

SOLIDARITÉS

ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ

Direction générale de l'action sociale

Sous-direction des âges de la vie

Note d'information DGAS/5B/2C n° 2008-103 du 26 mars 2008 relative aux nouvelles modalités de médicalisation et de tarification des logements foyers ainsi qu'aux nouvelles règles applicables en matière de sécurité incendie dans ces structures

NOR : M TSA0830245N

Date d'application : immédiate.

Annexes : 2 tableaux récapitulatifs.

Le directeur général de l'action sociale à Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour attribution) ; Madame et Messieurs les préfets de région, directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information).

I. – LES NOUVELLES MODALITÉS DE MÉDICALISATION ET DE TARIFICATION DES LOGEMENTS FOYERS

1.1. *Les nouvelles dispositions prévues par le décret du 9 mai 2007 pour les logements foyers non autorisés à dispenser des soins dont le GMP est supérieur à 300*

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article L. 313-12 – I *bis* du code de l'action sociale et des familles) et le décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 pris pour son application instaurent de nouvelles modalités de médicalisation et de tarification des logements foyers : ils aménagent la possibilité de déroger aux règles du conventionnement tripartite et autorisent le conventionnement partiel pour certaines de ces structures.

Les critères d'éligibilité aux mesures dérogatoires de conventionnement

En l'état de la réglementation, les logements foyers qui ne justifient pas d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux (il s'agit de logements foyers qui n'étaient pas dotés d'une section de cure médicale au 31 décembre 2001) et dont le groupe « iso-ressources » (GIR) moyen pondéré (GMP) est supérieur à 300, ont désormais la possibilité, dès lors qu'ils n'accueillent pas plus de 10 % de résidents relevant d'un classement dans les GIR 1 et 2, soit de déroger à l'obligation de conventionner soit de recourir à un conventionnement partiel portant uniquement sur la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement des résidents dépendants, relevant des GIR. 1 à 4, sous réserve de remplir les conditions architecturales requises : existence de bâtiments ou de corps de bâtiment distincts ou de locaux constitués en unités de vie autonomes.

Il est à noter que ce sont les règles d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile (articles L. 232-3 à 232-7 du code de l'action sociale et des familles) qui s'appliquent aux résidents hébergés dans les établissements qui dérogent au conventionnement pour la totalité de leur capacité ainsi qu'à ceux hébergés dans la partie de l'établissement non couverte par la convention dans le cas d'un conventionnement partiel.

Les gestionnaires des établissements concernés par ces nouvelles dispositions devaient vous communiquer l'option retenue quant aux modalités de tarification applicables au plus tard le 11 novembre 2007 afin que vous puissiez, le cas échéant, engager les négociations pour la signature de la convention tripartite qui aurait dû intervenir avant le 31 décembre 2007. Si tel n'est pas le cas et si l'établissement ne s'apprête pas, de manière imminente, à signer début 2008 une convention tripartite, il vous appartient de mettre en œuvre une tarification d'ordre public conformément à l'instruction sur la tarification par arrêté et le dispositif d'appui aux services déconcentrés du 29 janvier 2008.

Les nouvelles règles d'admission des résidents

A compter de la date de publication du décret susmentionné, soit le 11 mai 2007, les établissements qui ont fait le choix de déroger au conventionnement tripartite, d'une part, et les établissements conventionnés partiellement pour la capacité d'accueil non couverte par ladite convention, d'autre part, ne peuvent plus admettre de nouveaux résidents relevant des GIR 1 à 4. Seules les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent encore être admises, étant entendu que les établissements qui conventionnent partiellement continuent d'accueillir de nouveaux résidents classés le cas échéant dans les GIR 1 à 4, dans la limite de la capacité soumise à convention partielle.

Le relogement des résidents devenus dépendants

Le décret prévoit les modalités de relogement des personnes admises postérieurement à la date de sa publication et devenues dépendantes. Il est ainsi précisé que l'établissement propose aux résidents admis après le 11 mai 2007 dont le niveau de dépendance évolue vers les GIR 1 à 3 une orientation vers un établissement médicalisé dans un délai d'un an. Pour optimiser les solutions de relogement des personnes âgées, le partenariat avec un EHPAD situé à proximité du logement foyer est à rechercher sous la forme notamment d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale.

Le maintien des forfaits de soins courants

Les établissements qui ont fait connaître l'option choisie à la date du 11 novembre 2007, et en tout état de cause avant la fin de l'année 2007, peuvent conserver, au-delà du 1^{er} janvier 2008, leur dotation de l'assurance maladie correspondant aux forfaits soins courants à condition qu'elle corresponde à des dépenses relatives à la rémunération et aux charges fiscales et sociales de personnels de soins salariés par les établissements.

Les personnels de soins salariés sont les infirmiers, les aides-soignants, les médecins et les auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, psychomotriciens)

Afin de contrôler la bonne utilisation des crédits d'assurance maladie alloués aux établissements, ceux-ci devront vous transmettre chaque année, (au plus tard le 30 octobre) un compte d'emploi dans les conditions prévues au premier et au dernier alinéa de l'article R. 314-104 du code de l'action sociale et des familles.

En cas de non-utilisation ou d'utilisation non conforme de ces forfaits, ceux-ci devront être remboursés pour l'exercice considéré et supprimés pour les exercices à venir. Vous veillerez particulièrement à l'application de ces mesures.

Cas particulier des logements foyers qui ont un GMP supérieur à 300 et qui accueillent plus de 10 % de résidents classés en GIR 1 et 2

Les logements foyers qui ont un GMP supérieur à 300 et qui accueillent plus de 10 % de résidents classés en GIR 1 et 2 doivent avoir signé une convention tripartite pour la totalité de leur capacité avant le 31 décembre 2007. Dans le cas inverse et si l'établissement ne s'apprête pas, de manière imminente, à signer début 2008 une convention tripartite il vous appartient de mettre en œuvre la tarification par voie d'arrêté évoquée plus haut.

1.2. *Les nouvelles dispositions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008*

L'article 69-VII de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit deux dispositions relatives à la tarification et à la médicalisation des logements foyers. Ces deux dispositions sont les suivantes :

A. – LE MAINTIEN DES FORFAITS DE SOINS COURANTS POUR LES LOGEMENTS FOYERS DONT LE GMP EST INFÉRIEUR À 300

Par parallélisme avec le dispositif résultant du décret du 9 mai 2007 dont les modalités d'application sont précisées ci-dessus, les forfaits de soins courants pour les logements foyers dont le GMP est inférieur à 300 sont maintenus dès lors qu'ils correspondent à des dépenses relatives à la rémunération et aux charges sociales et fiscales afférentes aux personnels de soins salariés par les établissements.

Par conséquent, les dispositions de l'article D. 232-22 du code de l'action sociale et des familles, qui généralisent aux établissements dont le GMP est inférieur à 300 le dispositif qui prévaut pour les petites unités de vie en matière de plan d'aide APA, à savoir la prise en charge par lesdits plans d'aide de 100 % des charges afférentes à la rémunération – et ses accessoires – des aides-soignants et des aides médico-psychologiques, ne s'appliquent plus aux logements foyers dont le GMP est inférieur à 300 et qui continuent de percevoir des forfaits de soins courants. Les résidents de ces établissements bénéficient de l'APA à domicile qui couvre les dépenses de toute nature figurant dans le plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale au cours de sa visite d'évaluation « à domicile »

**B. – L'OUVERTURE AU CONVENTIONNEMENT PARTIEL DES LOGEMENTS FOYERS QUI ONT REÇU
UNE AUTORISATION À DISPENSER DES SOINS AUX ASSURÉS SOCIAUX (= SECTION DE CURE MÉDICALE)**

L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et le décret du 9 mai 2007 pris pour son application prévoient la possibilité d'un conventionnement partiel uniquement pour une catégorie spécifique de logements foyers, les logements foyers non dotés d'une section de cure médicale. La loi de financement pour 2008 généralise la possibilité d'un conventionnement partiel à tous les logements foyers tenus de conventionner car habilités à dispenser des soins aux assurés sociaux, ce qui va leur permettre, d'une part, de conserver les forfaits de section de cure médicale et, d'autre part, d'autoriser les gestionnaires à ne réhabiliter, le cas échéant, qu'une partie des locaux afin de maîtriser le coût des travaux de sorte que son impact sur la redevance reste compatible avec la capacité contributive du public accueilli.

Par conséquent, sont autorisés à conventionner partiellement les logements foyers qui ont reçu une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux (c'est-à-dire qui perçoivent un forfait global de soins correspondant aux anciens forfaits de SCM) dès lors qu'ils n'accueillent pas plus de 10 % de résidents classés en GIR. 1 et 2 et que les conditions architecturales mentionnées au second alinéa de l'article D. 313-15-2 du décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 sont remplies.

Le conventionnement partiel s'applique donc à tous les logements foyers autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux, et ce, quel que soit leur GMP actuel (supérieur ou inférieur à 300). En effet, l'habilitation à dispenser des soins aux assurés sociaux suppose un minimum d'organisation des soins qui justifie un conventionnement au moins partiel. Un projet de décret simple est en cours de préparation afin de procéder aux ajustements réglementaires nécessaires.

Enfin, les établissements concernés par cette dernière mesure se verront appliquer les modalités de la tarification par arrêté évoquée plus haut dès lors qu'ils n'auraient pas signé une convention tripartite – totale ou partielle – avant le 31 décembre 2007.

Il convient de noter que les logements foyers qui bénéficient d'une habilitation à dispenser des soins aux assurés sociaux et qui accueillent plus de 10 % de résidents classés en GIR. 1 et 2 sont tenus de conventionner pour la totalité de leur capacité, quel que soit leur GMP, s'ils souhaitent conserver leur forfait global de soins (ex-forfaits de section de cure médicale).

Cas pratique : un logement foyer autorisé pour une capacité de 150 places, dont la dotation globale de soins correspond à 50 places de section de cure médicale (SCM) et à 100 places couvertes par des forfaits de soins courants (FSC), qui accueille moins de 10 % de résidents GIR 1 et 2 relève du conventionnement partiel.

Deux cas de figure possibles :

1. L'établissement, quel que soit son GMP, opte pour le conventionnement partiel : il conserve la totalité de sa dotation soins (SCM + FSC) versée au titre de l'année 2007 et peut, le cas échéant, bénéficier d'une dotation supplémentaire calculée par application de la formule de la DOMINIC sur la partie conventionnée.

2. L'établissement qui a un GMP inférieur à 300 n'opte pas pour un conventionnement partiel : la dotation globale de soins versée en 2008 correspond aux seuls anciens FSC, dès lors qu'ils financent des postes de soignants salariés.

**II. – LES NOUVELLES RÈGLES RELATIVES À LA SÉCURITÉ INCENDIE
DANS LES LOGEMENTS FOYERS**

Les travaux menés récemment par la direction générale de l'action sociale (DGAS), la direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction (DGUHC) et la direction de la défense et de la sécurité civile du ministère de l'intérieur (DDSC) en matière de sécurité incendie ont permis de trouver un accord interministériel avec les acteurs du secteur pour aménager la réglementation applicable (circulaire N° 2007-36 DDSC/DGAS/DGUHC du 15 mai 2007).

Le critère distinctif retenu pour déterminer la réglementation sécurité incendie applicable aux établissements accueillant des personnes âgées, y compris les logements foyers, est le groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) associé à un niveau plafond de personnes dépendantes classées en GIR 1 à 2.

« Désormais, les logements foyers ou les établissements accueillant des personnes âgées ayant un niveau de GMP inférieur ou égal à 300 et dont le taux de résidents classés en GIR 1 à 2 ne dépasse pas 10 % de la capacité relèvent de la réglementation « habitation ». Ceux dépassant l'un de ces seuils relèvent de la réglementation sécurité incendie des ERP de type "J" » (circulaire n° 2007-36 DDSC/DGAS/DGUHC du 15 mai 2007).

La mise aux normes de sécurité des logements foyers interviendra au terme d'une période de trois ans qui court à compter du 15 mai 2007 où s'imposera la distinction définitive entre les établissements qui accueillent des personnes autonomes et ceux qui accueillent des personnes dépendantes.

Par exemple, un établissement qui, actuellement, présente un GMP supérieur à 300 et/ou accueille plus de 10 % de personnes classées GIR 1 à 2, et qui choisit d'opter pour l'accueil de personnes âgées autonomes se verra appliquer à titre exceptionnel la réglementation « habitation » pendant 3 ans, au terme desquels il devra justifier avoir renouvelé son effectif et n'accueillir que des résidents valides.

La règle retenue pour les bâtiments existants est aussi applicable pour les constructions neuves, étant entendu que les maîtres d'ouvrage et les gestionnaires qui font le choix, à l'origine, d'accueillir une population autonome et souhaitent maintenir ces résidents sur le long terme peuvent bien entendu réaliser leurs opérations sous la réglementation ERP de type « J » qui leur permettra de s'adapter et de répondre, sans modification du bâti, à la survenance de la dépendance de leurs résidents.

« Ainsi, selon le niveau de dépendance de la population accueillie dans le logement foyer ou dans l'établissement hébergeant des personnes âgées, il est demandé au gestionnaire, au maître d'ouvrage, au maire et au préfet, chacun en ce qui le concerne, d'appliquer les dispositions précédemment énoncées au vu de l'avis de la Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité (CCDSA). »

Afin de permettre à la CCDSA de vérifier la réglementation sécurité incendie applicable à la structure, vous transmettez au Préfet de département, au plus tard le 30 novembre de chaque année et ce à partir de 2008, la liste des logements foyers et des établissements dont le GMP est inférieur à 300 et comptant moins de 10 % de résidents classés en GIR 1 à 2 et ceux dépassant ce seuil.

Ces nouvelles dispositions sont de nature à permettre le maintien d'une offre de logements foyers dédiés à l'accueil de personnes âgées autonomes. En effet, elles permettent en matière de sécurité incendie d'appliquer à ces établissements la réglementation « habitation » au lieu de la réglementation « ERP de type J » pour laquelle les travaux à réaliser dans le cadre d'une mise aux normes pourraient avoir une incidence financière insurmontable et conduire à la cessation d'activité de certains d'entre eux.

III. – LES PROCHAINS TRAVAUX

3.1. *L'enquête sur les logements foyers dont le GMP est inférieur à 300*

Au mois de juillet dernier, vous avez été destinataires d'une instruction visant à diligenter une enquête auprès des logements foyers dont le GMP est inférieur à 300 et percevant ou non des crédits d'assurance maladie (FSC ou SCM).

Les objectifs étaient les suivants :

- apprécier précisément le nombre de places concernées et le montant total des dotations d'assurance maladie versé au niveau national au titre de ces forfaits soins ;
- évaluer leur utilisation pour permettre, si besoin, leur évolution vers un forfait de soins pour l'autonomie ;
- recueillir l'avis des gestionnaires d'établissements sur l'évolution souhaitable de ces structures tant au niveau du mode d'accompagnement proposé (forfait de soins courants ou forfait de soins pour l'autonomie) que du cadre bâti (accessibilité) afin d'offrir aux personnes âgées aux revenus modestes une offre d'hébergement intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD comprenant des services pour personnes âgées autonomes.
- apprécier la prise en compte de l'accessibilité du cadre bâti comme élément nécessaire (voire indispensable) au maintien de l'autonomie physique des personnes âgées accueillies dans ce type de structure.

Au total, 877 questionnaires ont été retournés à la DGAS. 822 ont été exploités dans la base de traitement correspondant aux seuls établissements déclarant un GMP inférieur à 300 ; ils représentent une capacité totale de 45 561 places (soit environ 1/3 de la cible définie).

Les premières analyses indiquent que la grande majorité des établissements qui perçoivent actuellement un forfait de soins courant souhaite son maintien. La prévention de la perte d'autonomie grâce à la présence des personnels soignants (IDE-AS/AMP) qui accompagnent et aident les résidents dans les gestes de la vie quotidienne et coordonnent l'intervention des libéraux, constitue la raison principale avancée pour le maintien de ce forfait.

L'évolution de l'accompagnement des personnes âgées dans les établissements dont le GMP est inférieur à 300 renvoie à une vraie politique de prévention de la perte d'autonomie dont le contenu doit être précisé : en effet, près de 90 % des répondants à l'enquête déclarent ne pas être concernés par cette question ou encore n'y ont pas répondu.

Quant à l'accessibilité, elle n'est pas considérée par les gestionnaires de logements foyers comme un élément facilitant l'usage des espaces et des équipements. Elle est globalement perçue comme marginale puisque les résidents sont « valides ». Lorsqu'elle est évoquée, c'est du point de vue financier mais rarement en fonction de l'intérêt qu'elle pourrait avoir en matière d'aide à l'autonomie physique des personnes accueillies. L'approche globale qui consisterait à mettre en perspective le besoin de disposer, d'une part, d'un forfait soins pour l'autonomie et, d'autre part, d'un cadre de vie accessible ne semble pas au cœur des préoccupations des gestionnaires de logement foyer.

Cela constitue pourtant un point important à développer pour mener à bien l'évolution de ces structures pour lesquelles une mobilisation des DDASS est indispensable, l'accessibilité du cadre bâti étant un aspect incontournable et complémentaire d'un accompagnement pour le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Une synthèse des données communiquées par les établissements vous sera transmise prochainement sous la forme d'un power point. Celui-ci sera accompagné d'un document plus approfondi et tenant compte de vos contributions, notamment sur les aspects liés à l'intérêt du maintien et de l'évolution des forfaits de soins courants.

3.2. L'élaboration d'un cahier des charges « qualité »

Pour garantir aux résidents accueillis au sein des logements foyers la qualité des services offerts, conformément aux dispositions de l'article L. 313-12-III du code de l'action sociale et des familles, la DGAS travaille à l'élaboration d'un cahier des charges qui fixera les critères relatifs au fonctionnement et au cadre bâti de l'établissement, notamment en matière de qualité.

Un groupe de travail réunissant des représentants des gestionnaires choisis en fonction de la qualité de leur réponses à l'enquête, des DDASS et des conseils généraux sera constitué au cours du 1^{er} trimestre 2008 pour aboutir à la rédaction d'un cahier des charges adapté aux caractéristiques des établissements qui accueillent aujourd'hui des personnes âgées autonomes et aux évolutions qu'il convient de conduire.

*
* *

Le dispositif législatif et réglementaire exposé dans la présente note d'information répond au souci d'adapter l'état du droit aux spécificités et à la diversité de l'offre de services qu'apportent les logements foyers sur le territoire.

La mise en œuvre effective de l'ensemble du dispositif implique que les logements foyers fassent connaître officiellement dans les meilleurs délais, s'ils ne l'ont déjà fait, celle qu'ils retiennent des différentes options qui leur sont, le cas échéant, offertes. Il convient également de s'assurer que les niveaux de GMP – qui déterminent cette nouvelle organisation – sont régulièrement actualisés et transmis aux services de l'Etat et du département. A cette fin, vous voudrez bien renseigner le tableau 2 joint en annexe qui précise les caractéristiques des logements foyers de votre département et le retourner pour le 30 juin 2008 délai de rigueur à la DGAS sous le timbre du bureau des personnes âgées (2C) à l'adresse courriel suivante : nathalie.montangon2@sante.gouv.fr

Le directeur général de l'action sociale,
J.-J. TRÉGOAT

ANNEXE I

Tableau récapitulatif de la nouvelle réglementation applicable aux logements foyers

CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENTS	NOUVELLES MODALITÉS de médicalisation et de tarification	RÉGLEMENTATION SÉCURITÉ INCENDIE
Logement foyer avec GMP > 300 et moins de 10 % de résidents GIR 1-2 sans section de cure médicale (SCM).	2 options : dérogation au conventionnement ou conventionnement partiel. Maintien des forfaits soins courants (FSC) pour les établissements qui dérogent et/ou pour la capacité non conventionnée.	ERP type J.
LF avec GMP > 300 et plus de 10 % de résidents GIR 1-2 sans SCM.	Convention tripartite totale.	ERP type J.
LF avec GMP > 300 et moins de 10 % de résidents GIR 1-2 avec SCM.	Possibilité de conventionnement partiel.	ERP type J.
LF avec GMP > 300 et plus de 10 % de résidents GIR 1-2 avec SCM.	Convention tripartite totale.	ERP type J.
LF avec GMP > 300 sans SCM et moins de 10 % de résidents GIR 1-2.	Pas d'obligation de conventionnement. Maintien des FSC.	Habitation.
LF avec GMP < 300 sans SCM et moins de 10 % de résidents GIR 1-2.	Pas d'obligation de conventionnement. Maintien des FSC.	Type J ou habitation exceptionnellement pendant 3 ans si choix du gestionnaire d'un accueil de personnes valides (GIR 5-6) uniquement et passage en dessous des 10 % de résidents GIR 1-2 dans ce délai des 3 ans.
LF avec GMP < 300 avec SCM et moins de 10 % de résidents GIR 1-2.	Conventionnement partiel pour conserver les SCM.	Habitation.

