qu'à leur demande de proximité par rapport à leur quartier d'origine. Ils risquent cependant de favoriser la ségrégation générationnelle. A Montreuil (Seine-Saint-Denis), un groupe de femmes a réalisé, avec un bailleur social, une maison autogérée, la Maison des Babayagas. Le plan local de l'habitat peut prévoir la répartition de ces équipements sur le territoire.

A noter
Attention aux Villages Seniors. Ces projets, risquent de créer de la ségrégation sociale et générationnelle et de poser des problèmes de gestion à la collectivité avec les risques accrus de dépendances des résidents. Ces "villages" doivent donc être intégrés dans le projet urbain de la collectivité.

9. Organiser des quartiers adaptés au vieillissement

Un quartier accessible aux handicapés ne répond pas à tous les besoins des personnes âgées, dont un grand nombre restent longtemps valides. Il est possible de créer de véritables quartiers selon les principes de « l'accessibilité pour tous », en combinant soins, commerces et services. L'ensemble des logements sont accessibles, pour tout le monde, quels que soient les handicaps. Prévoir une cafétéria dans un quartier où résident des personnes âgées peut leur éviter de recourir au portage de repas à domicile. Des trottoirs larges aux revêtements confortables (attention aux petits pavés !), des bancs et des sièges permettent aux personnes âgées de sortir sans se fatiguer. Les commerçants doivent être sensibilisés aux besoins de cette clientèle : accessibilité, siège pour l'attente, livraison à domicile... Les quartiers piétons posent un problème à une population dont une partie peut encore conduire. Quelques villes se sont donc équipées de minibus électriques. La Fnau constate que les plans de déplacements urbains (PDU) se focalisent sur les flux de mobilité. Elle préconise donc de prendre en compte, dans les prochains PDU, les obstacles à cette mobilité. Les investissements dans les domaines de l'aménagement urbain et des transports étant lourds et à long terme, le vieillissement doit être intégré dès maintenant.

[...]

DOCUMENT 13

Logements pour personnes âgées (résidences autonomie et Ehpa)

N° 2016-18 / À jour au 23 juin 2016

Loi ASV du 28.12.15 : art. 10, 84 et 89 / Décret n° 206-696 du 27.5.16 : JO du 29.5.16

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV : art. 10, 84 et 89) consacre notamment l'appellation "résidences autonomie" pour désigner les formules d'habitat collectif dédiées aux personnes âgées (anciennement, logements-foyers). Le décret du 27 mai 2016 modifie la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles pour définir la liste des prestations délivrées par ces résidences et les dépenses prises en charge par le forfait autonomie.

Ce décret précise en outre les règles relatives aux publics accueillis dans les résidences autonomie ainsi que dans les EHPAD, notamment au regard de leur degré d'autonomie, ainsi que les délais de préavis qui s'imposent à la personne accueillie ou au gestionnaire pour toute résiliation du contrat de séjour dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Prestations fournies par les résidences autonomie (loi ASV : art. 10 / CASF : L.312-1 6°, L.313-11, D. 312-159-3 / CCH : L.633-1 et s.)

Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie : le décret du 27 mai 2016 en définit la liste, qui figure dans une nouvelle annexe insérée au code de l'action sociale et des familles (annexe n° 2-3-2). Il s'agit de prestations d'administration générale (notamment l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie), de l'élaboration et suivi du contrat de séjour, de ses annexes et ses avenants, de la mise à disposition d'un logement privatif adapté pour recevoir la télévision et installer le téléphone, de la mise à disposition et de l'entretien de locaux collectifs, de l'accès à une offre d'actions collectives et individuelles de prévention de la perte d'autonomie au sein de l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci, de l'accès à un service de restauration, de blanchisserie, de moyens de communication, y compris Internet, dans tout ou partie de l'établissement, à un dispositif de sécurité apportant au résident 24 h / 24 h une assistance par tous moyens et lui permettant de se signaler, et enfin, de prestations d'animation de la vie sociale dans l'enceinte ou à l'extérieur de l'établissement.

Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.

Cette disposition est applicable à partir du 1er juillet 2016 (décret du 27.5.16 : art. 11).

Forfait autonomie (décret du 27.5.16 : art. 10 / CASF : L.14-10-10, L.313-11 et D.312-159-4)

Les résidences autonomie peuvent bénéficier d'une aide du département appelée "forfait autonomie" au titre de l'exercice de leur mission de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, dans la limite des crédits attribués à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CASF : L.313-11) doit être conclu.

Les dépenses prises en charge par le forfait autonomie ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait sont précisées par le décret du 27 mai 2016 (CASF : D.312-159-4).
Cette disposition est applicable à partir du 1er juillet 2016 (décret du 27.5.16 : art. 11).

Dépenses incluses dans le forfait autonomie (CASF : D.312-159-3)

Le décret du 27 mai 2016 définit les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre pour les résidents et, le cas échéant, pour les personnes extérieures. Ces actions portent notamment sur le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ; la nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes ; le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le développement du lien social et de la citoyenneté ; l'information et le conseil en matière de prévention en santé et de l'hygiène ; et enfin la sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités.

Ce nouveau forfait autonomie couvre tout ou partie des dépenses de personnels nécessaires à la prévention de la perte d'autonomie, parmi lesquelles celles concernant :

- le personnel disposant de compétences adaptées à la prise en charge de personnes âgées, notamment les animateurs, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens (rémunération, y compris les charges fiscales et sociales) ;
- le recours à un ou plusieurs intervenants extérieurs disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie ;
- le recours à un ou plusieurs jeunes en service civique en cours d'acquisition de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Le décret ouvre la possibilité aux résidences autonomie de mutualiser le recours aux personnels avec un ou plusieurs établissements, sauf pour les personnels réalisant des soins donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Toutes les dépenses incluses dans le forfait autonomie ne peuvent donner lieu à facturation auprès des résidents.

Fixation du forfait autonomie par le conseil départemental (CASF : D.312-159-5)

Le montant du forfait autonomie est fixé par le conseil départementale ou, le cas échant, par la métropole dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CASF : L.312-12 III al 3).

Ce contrat est conclu avec l'agence régionale de santé (ARS) lorsque la résidence autonomie perçoit également le forfait de soins.

Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fixe les obligations respectives des parties, notamment les engagements de la résidence autonomie à mettre en œuvre les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie définies conjointement avec le département, ou le cas échéant la métropole. Il prévoit les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, conformément aux priorités définies par le programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, établi par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (CASF : L.233-1).

Le montant du forfait autonomie peut être modulé par le conseil départemental ou, le cas échéant, par la métropole, en fonction de différents critères tels que l'habilitation, y compris partielle, à l'aide sociale de la résidence autonomie, l'ouverture des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie organisées à d'autres personnes que les résidents, la réalisation d'opérations de mutualisation ou de partenariats avec des établissements sociaux et médico-sociaux ou avec des organismes proposant l'organisation d'actions de prévention de la perte d'autonomie, la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie dans le cadre du forfait de soins mentionné au IV de l'article L.313-12.

Le décret du 27 mai 2016 prévoit également la transmission, au plus tard le 30 avril de chaque année, de certaines informations (CASF : R.233-18). Le gestionnaire d'une résidence autonomie doit ainsi informer le président du conseil départemental ou, le cas échéant, le président de la métropole :

- du nombre de résidences autonomie bénéficiaires,
- du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, non résidentes ayant participé aux actions réalisées,
- du nombre de personnels en équivalent temps plein financé,
- du nombre de professionnels mutualisés entre plusieurs résidences,
- du nombre d'actions financées, en distinguant celles qui portent sur la santé, le lien social, l'habitat et le cadre de vie,
- du montant des actions financées.

Public accueilli dans les résidences autonomie

Les résidences autonomie accueillent des personnes majoritairement valides et autonomes. Elles peuvent toutefois recevoir des résidents dépendants, des jeunes ou des personnes handicapées dans des proportions et des conditions fixées par le décret du 27 mai 2016.

Accueil de personnes dépendantes (CASF : D.313-15, D.313-24-1 et D.313-24-2)

Les résidences autonomie sont des établissements qui, par rapport à leur capacité autorisée, accueillent une part limitée de personnes âgées dépendantes.

Le décret du 27 mai fixe ce seuil maximal à :

- 15 % de résidents relevant des groupes iso-ressources (GIR) 1 à 3,

- 10 % de résidents relevant des GIR 1 et 2.

Lorsque la résidence autonomie risque d'atteindre ce seuil, du fait notamment de l'évolution de l'état de dépendance des résidents, elle doit proposer aux résidents identifiés comme susceptibles de devenir dépendants un accueil dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans une petite unité de vie (PUV). Cette proposition doit être formulée dans un délai d'un an.

Le contrat de séjour doit contenir les modalités et les conditions de cet accueil.

Accueil de jeunes ou de personnes handicapées (loi ASV : art. 10 / CASF : D.313-24-1 à D.313-24-4)

Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures ou égales à 15% de leur capacité d'accueil autorisée.

Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont pas prises en compte pour déterminer les seuils applicables pour retenir la qualification d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (CASF : L.313-12 I), ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie.

Accès à un service d'aide et de soins à domicile (CASF : D.313-24-1 et D.313-24-2)

La possibilité d'accueillir de nouveaux résidents remplissant les conditions de perte d'autonomie de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources / CASF : L.232-2) doit être prévue dans le projet d'établissement sous réserve de la conclusion d'une convention de partenariat entre un EHPAD et un professionnel ou un établissement de la santé, notamment d'hospitalisation à domicile (CASF : D.313-24-1).

Le contenu minimal des conventions de partenariat est défini par le décret du 27 mai 2016 (CASF : D.313-24-2). Les conventions conclues entre une résidence autonomie et un EHPAD doivent notamment comporter les modalités de coordination et de gestion des actions visant à assurer et faciliter, pour les résidents en perte d'autonomie qui en expriment le besoin ou en cas de nécessité, leur accueil en EHPAD, ou les modalités de transmission d'informations relatives aux initiatives et actions respectives menées auprès des résidents. Les conventions conclues entre une résidence autonomie et un service médico-social un établissement, un centre ou un professionnel de santé, doivent notamment contenir les modalités de coopération avec la résidence autonomie et d'intervention auprès des résidents dans le respect de leur liberté de choix.

Modalités de résiliation du contrat de séjour en EHPA (décret du 27.5.16 : art.3 / CASF : D.311-0-3)

Le résident d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) peut résilier son contrat à tout moment par écrit sous réserve d'un délai de préavis d'un mois. Pour les autres établissements, ce délai est porté à 8 jours.

Le gestionnaire dispose d'un délai d'un mois pour mettre fin au contrat de séjour. Cette disposition est applicable à partir du 1er juillet 2016 (décret du 27.5.16 : art. 11).

Entrée en vigueur (décret du 27.5.16 : art. 11)

À l'exception des dispositions sur les prestations fournies, le forfait autonomie et les modalités de résiliation applicables à partir du 1er juillet 2016, le décret entre en vigueur au plus tard le 1er janvier 2021.

Pour mémoire, les résidences autonomie doivent se mettre en conformité avec les nouvelles règles prévues par la loi ASV au plus tard le 1er janvier 2021. Celles dont l'autorisation arrive à l'expiration avant cette date bénéficient d'un délai supplémentaire de deux ans pour être conformes à la loi (soit jusqu'au 1er janvier 2023 / loi ASV : art. 89).

Par ailleurs, ces mesures ne s'appliquent pas en Guadeloupe, en Guyane, à la Réunion et en Martinique et à Mayotte (loi ASV : art. 84).