

## HABITATS INTERMÉDIAIRES POUR PERSONNES ÂGÉES : LES RÉSIDENCES AUTONOMIE

### QUESTIONS/REPONSES

---

#### Sommaire

● Questions générales sur les catégories de structures .....	2
● Les prestations minimales en résidences autonomie .....	8
● L'attribution du forfait autonomie .....	11
● L'utilisation du forfait autonomie .....	16
● Les publics accueillis en résidences autonomie .....	19
● Les normes liées au bâti en résidences autonomie .....	23
● Les autorisations délivrées aux résidences autonomie .....	24
● Résidences autonomie et outre mer .....	26

## 🔴 Questions générales sur les catégories de structures

---

### ▪ Un établissement percevant des crédits d'assurance maladie peut-il être éligible au statut de résidence autonomie ?

Oui, dans un seul cas : lorsque la résidence autonomie bénéficie, pour des raisons historiques, d'un forfait soins versé par l'agence régionale de santé pour financer le maintien de personnels de soins au sein de la structure (le plus souvent aides-soignants et infirmiers).

Seul un « *stock fermé* » des logements foyers concernés, au 1<sup>er</sup> janvier 2008, est concerné par cette mesure soit environ 300 structures.

### ▪ Quelle différence existe-t-il entre :

#### ⇒ Une résidence autonomie et un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ?

L'article 10 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) opère une clarification quant à la définition des différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées. Il s'agit d'améliorer la lisibilité et la cohérence du texte plusieurs fois modifié depuis la loi 2002-2, dans un souci de simplification et de clarté des normes.

**Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** sont des structures sociales qui accueillent généralement en chambre des personnes âgées dans des proportions inférieures à 15% de GIR 1 à 3 et inférieures à 10% de GIR 1 et 2 de leur capacité autorisée et qui n'ont pas signé de CTP (bientôt CPOM) – sans quoi ces structures seraient requalifiées en EHPAD. Ces EHPA ne rentrent pas dans la catégorie "résidence autonomie", ni celle de "résidence service".

Les EHPA demeurent des établissements sociaux au sens du 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et sont donc soumis aux règles du régime juridique de droit commun applicable aux établissements sociaux et médico sociaux.

Par ailleurs, certains établissements, en nombre marginal, n'entrent dans aucune des catégories d'établissement énumérées par la loi, ces derniers ayant été autorisés par les conseils départementaux sur le seul fondement du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF. Ils sont de facto des EHPA.

Dans ce cas, les départements peuvent néanmoins, en lien avec les gestionnaires de ces établissements, au travers notamment d'un CPOM, les faire évoluer vers le statut de résidences-autonomie. Les établissements devront alors se conformer à l'ensemble des règles du CASF régissant ces établissements.

#### ⇒ Une résidence autonomie, une maison d'accueil et de résidence pour l'autonomie (MARPA) et une petite unité de vie (PUV) ?

**Les PUV** sont des EHPAD de petite capacité (moins de 25 places autorisées), indépendamment de leur mode de tarification et répondant uniquement aux critères de l'article D. 313-15 du CASF. Elles sont soumises aux mêmes dispositions que les EHPAD. Cependant, elles peuvent faire l'objet d'une

médicalisation – et donc d’une tarification – dérogatoire au droit commun. Elles sont autorisées conjointement par le conseil départemental et l’agence régionale de santé.

La dénomination « MARPA » n’est pas une catégorie juridique d’établissements. Elle correspond à un label délivré par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) à certaines structures accueillant des personnes âgées en milieu rural, conformément à un cahier des charges défini par la CCMSA. Ce label est indépendant de la catégorie juridique dont la structure relève. En pratique, la CCMSA a délivré ce label à deux grandes catégories de structures pour personnes âgées : les résidences autonomie (ex-logements foyers) et les petites unités de vie (PUV).

Les MARPA ayant été autorisées en tant que logements foyers sont automatiquement devenues des résidences autonomie depuis la publication de la loi ASV.

Les MARPA ayant été autorisées en tant que PUV qui souhaitent se transformer en résidences autonomie doivent :

- ✓ prendre l’attache de l’agence régionale de santé et du Conseil départemental qui doivent autoriser cette transformation, en cohérence avec les besoins en offre sociale et médico-sociale de son territoire ;
- ✓ opérer les modifications nécessaires dans leur fonctionnement pour remplir les critères précités (niveau de dépendance des résidents et tarification notamment).

Cependant, si la structure remplit d’ores et déjà les critères précités pour devenir une résidence autonomie (notamment concernant le niveau de dépendance des résidents) mais qu’elle a été autorisée en tant que PUV ou EHPA, le Conseil départemental doit alors régulariser la situation sous peine de voir la structure requalifiée par le juge.

#### ⇒ **Une résidence autonomie et une résidence services ?**

Une résidence services est un ensemble d’habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables (au sens de l’article L. 631-13 du code de la construction et de l’habitation). Elle ne relève pas du CASF. Il faut au moins proposer un des services non individualisables pour qu’une structure puisse être qualifiée de résidences services.

C’est une offre commerciale, correspondant cependant quelquefois à une offre de logement social, relevant de l’initiative privée et individuelle dont les prestations sont avant tout orientées vers la réponse à une demande de services formulée par des consommateurs âgés ou des personnes handicapées, pour leur confort, leur bien-être et leurs loisirs, qui peuvent parfois rejoindre les objectifs de prévention de la perte d’autonomie sans que cela constitue pour autant l’objectif principal de ces structures.

La résidence services constitue la résidence principale de ses occupants, qu’ils soient propriétaires ou locataires. Les résidents peuvent faire appel aux divers dispositifs de droit commun conçus pour prévenir la perte d’autonomie et faciliter le maintien à domicile, dans les mêmes conditions que pour toute autre personne vivant à domicile : aides à la personne, SSIAD, etc....

Une résidence autonomie, quant à elle, est un établissement relevant respectivement du 6° du I de l’article L. 312-1 du CASF et du L. 633-1 du code de la construction et de l’habitation (CCH) qui apporte une réponse sociale, et parfois médico-sociale, à un besoin d’accompagnement exprimé par

le résident. Cette réponse se manifeste à travers sa mission de prévention de la perte d'autonomie et les différents outils de la loi 2002-2 qu'elle met en œuvre (notamment le projet personnalisé).

La différence entre ces deux structures ne repose donc pas essentiellement sur le contenu de l'offre, assez similaire (logement privé autonome, espaces collectifs, services) mais sur sa finalité et sa nature (l'une répond à un besoin d'accompagnement social, l'autre à une demande de prestation de services). Pour ces raisons, des règles différentes leurs sont appliquées.

Des requalifications peuvent néanmoins être effectuées par le juge, le cas échéant saisi, si celui-ci constate que le fonctionnement de la structure s'apparente à celui d'un établissement social et médico-social. Le juge s'appuie dans ce cas sur un faisceau d'indices pour arrêter sa décision (niveau de dépendance du public accueilli, nature des services proposés, modalités d'organisation et de fonctionnement de la structure, l'aménagement des locaux). La loi fait en effet obstacle à ce qu'une résidence-services, sous un statut relevant du CCH, se pose en évaluateur individualisé et collectif des besoins, tentant ensuite, d'y répondre en prenant une posture d'organisateur de l'offre d'accompagnement.

Deux décisions du Conseil d'État en la matière peuvent illustrer cette requalification :

- ✓ La première rendue le 29 décembre 1995 retient que les « *personnes âgées réclamaient une aide permanente [...] et notamment la présence d'un personnel infirmier [...] alors même qu'un contrat de bail était conclu avec les personnes accueillies, la résidence « Les Hétairies » devait être regardée comme un établissement qui assure l'hébergement des personnes âgées...* » CE 29/12/1995, Société Civile Immobilière « Résidence et services » contre le Président du Conseil Général du Nord, n° 145008 (requalification en EHPAD).
- ✓ La seconde procède également à une requalification au motif que : « *la SARL Société Rhodanienne d'Intendance et de Services, installée au rez-de-chaussée de la Résidence Saint Gilbert où demeurent principalement des personnes âgées, assurait, dans le cadre de **conventions de prestations de services** conclues avec les personnes, la **totalité de leurs besoins quotidiens** [...] CAA Douai 15/03/2007 Mme W.*

#### ⇒ **Une résidence services et un habitat regroupé/domicile collectif ?**

Il s'agit de petits ensembles de logements indépendants destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées proposés par certaines villes à leurs habitants se situant hors de la législation relative aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ils sont en général conçus par les collectivités locales. Ils viennent en complément de solutions plus classiques comme les EHPAD, pour répondre aux besoins du vieillissement : situation en centre-ville, logements conçus pour des personnes avec des difficultés de mobilité, services complémentaires facilités (livraison de repas...).

Des espaces communs utilisables par tous (salle commune que l'on peut réserver pour des fêtes familiales ...) permettent aux habitants de l'immeuble de se rencontrer. Les habitants âgés y trouvent un environnement plus sécurisant et vivant.

Les personnes qui vivent dans un habitat regroupé peuvent bénéficier des aides au logement, de l'APA à domicile ou de la PCH. Ces allocations peuvent d'ailleurs être pour partie mises en commun

afin de faciliter le recours à une aide humaine spécifiquement dédiée aux personnes résidant dans ces structures.

Certains de ces habitats regroupés sont qualifiés d'alternatifs, car il s'agit d'habitats à dimension collective, plus ou moins auto organisés, le plus souvent construits dans le cadre de partenariats impliquant des bailleurs sociaux, des collectivités, des associations et des représentants de la société civile.

Ils relèvent du droit commun du logement ou du droit du logement social ou de celui des résidences services constituées en copropriété, en fonction des caractéristiques du projet. Ils se distinguent des résidences autonomie en raison du fait qu'ils n'apportent pas une réponse sociale et médico-sociale du conseil départemental aux personnes qui y résident. Ce sont des structures qui portent en elles un projet de vie sociale spécifique fondé sur des choix de vie particuliers, la défense de certaines valeurs, la promotion de la citoyenneté et de l'autogestion dans certains cas...

- **Quelles sont les conditions à remplir pour qu'un établissement bénéficie du statut de résidence autonomie ?**

Pour être une résidence autonomie, il faut avoir été autorisé par le conseil départemental en tant qu'établissement relevant à la fois du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF et de l'article L. 633-1 du CCH, à savoir accueillir des personnes âgées dans un logement associé à des locaux collectifs. Il faut également que le nombre de personnes âgées dépendantes accueillies ne dépasse pas 15% de GIR 1 à 3 et 10% de GIR 1 et 2 par rapport à la capacité totale autorisée. Ces seuils remplacent la règle du GMP > 300 depuis la publication du décret du 27 mai 2016. D'ici le 1er janvier 2021, il faudra également qu'elle propose à leurs résidents un certain nombre de prestations minimales.

La résidence autonomie doit également apporter une réponse sociale au travers de sa mission de prévention de la perte d'autonomie et des différents outils de la loi 2002-2 qu'elle utilise (notamment le projet personnalisé). Cet accompagnement est un critère important pour que la structure soit qualifiée de résidence autonomie.

Ces établissements sont généralement financés par des caisses de retraite (pour les dépenses d'investissement uniquement) et parfois des conseils départementaux. Ils sont fréquemment gérés par des centres communaux d'action sociale ou des associations, plus rarement par le secteur privé.

- **La dénomination « résidence autonomie » est-elle un label ? Y a-t-il un processus de transformation à opérer pour les logements foyers avant de devenir des résidences autonomie ? Les logements foyers autorisés avant la publication de la loi ASV doivent-ils devenir des résidences autonomie sous peine de se voir retirer leur autorisation ou bien peuvent-ils bénéficier du maintien des dispositions antérieures à la loi ASV ?**

Le législateur a opéré un changement de dénomination de ces établissements, ce qui signifie que tous les logements foyers pour personnes âgées, au sens du CASF et du CCH, sont rebaptisés depuis la publication de la loi, « résidences autonomie ». Tous ces établissements sont donc soumis aux nouvelles règles adoptées par le législateur, sans droit d'option. L'appellation « résidence autonomie » ne constitue pas un label mais une catégorie juridique à part entière d'établissement social pour personnes âgées. Le basculement automatique opéré par la loi ASV ne remet pas en cause la validité des autorisations en tant que logements foyers antérieurement délivrées par les conseils départementaux.

Les résidences autonomie ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour proposer à leurs résidents les prestations minimales prévues par le décret du 27 mai 2016. Dans le cas contraire, les autorisations de ces résidences autonomie ne seront pas renouvelées par les autorités compétentes lorsqu'elles arriveront à échéance et ces établissements deviendront des EHPA, ce qu'il convient d'éviter.

En effet le nombre de structures concernées par cette hypothèse sera faible voire inexistant, la très grande majorité des résidences autonomie fournissant déjà l'essentiel des prestations minimales exigées par les textes.

- **Le résident en résidence autonomie est-il considéré comme étant à domicile ? Si oui, quel est le périmètre exact du domicile ? Les résidences autonomie relèvent-elles alors du régime de l'APA à domicile ?**

L'article L. 232-5 du CASF précise que les personnes accueillies en résidence autonomie sont considérées comme étant à domicile, elles perçoivent à ce titre l'APA à domicile. Cette disposition se justifie en raison du fait que les résidences autonomie accueillent des personnes âgées au sein de logements privés. Dès lors, le périmètre du domicile ne comprend que le logement de la personne âgée, pas les locaux collectifs.

- **Un Président de Conseil départemental peut-il autoriser la création d'une résidence autonomie dans un bâtiment qui comprend de simples chambres ? Ce type de structure doit-il obligatoirement mettre à disposition un véritable logement équipé d'un coin cuisine ?**

Le Président du Conseil départemental ne peut pas autoriser la création d'une résidence autonomie dans un bâtiment comprenant de simples chambres. L'établissement doit obligatoirement mettre à disposition des résidents un véritable logement, au sens du code du CCH rappelé à l'annexe 2-3-2 du CASF. Ce logement doit notamment être équipé d'un coin cuisine.

- **Comment la construction des résidences autonomie conventionnées au titre de l'APL est-elle financée ?**

La construction des résidences autonomie conventionnées au titre de l'APL est financée par différents contributeurs :

- ✓ **Le programme 135 de l'État** : en plus des aides indirectes, l'agrément « *Prêt Locatif Social* » délivré par le Préfet ou le délégataire des aides à la pierre ouvre droit à un prêt bonifié. Néanmoins, lorsque des projets sont destinés à des personnes aux ressources très modestes, le « *Prêt Locatif à Usage Social* » peut être envisagé à titre exceptionnel et sous certaines conditions. Le financement PLS couvre l'ensemble du programme: la partie « *logement* » et toutes les surfaces collectives. De même, à condition d'être réalisé à titre accessoire, l'accueil temporaire peut être intégré dans le financement PLS.
- ✓ **Les subventions des collectivités locales** ;
- ✓ **Les fonds propres du maître d'ouvrage et les prêts contractés par ce dernier** ;
- ✓ **La Caisse nationale d'Assurance vieillesse (CNAV) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).**

- **Concernant les EHPA, en dehors des horaires de présence des personnels, la structure doit-elle mettre en place des astreintes afin d'assurer la sécurité des résidents ?**

Si aucun texte ne prévoit à l'heure actuelle de prestations spécifiques minimales à mettre en œuvre dans les EHPA, y compris en matière de sécurité, il convient cependant que ces lieux d'hébergement présentent les garanties nécessaires à l'accueil de personnes âgées en application de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

- **Un EHPA est-il autorisé à engager une reconstruction ou une extension sous la forme d'une résidence autonomie sans appel à projet ?**

En principe, toute opération de transformation ou d'extension d'un EHPA en résidence autonomie doit passer par la procédure d'autorisation par appel à projet mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), les résidences autonomie sont des établissements sociaux bénéficiant de financements publics.

Cependant, certaines exceptions sont prévues aux II et III de l'article précité, dont certaines s'appliquent au cas évoqué ici.

Les projets d'extension d'établissements dont la capacité n'excède pas dix places, et dont l'augmentation fait porter la capacité autorisée à moins de quinze places, sont exonérés de la procédure d'appel à projet. Sont également exonérés de cette procédure les projets de transformation d'établissements ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement.

Les projets de transformation d'établissements avec modification de la catégorie des bénéficiaires peuvent également être exonérés, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un CPOM, et sous réserve que :

- Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;
- Les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure au seuil mentionné précédemment.

- **Les résidences autonomie seront-elles concernées par la nouvelle tarification des EHPAD ?**

Les résidences autonomie ne relèvent pas du régime juridique applicable aux EHPAD : ainsi en matière de tarification, elles ne perçoivent ni forfait soins (au sens de la tarification EHPAD), ni forfait dépendance.

Cependant, si le gestionnaire d'une résidence autonomie gère également au moins un EHPAD et décide, conformément au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF, de conclure un CPOM pluri activités pour l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux dont il assure la gestion, le nouveau cadre réglementaire de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) s'appliquera aux résidences autonomie, sans incidence sur les règles applicables en matière de tarification conformément à l'instruction du 10 octobre 2016.

- **Quel est le statut juridique d'un logement foyer qui ne souhaiterait pas devenir résidence autonomie ?**

Un tel choix n'est pas possible. Toutes les structures qui relevaient du statut juridique des logements foyers pour personnes âgées, au sens du CASF, sont devenues automatiquement des résidences autonomie lors de la publication de la loi ASV (article 10) le 28 décembre 2015.

Les résidences autonomie qui ne proposeront pas l'ensemble des prestations minimales prévues par le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 à compter du 1er janvier 2021 à leurs résidents pourront être transformées en EHPA. Leur autorisation devra donc être modifiée en conséquence.

Les conseils départementaux peuvent également décider, au regard des besoins identifiés et priorités sur leur territoire, de transformer les EHPA en résidences-autonomie, à partir du moment où l'établissement remplit les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires. Une telle évolution apparaît souhaitable, dans la mesure où elle garantit aux personnes hébergées des prestations minimales en adéquation à ses besoins.

- **Le fonctionnement des résidences autonomie est-il encadré par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ? Le foyer-logement, devenu résidence autonomie, doit-il transmettre un rapport d'évaluation externe au préalable avant CPOM au conseil départemental ?**

Les dispositions de la loi du 2 janvier 2002 concernant les ESMS sont applicables dans leur intégralité aux résidences autonomie (règlement de fonctionnement, projet d'établissement, conseil de la vie sociale, charte des droits et libertés, contrat de séjour,...). Le rapport d'évaluation externe doit être remis avant le renouvellement de l'autorisation mais il n'a pas de lien direct avec la conclusion d'un CPOM avec le conseil départemental, sauf à venir enrichir le diagnostic préalable à la conclusion du CPOM.

## ● **Les prestations minimales en résidence autonomie**

---

- **Les dispositions prévoyant une période transitoire jusqu'au 1er janvier 2021 pour se conformer aux dispositions de l'annexe 2-3-2 du CASF ne concernent-elles que les résidences autonomie existantes (et donc autorisées) à la date de publication du décret ou également les résidences autonomie dont la création est autorisée après cette date ?**

Les dispositions de l'article 89 de la loi ASV prévoyant une période transitoire jusqu'au 1er janvier 2021 pour se conformer aux dispositions de l'annexe 2-3-2 du CASF concernant les prestations minimales s'appliquent à toutes les résidences autonomie déjà autorisées avant la date de publication du décret du 27 mai 2016. Après la publication du décret, le Conseil départemental délivre des autorisations dans le nouveau cadre réglementaire.

- **Un service de portage de repas est-il suffisant pour satisfaire à l'exigence d'un service restauration ou doit-on avoir obligatoirement une salle de restauration ?**

L'annexe 2-3-2 du CASF prévoit l'accès à un service de restauration par tous moyens. Le portage de repas est l'un de ces moyens. Bénéficier d'une salle de restauration n'est pas obligatoire.



- **Quelles sont les obligations relatives aux horaires et aux fréquences des repas proposés ?**

Il n'y a pas d'exigence particulière en termes de fréquence des repas proposés, si ce n'est qu'il doit y en avoir un nombre suffisant apprécié au cas par cas. Cela relève de l'organisation interne de l'établissement.

- **Les conseils départementaux peuvent-ils définir eux-mêmes le niveau d'exigence attendu en termes de contenu des prestations minimales définies par la réglementation en résidences autonomie (dans le cadre du CPOM ou d'un cahier des charges spécifique) ?**

Les conseils départementaux sont tenus par les exigences fixées à l'annexe 2-3-2 du CASF en matière de contrôle des prestations minimales servies. Ainsi, si les différentes prestations sont proposées par tous moyens, même minimum, la résidence autonomie respecte la réglementation en vigueur. En revanche, rien n'empêche le conseil départemental de fixer des objectifs en matière de nature et qualité des prestations proposées au sein de la structure, dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), conclu avec l'organisme gestionnaire signataire. Cela ne pourra cependant pas conditionner le montant du forfait autonomie versé, les critères de modulation de ce dernier étant strictement définis dans le CASF.

- **La mise à disposition d'un logement privatif, au sens de l'article R.\*111-3 du code de la construction et de l'habitation (CCH), s'applique-t-elle à toutes les résidences autonomie ou seulement à celles créées postérieurement à la loi ASV ?**

La mise à disposition d'un logement privatif, comme toutes les autres prestations minimales mentionnées dans le décret du 27 mai 2016, s'applique à toutes les résidences autonomie au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021, y compris à celles qui existaient avant la publication de la loi ASV. La référence à l'article R.\*111-3 du CCH dans la liste des prestations minimales a pour seule finalité de se référer à la définition que ce code donne d'un logement.

- **La mise en place d'un dispositif de sécurité 24h/24 nécessite-t-il la présence in situ de personnels ? Quelles sont les modalités concrètes de mise en œuvre de cette prestation ? La téléassistance est-elle suffisante ou doit-on avoir des personnes d'astreinte disponible 24h/24h – des caméras de surveillance – quel est le délai d'intervention ?**

L'annexe 2-3-2 du CASF prévoit l'accès à un dispositif de sécurité apportant au résident 24h/24 une assistance par tous moyens et lui permettant de se signaler. Il y a donc deux conditions à remplir pour que le dispositif mis en place soit suffisant : d'une part, il doit permettre au résident de se signaler à n'importe quel moment (téléalarme, bracelet d'alerte,...) et d'autre part permettre une assistance à n'importe quel moment en cas de besoin (personnel sur place, astreinte, partenariats avec les services de secours qui sont contactés automatiquement en cas de signalement,...), dans le respect de la liberté d'aller et venir et de la vie privée du résident. Par exemple, aucune caméra de surveillance ne peut être installée dans le logement du résident. Dans ce cadre, le gestionnaire dispose de toute latitude en termes de moyens pour remplir ces deux conditions. Des objectifs de qualité peuvent être fixés en la matière dans le cadre du CPOM. Concernant le délai d'intervention pour l'assistance, ce dernier doit être raisonnable et est apprécié au cas par cas.

- **Les prestations minimales sont-elles obligatoires pour le résident et donc facturées forfaitairement sur la redevance ?**

Les prestations minimales sont obligatoirement proposées par la résidence autonomie à ses résidents. Cependant, elles ne sont pas obligatoirement facturées forfaitairement sur sa redevance, la consommation de ces prestations restant facultatives pour les résidents. Ne peuvent être imputées sur la redevance que les charges actuellement prévues par la réglementation.

- **Que comprend exactement la prestation de blanchisserie (modalités de mise en œuvre, linge plat, linge personnel,...) ? Une machine à laver à disposition des résidents est-il suffisant ?**

L'annexe 2-3-2 du CASF prévoit l'accès à un service de blanchisserie par tous moyens. Constitue un service de blanchisserie tout dispositif permettant de laver le linge sale. Dès lors, le fait de laisser à disposition dans un espace dédié au sein de l'établissement un lave-linge, même à titre payant, sans sèche-linge, est suffisant, tout comme le fait de permettre au résident de recourir à un service de pressing extérieur. La nature du linge pris en charge est indifférente à l'appréciation de la réalisation de la prestation par la résidence autonomie.

**Les structures doivent-elles obligatoirement proposer l'ensemble des prestations minimales pour devenir des résidences autonomie et bénéficier du forfait autonomie ?**

Tous les logements foyers sont devenus des résidences autonomie depuis la publication de la loi ASV, y compris ceux qui ne délivrent pas encore toutes les prestations minimales exigées. Ces structures peuvent donc d'ores et déjà bénéficier du forfait autonomie, sous réserve de conclure un CPOM avec le conseil départemental, ou le cas échéant la métropole, indépendamment de l'état d'avancement des prestations qu'elles proposent. Elles ont jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour fournir à leurs résidents l'ensemble des prestations minimales exigées. A compter de cette date, les structures qui ne proposeront pas ces prestations ne verront pas leur autorisation renouvelée et deviendront des EHPA. Elles ne pourront alors plus bénéficier du forfait autonomie.

- **Que se passe-t-il pour les structures, qui, au terme du délai fixé par la loi, ne propose pas l'ensemble des prestations minimales prévu par la réglementation ?**

Après le 1<sup>er</sup> janvier 2021, les résidences autonomie qui n'offriront pas l'ensemble des prestations minimales exigées se verront refuser le renouvellement de leur autorisation en tant que résidence autonomie. Il appartient au conseil départemental d'anticiper avec la résidence autonomie cette échéance pour qu'elle soit, au terme de ce délai de 5 ans, en conformité avec les exigences de la réglementation. A défaut, le conseil départemental devra transformer la structure en une autre catégorie d'établissement social.

- **Dans quel cadre et selon quelles modalités la mise en œuvre des prestations minimales en résidences autonomie sera-t-elle contrôlée ?**

La mise en œuvre des prestations minimales en résidences autonomie pourra être contrôlée dans le cadre :

- ✓ des évaluations interne et externe ;
- ✓ de l'évaluation de la réalisation des objectifs du CPOM ;
- ✓ d'un contrôle in situ inopiné ou organisé par le conseil départemental.

- **Quels sont les locaux collectifs minimums que les résidences autonomie doivent mettre à disposition de leurs résidents pour satisfaire à l'exigence réglementaire ?**

L'exigence réglementaire est satisfaite dès lors que la résidence autonomie comprend des locaux communs, accessibles à toute personne logée dans l'établissement et affectés à des activités telles que, par exemple, la restauration, la blanchisserie, les activités internes d'animation ou de loisirs.

- **Au-delà d'internet, qu'entend-on par accès aux moyens de communication dans tout ou partie de l'établissement ? Comment satisfaire à cette obligation ? Une connectique internet disponible dans tout ou partie de l'établissement est-elle suffisante ou l'établissement doit-il fournir un ordinateur connecté à internet dans un espace dédié ?**

Au-delà d'internet, l'accès aux moyens de communication dans tout ou partie de l'établissement comprend essentiellement la mise à disposition d'un téléphone si la personne souhaite joindre une personne à l'extérieur. Concernant l'accès à internet, une connectique internet disponible dans tout ou partie de l'établissement est suffisante pour remplir l'obligation réglementaire. Il n'est pas obligatoire de fournir un ordinateur connecté à internet dans un espace dédié, même si une telle modalité est recommandée pour les établissements qui le peuvent.

## 🔴 **L'attribution du forfait autonomie**

---

- **Les PUV et les EHPA pourront-ils bénéficier du forfait autonomie ?**

Le forfait autonomie n'est attribué qu'aux résidences autonomie ayant conclu un CPOM avec le conseil départemental, ou le cas échéant la métropole. Il ne peut donc pas être attribué aux PUV et aux EHPA, catégories d'ESMS soumis à des règles de tarification différentes.

- **Sur quelle source de données la CNSA s'appuie-t-elle pour calculer la répartition du concours « forfait autonomie » chaque année entre les conseils départementaux, et le cas échéant les métropoles ?**

Le 1° de l'article L. 14-10-10 du CASF précise que le concours correspondant au forfait autonomie est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de places dans les résidences autonomie. Les données sont arrêtées au 31 décembre de l'année N-1 et sont issues du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

- **Quelle articulation est prévue entre les métropoles, les conseils départementaux et les conférences des financeurs pour l'attribution du forfait autonomie ?**

Le forfait autonomie est attribué dans le cadre des priorités définies par la conférence des financeurs dans son programme coordonné de financement de la prévention de la perte d'autonomie. Son montant est néanmoins fixé par le département (la conférence des financeurs n'étant pas autorité de tarification) dans le cadre d'un CPOM négocié et signé avec la résidence autonomie, dans le respect des priorités définies par la conférence des financeurs.

De façon concrète, à partir du concours financier global versé par la CNSA au département, et communiqué aux membres de la conférence par les départements, ces derniers définissent des priorités de financement dans le programme (ex : priorité 1 = actions sur le lien social, priorité 2 = actions sur la prévention des chutes, priorité 3 actions sur la stimulation de la mémoire). Ces priorités devront être définies conformément aux dispositions de l'article D. 312-159-4 du CASF. Ensuite, le conseil départemental traduit de manière opérationnelle ces priorités à travers la fixation d'objectifs et la fixation du montant du forfait autonomie dans le cadre du CPOM.

Il faut préciser qu'une certaine latitude est laissée aux résidences autonomie, dans le respect des dispositions réglementaire pour conclure le CPOM avec le département. Tout en respectant les priorités et les objectifs définis par la conférence des financeurs que préside le conseil départemental. Elles doivent en outre justifier de l'utilisation du forfait autonomie dans le cadre de la remontée annuelle d'informations qu'elles doivent effectuer auprès du conseil départemental.

- **Le conseil départemental peut-il refuser de verser le forfait autonomie aux résidences autonomie non habilitées à l'aide sociale ?**

Non, toutes les résidences autonomie peuvent bénéficier du forfait autonomie à partir du moment où elles ont signé un CPOM avec le conseil départemental, ou le cas échéant la métropole. Le fait que la résidence autonomie soit habilitée ou non à l'aide sociale peut constituer un motif de modulation du forfait par le département mais certainement pas un motif de non attribution, conformément au III de l'article L. 313-12 et à l'article D. 312-159-5 du CASF.

- **Le cadre budgétaire de l'EPRD s'applique-t-il à toutes les résidences autonomie ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ?**

Lorsque le CPOM conclu relève du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF, c'est-à-dire lorsque le gestionnaire de la résidence autonomie gère également un ou plusieurs EHPAD, le nouveau cadre de l'EPRD est applicable à la résidence autonomie. Si ce n'est pas le cas, le CPOM conclu relève de l'article L. 313-11 du CASF.

- **Quel doit-être le contenu et le périmètre du CPOM ?**

La structuration du CPOM obéit aux règles de droit commun définies dans la circulaire n°DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles. Une instruction en cours de préparation définira ces règles en fonction du type de CPOM choisi.

Concernant la partie du CPOM spécifique au forfait autonomie et au forfait soins, cette dernière doit a minima comporter, à partir du diagnostic réalisé dans le cadre de la conférence des financeurs et de la partie du programme coordonné de financement concernant le forfait autonomie :

- ✓ La liste des objectifs en nombre resserré assortis d'indicateurs définis d'une part en fonction des informations obligatoires, définis par les textes, pour le rapport d'activité de la conférence des financeurs (forfait autonomie), et, d'autre part, en fonction des besoins identifiés ;

- ✓ Les moyens engagés : le montant du forfait, les éléments ayant permis son calcul ainsi que la justification, pour le forfait autonomie, de l'utilisation éventuelle de certains critères de modulation ;

Le diagnostic est réalisé dans le cadre de la conférence des financeurs.

- **Les CPOM signés en 2016 répondent-ils aux mêmes exigences que les CPOM qui seront signés les années suivantes ?**

S'agissant des premiers contrats signés, afin de garantir d'une part, un versement du forfait autonomie aux résidences autonomie et, d'autre part, la continuité du versement du forfait soins à celles qui en bénéficient, il est conseillé de n'aborder que les questions relatives au montant et à l'utilisation de ces forfaits par les structures, afin que les contrats puissent être signés rapidement. Si le gestionnaire de la résidence autonomie a déjà conclu un CPOM sur ces fondements avec le PCD, il peut proposer la conclusion d'un avenant au CPOM existant comprenant l'ensemble des éléments attendus.

Ces forfaits ne pouvant être versés sans la signature d'un CPOM ou d'un avenant d'un CPOM préexistant, il est indispensable que l'année 2016 ne se solde pas par une non consommation des 25M€ d'euros délégués aux conseils départementaux, faute de conclusion du CPOM. Toute somme non attribuée sera en effet retenue sur le montant du concours de l'année suivante. Bien qu'il soit nécessaire de signer les CPOM dans les meilleurs délais, il est indispensable d'avoir une vision prospective de ce qu'il peut apporter à terme en matière de prévention de la perte d'autonomie.

- **A quelle date les résidences autonomie devront-elles avoir signé un CPOM ?**

Les résidences autonomie n'ayant l'obligation de signer un CPOM que pour l'octroi du forfait autonomie, il n'existe aucune date butoir en la matière fixée par les textes.

Cependant, en raison des deux fondements juridiques distincts du CPOM signé par les résidences autonomie, **plusieurs scénarios sont possibles** :

- ✓ Choix du CPOM relevant du L. 313-11 du CASF => le CPOM peut être négocié et signé dès maintenant ;
  - ✓ Choix du CPOM relevant du L. 313-11 du CASF jusqu'à ce que la résidence autonomie puisse intégrer la démarche du CPOM « EHPAD » => un premier CPOM peut être négocié et signé dès maintenant. Sa durée sera fixée en fonction de la programmation arrêtée par le conseil départemental et l'ARS pour la signature des CPOM « EHPAD » afin que la résidence autonomie puisse rejoindre la démarche le moment venu ;
  - ✓ Dès 2017, choix du CPOM EHPAD => attente selon la programmation arrêtée pour signer le CPOM « EHPAD » => risque de décalage dans le versement des forfaits sur un ou plusieurs exercices.
- **Comment les conseils départementaux doivent-ils s'organiser pour négocier et signer les CPOM ? Doivent-ils prendre l'initiative ? Doivent-ils attendre que chaque résidence autonomie formule une demande en ce sens ?**

Les conseils départementaux sont vivement incités, en lien avec les ARS lorsque les résidences autonomie concernées perçoivent un forfait soins, à organiser une réunion d'information avec tous les responsables des résidences autonomie du département pour présenter la démarche de contractualisation. Les évaluations internes/externes déjà menées et transmises aux conseils départementaux par les gestionnaires doivent être capitalisées et servir de supports dans les négociations afin de réduire les délais.

- **Comment les conseils départementaux doivent-ils concrètement fixer le montant du forfait autonomie pour chaque résidence autonomie se situant sur leur territoire ? Comment les conseils départementaux doivent-ils appliquer les critères de modulation du forfait autonomie ?**

Le conseil départemental initie une démarche de contractualisation avec chaque résidence autonomie, cadre dans lequel sont négociés des objectifs en matière de mise en œuvre d'actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie qui sont conformes aux priorités définies dans le programme établi par la conférence des financeurs. En fonction des objectifs fixés, le département fixe le montant du forfait autonomie pour la résidence autonomie.

Outre ce processus de négociation et de la tarification à l'objectif, le département peut moduler ce montant en fonction des critères prévus par les textes. Il peut ainsi majorer ce montant si la structure s'engage à mutualiser ses actions, à les ouvrir sur l'extérieur ou si cette dernière est habilitée à l'aide sociale. A l'inverse, il peut minorer ce montant si des actions de prévention de la perte d'autonomie peuvent être financées par le forfait soins de la structure. Dans tous les cas, cette modulation doit être raisonnable et respecter les grands équilibres définis dans le programme coordonné de la conférence des financeurs. Le conseil départemental a toute latitude pour utiliser ce critère de modulation en fonction des réalités du terrain.

Toutes les résidences autonomie sont éligibles au forfait autonomie, sans distinction, les critères de modulation ne pouvant en aucun cas constituer un motif valable pour le conseil départemental pour refuser l'attribution du forfait autonomie. La modulation n'est pas laissée à l'appréciation souveraine des départements puisqu'elle est limitée par une liste limitative de critères pouvant la justifier.

Le cadre de base de la fixation du montant du forfait autonomie reste celui du CPOM, la modulation ne vient qu'à posteriori et à titre subsidiaire. Les moyens alloués doivent rester proportionnés aux objectifs fixés.

- **Qu'advient-il des crédits non dépensés en 2016 dans le cadre du forfait autonomie ? Est-il possible d'attribuer des financements sur le concours 2016 pour des actions mises en œuvre en 2017 ?**

Le montant des crédits alloués aux conseils départementaux au titre du concours forfait autonomie en 2016 qui n'aura pas été versés aux résidences autonomie en 2016 sera a priori déduit du montant du concours versé en 2017. Cependant, il est possible d'attribuer des financements sur le concours 2016 pour des actions mises en œuvre par les résidences autonomie en 2017, les crédits alloués doivent donc être versés aux résidences autonomie en 2016. Ces dernières constitueront une dotation avec les crédits non utilisés en 2016 qui sera inscrite au compte 681. Elles compenseront ensuite la dépense effectuée en 2017 par une reprise sur provision inscrite au compte 781.

- **De quelle marge de manœuvre les conseils départementaux dispose-t-il pour programmer sur plusieurs années les financements alloués dans le cadre du forfait autonomie sachant que le concours est versé annuellement par la CNSA et que son montant peut évoluer d'une année sur l'autre ?**

Les objectifs pourront être indiqués de manière pluriannuelle dans le CPOM dans lequel sera précisé que les engagements financiers sont pris sous réserve de l'objectif annuel et pluriannuel d'évolution des dépenses, délibéré par la collectivité concernée en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale et des orientations des schémas départementaux (art L. 312-8 – 2<sup>nd</sup> alinéa).

- **Quelle articulation est prévue entre forfait soins et forfait autonomie dans le cadre du CPOM tripartite signé entre la résidence autonomie, le conseil départemental et l'agence régionale de santé ?**

L'attribution du forfait soins et du forfait autonomie obéit à des règles différentes, il n'y a donc en principe pas d'articulation spécifique à prévoir, si ce n'est lorsque le forfait soins participe au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie au sein de la structure – en finançant du personnel de soins qui réalise ce type d'actions notamment. Un même document contractuel comprend les dispositions relatives à ces deux forfaits, mais chacun de ces financements bénéficie d'une partie dédiée dans le contrat.

Une coordination des travaux de négociation et d'élaboration du CPOM est alors à prévoir entre conseil départemental et ARS, notamment pour ce qui concerne le calendrier et les réunions avec la structure.

- **Les modalités de fixation du montant du forfait soins pour les résidences autonomie qui en bénéficiaient ont-elles été modifiées ? Si oui, quelles sont ces modifications ?**

La loi ASV n'a pas apporté de modification du montant du forfait soins pour les résidences autonomie qui en bénéficiaient auparavant. Les montants restent actualisés par les ARS (via le taux directeur d'évolution prévu par la circulaire DGCS/DSS/CNSA relative aux orientations annuelles pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées) dans les mêmes conditions que celles qui prévalaient avant la promulgation de la loi ASV.

- **Le solde du concours « forfait autonomie » versé aux conseils départementaux sera-t-il calculé en fonction des dépenses réelles du conseil départemental ou de celles des résidences autonomie ?**

Le solde du concours « forfait autonomie » versé aux conseils départementaux sera calculé en fonction de la consommation par le conseil départemental des crédits alloués par la CNSA au titre du forfait autonomie. Le solde sera versé en septembre de chaque année en fonction des remontées d'informations effectuées à la CNSA par les conseils départementaux dans le cadre de la conférence des financeurs.

- **Est-il possible, dans le cadre de la mutualisation des actions de prévention, de verser le forfait autonomie à une seule résidence autonomie du département qui mettra à**

## **disposition, en échange, son personnel à disposition des autres résidences autonomie, dans le cadre d'équipe mobile ? Quel montage juridique est le plus approprié ?**

Oui, il est tout à fait possible de verser le forfait autonomie à une seule résidence autonomie (RA) en contrepartie de la mise à disposition de certains de ses personnels dans le cadre d'équipes mobiles auprès d'autres RA du département. Ces modalités doivent alors être précisément définies et figurer dans chacun des CPOM conclus avec les RA, conformément aux dispositions des articles D. 312-159-5 du CASF, résultant des dispositions du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016. Ces dispositions permettent aux conseils départementaux et aux organismes gestionnaires de résidences autonomie d'insérer dans leur CPOM respectif une clause indiquant que le montant arrêté pour chaque résidence autonomie sera affecté exclusivement au financement du poste d'un intervenant, le cas échéant en service civique, mutualisé avec les autres résidences autonomie du département. Ces clauses conventionnelles pourront par ailleurs indiquer que le montant du forfait autonomie arrêté pour chaque résidence autonomie sera versée à une seule RA « pivot », à charge pour elle de procéder au financement du poste d'intervenant, le cas échéant en service civique. Il devra par ailleurs préciser les modalités d'intervention dudit animateur/service civique auprès de chaque résidence autonomie.

Ces clauses contractuelles devront être précises et détailler les modalités de gestion, de financement et d'intervention du personnel recruté auprès de chaque résidence autonomie (nombre d'heures par semaine dans chaque structure, répartition des frais entre les structures, autorités hiérarchiques et fonctionnelles, imputation dans les budgets et comptabilités respectives...).

En outre, ces clauses devront faire l'objet d'une négociation préalable et d'un accord entre le conseil départemental ou la métropole et l'intégralité des RA du ressort territorial correspondant. L'éligibilité au forfait autonomie est en effet de droit si la RA réalise les actions de prévention prévues par le décret du 27 mai 2016 précité.

Comme il n'est possible de conclure un CPOM pour plusieurs établissements que s'ils sont sous la responsabilité d'un même gestionnaire, il n'est pas possible de signer un seul CPOM pour toutes les résidences autonomie du département.

### **● L'utilisation du forfait autonomie**

---

#### **▪ Que finance le forfait autonomie ?**

L'article D. 312-159-4 du CASF prévoit que le forfait autonomie finance tout ou partie des actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre par une résidence autonomie, au profit de ses résidents et, le cas échéant, de personnes extérieures.

Les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie 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 ainsi que la sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités.



Les dépenses prises en charge sont :

- ✓ La rémunération, et les charges fiscales et sociales afférentes, de personnels disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie, notamment des animateurs, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des diététiciens, le cas échéant mutualisées avec un ou plusieurs autres établissements, à l'exception de personnels réalisant des soins donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- ✓ Le recours à un ou plusieurs intervenants extérieurs disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie, le cas échéant mutualisé avec un ou plusieurs autres établissements ;
- ✓ 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 cas échéant mutualisé avec un ou plusieurs autres établissements.

▪ **Le forfait autonomie finance-t-il une partie des prestations minimales figurant à l'annexe 2-3-2 du CASF ?**

Non, le forfait autonomie ne finance que les dépenses mentionnées ci-dessus.

▪ **Est-il possible de recourir à des personnels de soins en tant qu'intervenants extérieurs dans le cadre du forfait autonomie ?**

Le recours à des personnels de soins en tant qu'intervenants extérieurs peut être financé dans le cadre du forfait autonomie. A contrario, le salariat de personnels de soins au sein même de la résidence autonomie est interdit, à l'exclusion des personnels de rééducation (ergothérapeute, psychomotriciens et diététiciens). Rien n'empêche cependant d'avoir recours à un SSIAD ou à un professionnel de santé libéral, par exemple, pour organiser des ateliers de prévention en santé.

▪ **Les dépenses liées à l'achat de matériel peuvent-elles être prises en charge par le forfait autonomie ? L'équipement permettant la mise en place d'ateliers de prévention peut-il être pris en charge dans le forfait autonomie ?**

Le forfait autonomie ne couvre que les dépenses de personnels internes à la structure ou celles relatives au recours à des intervenants extérieurs. Les intervenants extérieurs peuvent en effet inclure dans le prix de leur prestation l'amortissement des équipements qu'ils pourraient apporter avec eux. Cependant, la résidence autonomie ne peut pas utiliser le forfait autonomie pour financer l'achat de matériels ou d'équipements de type machines sportives, jeux de société, table de massage,...

▪ **La formation du personnel de la résidence autonomie concernant la prévention peut-elle être prise en charge ?**

La formation du personnel de la résidence autonomie peut être prise en charge dans le cadre du forfait autonomie, les dépenses de formation étant rattachées aux dépenses de personnel. Il faut

néanmoins que la formation porte sur l'acquisition ou le renforcement de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie et dans l'objectif de conduire des actions de prévention.

▪ **Une partie du salaire du personnel d'auxiliaire de vie de la résidence propre à la prévention peut-elle être prise en charge ?**

Oui, la part de la rémunération et charges sociales et fiscales afférentes, de l'auxiliaire de vie de la résidence consacrée aux missions de prévention de la perte d'autonomie qu'elle exerce peut être prise en charge par le forfait autonomie.

▪ **Quelles sont les modalités de financement d'un jeune en service civique par le forfait autonomie ? Ne risque-t-il pas d'être positionné sur un poste pérenne ?**

Le décret du 12 mai 2010 relatif au service civique prévoit que le jeune peut effectuer une mission d'intérêt général sans mention de la question de l'emploi permanent. L'objectif recherché par le décret est de proposer aux jeunes la possibilité de faire une mission spécifique et ponctuelle de type organisation de temps conviviaux, visites, etc. Le forfait autonomie prendra en charge la partie financière à la charge de l'établissement et prévue par les textes sur le service civique. Le décret distingue l'hypothèse du recours à un jeune en service civique de celle de l'emploi d'un salarié plus permanent.

▪ **Quelles compétences sont attendues des jeunes en service civique intervenant en résidences autonomie ?**

Le jeune en service civique doit être en cours d'acquisition de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie. Cela signifie que, pour être recruté, le jeune en service civique doit :

- ✓ Soit avoir suivi une formation initiale comprenant un volet consacré à la prévention de la perte d'autonomie ou équivalent ;
- ✓ Soit bénéficier d'une formation consacrée à la prévention de la perte d'autonomie ou équivalent proposée par la résidence autonomie ou l'agence du service civique.

▪ **Quelles compétences sont attendues des personnels et intervenants extérieurs financés par le forfait autonomie ? Que signifie « disposer de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie » ?**

Dispose de compétences en matière de la perte d'autonomie, toute personne titulaire d'un diplôme ayant sanctionné un modules consacrés à la prévention de la perte d'autonomie (par exemple, le nouveau diplôme de niveau V « accompagnant éducatif et social », les formations d'animateur en gérontologie – BP JEPS spécialité « Animation sociale » ou DE JEPS spécialité « Animation socio-éducatives et culturelle », les formations d'AVS,...) ou équivalents ou toute personne bénéficiant d'une expérience, professionnelle ou personnelle, significative dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles. Il appartient au directeur d'apprécier, par tous moyens (VAE, attestation de formation continue, attestation employeur,...) les compétences des professionnels qu'il recrute.

▪ **Peut-on facturer aux résidents des actions financées par le forfait autonomie ?**

Toute dépense prise en charge par le forfait autonomie ne peut donner lieu à facturation auprès du résident.

- **Peut-on facturer aux résidents des actions financées en partie par le forfait autonomie, pour la part non financée par le dit forfait ?**

La part de la dépense non prise en charge par le forfait autonomie peut être facturée aux résidents, dans le respect des règles en vigueur en matière de redevance et de tarification des services dans les résidences autonomie.

- **Dans quel compte de la nomenclature comptable doit apparaître le forfait autonomie ? Faut-il créer une section en plus de celles existantes ?**

Le forfait autonomie étant une aide que le département reçoit de la CNSA et reverse au gestionnaire pour assurer les actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie, il est imputé au compte 74 au même titre que les autres participations (comme le FIR par exemple) et ne constitue pas un produit de la tarification. Pour un CCAS, le forfait autonomie d'une résidence autonomie doit être enregistré au compte 7473 (Participations - Département) en M14.

- **Dans le cadre du forfait autonomie, les résidences autonomie peuvent-elles financer une prestation venant d'un autre ESMS ou d'un établissement sanitaire (ex : un SSR disposant d'un ergothérapeute peut-il le mettre à disposition d'une résidence autonomie moyennant contribution financière financée sur le forfait autonomie) ?**

Oui et c'est une pratique qui doit être encouragée. Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 précité prévoit que les résidences autonomie peuvent avoir recours à des intervenants venant d'un ESMS ou d'un établissement sanitaire, ce qui est susceptible d'intervenir d'autant plus lorsque ces structures relèvent d'un même gestionnaire. Ce décret précise que le forfait autonomie finance le recours à des intervenants extérieurs disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie, sans fixer d'autres conditions quant à l'identité et la provenance de ces intervenants. Ce même décret encourage la mutualisation des moyens et le développement d'actions communes entre acteurs du champ sanitaire, social et médico-social dans le cadre de l'attribution du forfait autonomie.

## ● **Les publics accueillis en résidence autonomie**

---

- **Quels sont les nouveaux seuils de dépendance des personnes accueillies en résidences autonomie ? Est-il encore nécessaire de bénéficier d'un GMP ?**

La règle du GIR moyen pondéré annuel inférieur à 300 est supprimée pour les résidences autonomie et les EHPAD. Les résidences autonomie n'ont donc plus besoin de bénéficier d'une coupe annuelle du GMP des personnes accueillies et c'est d'ailleurs dans cet objectif de simplification que la règle a évolué pour les résidences-autonomie. En effet, à la différence des EHPAD, les résidences-autonomie ne disposent pas d'un médecin-coordonnateur pour appuyer la réalisation d'une telle coupe d'une part et d'autre part, pour les EHPAD une telle coupe n'est requise qu'à trois reprises au cours des 5 années de la convention tripartite, et à terme au cours du CPOM prévu par l'article 58 de la loi ASV.

Une telle coupe est en effet utile à la tarification des EHPAD. Le seuil limite de 10% de personnes en GIR 1 et 2 est conservé. Il lui est ajouté, un seuil limite de 15% de personnes en GIR 1 à 3. Ces deux seuils permettent ainsi au gestionnaire de suivre l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes ce qui est important pour les résidences-autonomie celles-ci ayant vocation à accueillir en grande majorité des personnes autonomes.

- **Que se passe-t-il si une résidence autonomie dépasse légèrement, à un moment donné, les seuils fixés par les textes ? Doit-elle organiser le départ des résidents les plus dépendants ? Sera-t-elle sanctionnée ?**

La règle en la matière n'a pas évolué par rapport à la réglementation antérieure à la loi ASV. Toutefois, l'article D.313-24-1 permet d'anticiper le risque de dépassement puisque les gestionnaires des résidences autonomie doivent proposer aux résidents dont l'évolution du niveau de dépendance entraînerait un dépassement des seuils (15% GIR 1 à 3 et 10 GIR 1 et 2) un accueil dans un EHPAD ou une PUV dans un délai maximum d'un an. Cette mobilité résidentielle pourra notamment être organisée dans le cadre de la convention de partenariat signée entre la résidence autonomie et un EHPAD. Elle devra également figurer dans le contrat de séjour.

Si une résidence autonomie dépasse légèrement, à un moment donné, les nouveaux seuils fixés par les textes, celle-ci aura en pratique le temps nécessaire pour régulariser sa situation, comme cela se pratiquait antérieurement à la loi ASV. Des variations imprévues peuvent toujours intervenir, l'important étant que le dépassement des seuils soit temporaire.

Cependant, si la situation perdure sur une plus longue période, la structure encourt une requalification en EHPAD.

L'orientation vers une structure proposant un accompagnement renforcé est nécessaire pour maintenir la réglementation incendie propre au domicile. Dans le cas contraire, un classement en établissement recevant du public (ERP de type J) serait nécessaire, ce qui n'est pas adapté pour les résidences autonomie.

- **Qui est en charge de calculer le Gir des résidents dépendants ? Selon quelle périodicité ? Quelle harmonisation des pratiques et des personnels autorisés à réaliser cette évaluation ?**

Le calcul du GIR sera effectué par l'équipe médico-sociale du conseil départemental en charge d'établir le plan d'aide de l'APA pour les personnes qui souhaitent en bénéficier ou par le médecin traitant pour ceux qui ne font pas une demande d'APA. Cette information devra être mise à jour chaque année. La résidence autonomie devra tenir un tableau compilant les données de girage de l'ensemble des résidents concernés pour fournir ces informations anonymisées aux autorités qui en feraient la demande.

- **La résidence autonomie doit-elle admettre des personnes âgées dépendantes ?**

La résidence autonomie n'est pas dans l'obligation d'admettre des personnes âgées dépendantes. C'est une faculté que lui donne la loi, dans la limite des seuils évoqués précédemment. Pour ce faire, la résidence autonomie devra adapter son projet d'établissement en conséquence et conclure les conventions de partenariat nécessaires prévues par la loi. Dans tous les cas, ce choix est laissé à la discrétion de la résidence autonomie et du département, dans le cadre notamment du CPOM. Les

résidences autonomie et les départements qui le souhaitent peuvent continuer à n'admettre que des personnes âgées autonomes.

- **Que se passe-t-il si certains EHPAD ne respectent pas les nouveaux seuils de dépendance des personnes accueillies ? Seront-ils sanctionnés ? Seront-ils requalifiés ? Si l'un des résidents, autonome lors de son entrée, devient dépendant, peut-il demeurer dans la résidence autonomie quand bien même celle-ci n'a pas conclu les conventions de partenariat mentionnées par la loi ?**

Les EHPAD qui accueilleraient moins de 15% de GIR 1 à 3 et moins de 10% de GIR 1 et 2 sur une période suffisamment longue pour que cela traduise un phénomène durable risquent en effet la requalification en EHPA. Ils ne pourraient donc plus bénéficier de la tarification propre aux EHPAD (notamment forfait soins et forfait dépendance). Ce cas de figure est cependant très peu susceptible d'intervenir au regard des niveaux moyens de GMPS observés dans les EHPAD.

L'obligation de conclure des conventions de partenariat pour les résidences autonomie concerne uniquement l'admission en résidence autonomie de nouvelles personnes âgées dépendantes. Une résidence autonomie n'accueillant que des personnes âgées autonomes dont certaines deviennent par la suite dépendantes n'est pas concernée par cette obligation. Il peut cependant lui être conseillé de conclure de telles conventions dans l'optique de la construction de parcours de santé cohérents.

- **Quelles sont les modalités d'accueil particulières à prévoir pour les personnes handicapées, les jeunes travailleurs et les étudiants au sein des résidences autonomie, notamment concernant le contrat de séjour, la redevance et le paiement des services ?**

Les modalités d'accueil particulières pour les personnes handicapées, les jeunes travailleurs et les étudiants au sein des résidences autonomie sont prévues par le responsable de l'établissement dans le projet d'établissement et dans le contrat de séjour ou tout autre document contractuel équivalent de chaque résident concerné.

- **Le nombre maximum de personnes handicapées, de jeunes travailleurs et d'étudiants pouvant être accueillis en résidences autonomie est-il compris dans la capacité totale autorisée ou s'ajoute-t-il à cette capacité ?**

Une résidence autonomie peut accueillir des personnes handicapées, des jeunes travailleurs et des étudiants dans des proportions au total inférieures ou égales à 15% de sa capacité autorisée. Cela signifie que ces publics sont compris dans cette capacité autorisée. Ainsi, si une résidence autonomie a une capacité de 100 places autorisées, elle pourra accueillir au maximum 15 personnes handicapées, jeunes travailleurs ou étudiants. Les 85 places restantes seront réservées à des personnes âgées. Cet accueil n'interfère ni sur le calcul des seuils, ni sur le montant du forfait autonomie

- **Quelles sont les exigences en matière d'adaptation du projet d'établissement pour accueillir des personnes âgées dépendantes ?**

Le projet d'établissement doit prévoir les modalités d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes accueillies dans la résidence. Il doit mettre en place toutes les modalités

nécessaires pour assurer leur sécurité et leur prise en charge ou accompagnement, dans le respect des textes en vigueur.

▪ **Des modèles types de convention de partenariat sont-ils prévus ? Si oui, pour quand ?**

Des modèles types de convention de partenariat sont en cours de préparation par les services de la DGCS. Ils seront soumis à la concertation de représentants des gestionnaires de résidences autonomie, d'EHPAD ou de SSIAD notamment ainsi que des ARS et des conseils départementaux. Ils seront en principe disponibles d'ici la fin de l'année 2016.

▪ **Un service de soins infirmiers à domicile, un service d'aide et d'accompagnement à domicile ou encore un professionnel de santé doivent-ils avoir signé une convention de partenariat avec la résidence autonomie pour intervenir auprès des résidents à leur domicile ?**

Aucun prestataire de services à domicile et aucun professionnel de santé libéral choisi par un résident n'a besoin de conclure une convention de partenariat avec la résidence autonomie pour pouvoir intervenir auprès du résident à son domicile. Les conventions de partenariat prévues par la loi sont obligatoires pour les résidences autonomie uniquement si elles souhaitent admettre de nouveaux résidents en perte d'autonomie (GIR 1 à 4). Elles ont pour but de s'assurer de l'intégration de la résidence dans un réseau gériatrique suffisamment solide pour assurer un bon accompagnement et une bonne prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies.

▪ **« A titre dérogatoire, les RA peuvent admettre de nouveaux résidents en perte d'autonomie à la condition que le projet d'établissement prévoit les modalités d'accueil et de vie et que la RA ait conclu une convention de partenariat avec un EHPAD et un SSIAD/SPASAD/Centre de santé,... » : ces nouvelles dispositions concernent-elles uniquement les nouvelles entrées ou incluent-elles également les résidents dépendants déjà locataires avant l'entrée en vigueur du décret?**

Ces nouvelles dispositions concernent les admissions effectuées à compter de l'entrée en vigueur du décret, soit le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

▪ **Le directeur d'une résidence-autonomie peut-il demander la réévaluation du GIR de l'un de ses résidents dès lors qu'il constate une aggravation de la perte d'autonomie ?**

Oui, il est possible que le directeur d'une résidence autonomie demande une réévaluation du GIR d'un résident dont la perte d'autonomie s'est aggravée, notamment à l'équipe médico-sociale du conseil départemental, si le résident bénéficie ou souhaite bénéficier de l'APA, ou au médecin traitant le cas échéant, d'autant plus que cette information doit être mise à disposition chaque année des services du conseil départemental.

▪ **Les résidences autonomie peuvent-elles accueillir des personnes handicapées vieillissantes relativement autonomes hors du seuil des 15% avec dérogation d'âge des 60 ans ?**

Non, toutes les personnes en situation de handicap, indépendamment de leur âge, relèvent du seuil de 15% fixé dans le décret du 27 mai 2016 concernant l'accueil de personnes handicapées, de jeunes

travailleurs et d'étudiants en résidences autonomie. Par conséquent, il n'est pas possible d'accueillir des personnes handicapées vieillissantes relativement autonomes en dehors de ce seuil.

- **En cas d'élargissement aux PH ou étudiants, la capacité initiale est-elle modifiée au moment du renouvellement ? Faut-il distinguer le nombre de places réservées aux PA par rapport aux autres personnes accueillies ?**

Pour répondre aux objectifs de l'article 10 de la loi ASV, les places mobilisées en résidence autonomie pour accueillir des personnes handicapées, des jeunes travailleurs et des étudiants doivent être conformes aux besoins sociaux et médico-sociaux identifiés et priorisés par le conseil départemental. Les arrêtés autorisant la création ou renouvelant l'autorisation d'une résidence autonomie devront, à l'avenir, préciser le nombre maximum de places pouvant être attribuées à ces publics. Les conseils départementaux sont invités à se référer au modèle d'arrêté proposé à l'annexe 5 de l'instruction N° DGCS/SD3A/DREES/2016/300 du 6 octobre 2016 relative à la prise en compte dans la gestion du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), des modifications apportées par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et le décret n°2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

Il convient de souligner que ces places pourront être occupées, le cas échéant, par des personnes âgées. En effet, le nombre de places attribuées aux personnes handicapées, aux jeunes travailleurs et aux étudiants, qui figure dans l'arrêté d'autorisation, ne constitue qu'un plafond autorisé et non pas une réservation obligatoire de ces places à ces publics.

- **Un conseil départemental peut-il conditionner l'attribution de l'APA à une personne âgée résidant en résidences autonomie au fait que la structure ait conventionnée avec un EHPAD et avec un SSIAD ?**

La demande d'APA est liée à la situation de la personne, il s'agit d'APA à domicile indépendante du fonctionnement de la résidence autonomie. Une personne âgée vivant en résidence autonomie ne peut donc pas se voir refuser l'APA pour ce motif.

En revanche, lorsque la résidence autonomie n'a pas signé de convention avec un EHPAD et un SSIAD, elle ne pourra pas accueillir, à l'entrée, des personnes âgées en perte d'autonomie.

## **Les normes liées au bâti en résidence autonomie**

---

- **Pourquoi le décret instaure-t-il une obligation de distinction des bâtis lorsqu'un EHPAD et une résidence autonomie se situent dans le même lieu ? Quid des établissements qui ne la respectent pas et qui n'ont pas les moyens de se mettre aux normes ? Seront-ils sanctionnés ?**

L'article D. 131-24-3 du CASF créé par le décret du 27 mai 2016 reprend une disposition antérieure du même code, en aménageant légèrement la rédaction, codifiée à l'article D. 313-15-2. Cette obligation n'est donc pas nouvelle, elle ne crée donc pas de charges nouvelles pour les

établissements concernés. Par ailleurs, les établissements concernés ne sont actuellement qu'au nombre de 8 (source FINESS). Il s'agit des ex-logements foyers dont une partie de la capacité était conventionnée en tant qu'EHPAD. Le contrôle de la bonne application de cette disposition relève des services des conseils départementaux et des ARS dans le cadre de leurs missions d'inspection et de contrôle.

## 🔴 Les autorisations délivrées aux résidences autonomie

---

- **Dans le cadre d'un arrêté de cession d'autorisation de logement foyer, pour une date d'effet au 1<sup>er</sup> juillet 2016, doit-on nommer ces établissements résidences autonomie ou logements foyers ?**

Depuis la publication de la loi ASV au JORF le 29 décembre 2015, tous les logements foyers sont rebaptisés résidences autonomie. Il faut donc nommer ces établissements « *résidences autonomie* » sans même qu'il soit nécessaire d'adapter les autorisations individuelles de ces structures.

- **Est-il nécessaire de modifier ou de reprendre les autorisations délivrées aux logements foyers pour tenir compte de la création des résidences autonomie ? Si oui, cela constitue-t-il une nouvelle autorisation d'une durée de 15 ans ?**

Non, la bascule est automatique. Une régularisation de la terminologie employée pourra être effectuée au moment du renouvellement des autorisations concernées. Si une régularisation de forme était néanmoins opérée par le Conseil départemental, cela ne constituerait pas une nouvelle autorisation d'une durée de 15 ans.

- **Au regard de l'article 89 de la loi ASV, les autorisations des ex-logements foyers (créés avant la loi 2002-2) et venant à échéance en janvier 2017 sont-elles prorogées jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2023 ? Quid des établissements ayant transmis leurs évaluations externes en 2015 ? Quel est exactement le calendrier de renouvellement des autorisations pour les résidences autonomie ?**

Conformément à l'article 89 de la loi ASV, toutes les autorisations délivrées aux ex-logements foyers, y compris ceux créés avant la loi 2002-2, qui viennent à échéance avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021 sont prorogées jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2023. Les autorisations venant à échéance en janvier 2017 sont donc bien prorogées jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2023. L'évaluation externe doit être réalisée au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2022 et porte notamment sur la capacité de ces structures à mettre en œuvre les prestations minimales attendues. Les établissements ayant transmis leurs évaluations externes en 2015 devront donc à minima les compléter concernant l'évaluation de la mise en œuvre des prestations minimales.

- **Peut-on demander l'abrogation de l'autorisation délivrée à un ex-logement foyer que le gestionnaire souhaite transformer en résidences services ? Si oui, selon quelles modalités ?**

Il est toujours possible de mettre fin à une autorisation de manière anticipée. Cela nécessite un dialogue entre la structure concernée et les autorités d'autorisation.



Cependant, cette demande ne doit pas conduire à ce que ladite structure continue de fonctionner comme un établissement social et médico-social alors même qu'elle ne relève plus du code de l'action sociale et des familles. A partir du moment où la structure n'est plus autorisée, elle n'apporte plus apporter une réponse sociale et médico-sociale aux résidents mais seulement une prestation de services répondant à une demande d'un consommateur âgé.

Une telle demande suppose que le gestionnaire apporte une solution aux résidents de la résidence autonomie qu'il souhaite transformer car le besoin d'une réponse sociale et médico-sociale des résidents ne s'éteint pas avec le changement de catégorie juridique de la structure, il demeure inchangé. Un changement de structure de ces résidents pourrait alors s'avérer nécessaire s'ils ne donnent pas leur accord à la modification de leur statut au sein de la structure. Pour ces raisons, en pratique, ce type de situation apparaît très marginal.

- **La création d'une résidence autonomie peut-elle être autorisée par un Président de Conseil départemental sur la base du dernier alinéa de l'article L. 313-4 du CASF sans appel à projet, si elle n'est pas habilitée au titre de l'aide sociale ou un tel projet relève-t-il d'un financement public au sens dudit article (via le forfait autonomie) ?**

La procédure d'appel à projet s'impose pour l'autorisation des résidences autonomie non habilitées à l'aide sociale dès lors qu'elles bénéficient du forfait autonomie, quand bien même le versement du forfait autonomie serait conditionné à la conclusion d'un CPOM après la délivrance de l'autorisation.

La même procédure s'impose si l'un des résidents bénéficie de l'APA à domicile. L'APA constitue en effet un financement public indirect au sens de l'article L. 313-1-1 du CASF. En tant que prestation affectée à la solvabilisation d'une demande, qu'elle soit versée en établissement ou à domicile, elle contribue indirectement aux dépenses de fonctionnement de l'établissement ou du service. A ce titre, les résidences autonomie sans habilitation et recevant des bénéficiaires de l'APA relèvent en principe de l'AAP conformément à l'article L.313-1-1 du CASF.

Le III de l'article L. 313-1-1 du CASF définit les projets de transformation d'établissements exonérés de la procédure d'appel à projet à la condition de donner lieu à la conclusion d'un CPOM.

- **Peut-on considérer qu'une résidence autonomie est autorisée par le CD lorsqu'elle ne bénéficie d'aucun acte d'autorisation ou d'habilitation à l'aide sociale formalisée ?**

Oui, une résidence autonomie créée avant que le régime de l'autorisation ne lui soit applicable – soit avant le décret du 29 août 1976 (secteur privé) ou avant la loi du 2 janvier 2002 (secteur public) – peut être réputée autorisée par le président du conseil départemental, même en l'absence d'un acte formel d'habilitation à l'aide sociale. Le I de l'article 80-1 de la loi du 2 janvier 2002, issu de l'article 67 de la loi vieillissement, n'impose en effet pour ce faire aucun formalisme, et, par exemple, un simple acte de tarification est suffisant.

En outre, en vertu de l'article 75 de la loi du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, une résidence autonomie relevant d'une personne publique qui recevait des bénéficiaires de l'aide sociale à la date d'application de cette loi (c'est-à-dire le 10 janvier 1986) est réputée habilitée à l'aide sociale, sauf dénonciation expresse de l'habilitation par l'autorité compétente (dans les conditions prévues aujourd'hui par l'article L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles). Même si cette

habilitation n'est plus utilisée aujourd'hui, elle n'est pas caduque et elle permet donc de réputer la résidence autonomie autorisée.

Dans le cas contraire, le conseil départemental peut-il délivrer un acte d'autorisation à ces structures sans être contraint par l'article 89 de la loi ASV ?

Dans le cas d'une résidence autonomie préexistant légalement qui ne relèverait d'aucune des situations décrites précédemment, le conseil départemental peut lui délivrer, avec son accord, une autorisation ne valant pas habilitation à l'aide sociale, sans que s'applique la prorogation des autorisations délivrées aux résidences autonomie prévue à l'article 89 de la loi ASV, qui ne bénéficie qu'aux autorisations à venir à échéance au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021 (ce qui suppose qu'elles aient été délivrées – ou réputées telles – au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2006).

Il est préférable que la résidence autonomie formule elle-même cette demande. En l'absence d'autorisation, la structure ne sera pas prise en compte pour le calcul du concours financier versé par la CNSA à chaque conseil départemental ou métropole, la répartition étant effectuée sur la base du nombre de places autorisées dans les résidences autonomie. Il convient donc d'encourager les structures concernées à intégrer le régime de l'autorisation.

Les résidences autonomie ne bénéficiant pas d'une autorisation sont tenues de respecter les normes minimales de leur catégorie (prestations minimales, publics accueillis,...) mais elles ne sont pas soumises aux obligations en termes d'évaluation dont le calendrier dépend de celui de l'autorisation.

- **Est-il possible d'exclure un certain nombre de logements de l'autorisation délivrée à une résidence autonomie si l'établissement éprouve des difficultés à les remplir ?**

Il est toujours possible pour une résidence autonomie de renoncer à tout ou partie d'une autorisation. Cependant, l'autorité administrative doit en tirer toutes les conséquences, notamment financières et s'assurer que ce choix n'impacte pas la qualité de la prise en charge de certains usagers et est en adéquation avec les besoins du territoire défini par le schéma départemental.

- **Un conseil départemental peut-il reprendre les autorisations délivrées aux résidences autonomie dans lesquelles le nombre de places n'est pas précisé, malgré l'article 89 de la loi ASV ?**

L'autorisation est un acte créateur de droits et ne peut en principe être modifié qu'à la demande de l'organisme gestionnaire, sous réserve des exceptions liées à l'exercice des pouvoirs de police, au refus de renouvellement (partiel ou total) et à la procédure prévue à l'article L. 313-9 du CASF en ce qui concerne les habilitations financières. Une précision à l'autorisation peut néanmoins être apportée s'agissant du nombre de places autorisées, si celui-ci a déjà été fixé par ailleurs, notamment pour le nombre de places donnant lieu à habilitation à l'aide sociale. En tout état de cause, cet acte n'a pas d'effet sur les échéances de l'autorisation.

## **Résidences autonomie et outre-mer**

---

- **De quelle manière la législation et la réglementation propres aux résidences autonomie s'applique-t-elle dans les départements et territoires d'outre-mer ?**

La présence encore très forte de la cellule familiale pour l'accompagnement des personnes âgées outre-mer a certainement rendu un peu moins aiguë le besoin de ces RA qui ont pour principal avantage de rompre l'isolement.

La loi ASV est conforme à l'avis du Conseil d'État qui a estimé que les dispositions du CASF sur les résidences autonomie ne s'appliquent pas dans l'ensemble des 5 DOM (y compris Mayotte) et des 3 COM (SPM, Saint Martin et Saint Barthélemy).

L'article 84, adaptant l'ensemble de la loi ASV à l'outre-mer, écarte l'application des dispositions relatives aux résidences autonomie, qui relèvent à la fois du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF et de l'article L. 633-1 du CCH. Or le CCH exclut expressément de son application dans ces DOM/COM, lesdits logements foyers/résidences autonomie et écarte expressément l'application du L. 633-1.

Cette exclusion au CCH résulte d'un régime de subvention particulier des aides à la pierre et à l'investissement pour les DOM, et d'une compétence de fond en matière d'urbanisme pour les 3 COM.

La loi ASV facilite en revanche le développement de résidences service (art. 15) sans que l'art. 80 sur les adaptations outre-mer n'en fasse particulièrement mention. La loi rend applicable les dispositions relatives aux résidences services, prévues aux articles 14 et 15 de la loi ASV aux 5 départements d'outre-mer.