



N° 1994

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2014.

PROJET DE LOI

relatif à l'adaptation de la société au vieillissement,

(Renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. Manuel VALLS,
Premier ministre,

PAR Mme Marisol TOURAINE,
ministre des affaires sociales et de la santé,

ET PAR Mme Laurence ROSSIGNOL,
Secrétaire d'État, auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé,
chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie.

EXPOSÉ DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

La France est engagée, comme ses voisins européens, dans un processus de transition démographique marqué par une croissance importante et continue des classes d'âge les plus élevées, ainsi que par une augmentation de la longévité des Français. Les personnes âgées de soixante ans et plus, au nombre de 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Les Français âgés de soixante-quinze ans et plus (5,7 millions en 2012) seront 12 millions en 2060. Et le nombre des plus de quatre-vingt-cinq ans va quasiment quadrupler, passant de 1,4 million aujourd'hui à 5,4 millions en 2060.

Cette « révolution de l'âge », qui repose sur l'augmentation de l'espérance de vie, plus de quatre-vingt ans aujourd'hui en moyenne contre quarante-sept ans en 1900, constitue une chance. C'est également un défi majeur pour la société qui doit s'adapter dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et de santé et le plus longtemps possible de ce formidable progrès.

L'adaptation de la société française au vieillissement de la population constitue un chantier de longue haleine, pour de nombreux acteurs à la fois publics et privés, locaux et nationaux, associatifs et institutionnels, à commencer par les âgés eux-mêmes et leur entourage. La prévention de la perte d'autonomie constitue un enjeu aussi important que sa prise en charge. Le potentiel de développement économique induit par les consommateurs âgés, le logement, le caractère inclusif de la société, le respect des droits des âgés et la prise en compte de leur expression constituent eux aussi des aspects essentiels de l'adaptation de la société au vieillissement de la population.

Ce projet de loi d'orientation et de programmation vise à créer un cadre permettant à l'ensemble des acteurs concernés de se projeter dans l'avenir en anticipant la perte d'autonomie, en la prenant mieux en charge lorsqu'elle survient, et en adaptant la société au vieillissement. Il promeut une approche territoriale permettant d'appréhender les enjeux locaux et l'organisation des réponses par les acteurs en présence.

À cet égard, **l'article 1^{er}** précise que « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ».

L'approbation du rapport annexé fait l'objet de **l'article 2**. Ce rapport complète la présente loi de programmation et d'orientation et présente les orientations de l'ensemble des politiques publiques qui contribueront à répondre au défi de la révolution de l'âge. Il est structuré autour de quatre grands axes, l'anticipation et la prévention, l'adaptation de la société au vieillissement, l'accompagnement de la perte d'autonomie et la gouvernance nationale et locale des politiques de l'autonomie. Cette dynamique d'ensemble permet de porter un nouveau regard sur les âgés, de consacrer leur place, de reconnaître leur rôle fondamental dans la société et de saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi.

TITRE I^{er}. – ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le présent titre vise à prévenir et à retarder la perte d'autonomie, au plan individuel et collectif. Avec l'âge peuvent apparaître des fragilités et des pathologies chroniques pouvant entraîner une réduction de l'autonomie et mener peu à peu à la dépendance. Prévenir ces fragilités est essentiel et permettra, d'une part, de proposer, chaque fois que nécessaire, des programmes de prévention adaptés et, d'autre part, de faciliter le recours aux aides techniques pour retarder la perte d'autonomie. Pour notre société, il s'agit d'anticiper, au lieu de subir le vieillissement de nos concitoyens, dont les effets sur l'autonomie ne sont pas une fatalité.

Chapitre I^{er}. – L'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention

Les actions de prévention et les dispositifs, instruments, équipements, systèmes techniques adaptés ou conçus pour compenser une limitation d'activité jouent un rôle capital dans la prévention de la perte d'autonomie, d'une part pour induire des changements de comportement et permettre l'appropriation de messages de prévention et d'autre part, pour améliorer la sécurité et le soutien à domicile.

Toutefois, les besoins en la matière restent encore mal satisfaits. L'offre collective de prévention est dispersée entre des acteurs multiples, d'ampleur inégale sur les territoires et peu lisible pour le public auquel elle s'adresse.

C'est pourquoi le projet de loi vise à développer et améliorer l'accès du grand public à des actions individuelles et collectives de prévention dans le cadre d'une stratégie coordonnée entre les différents acteurs locaux compétents et à assurer une meilleure couverture des besoins sur les territoires.

Tel est l'objet du présent chapitre.

L'article 3 institue une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

L'article L. 233-1 qu'il propose de créer dans le code de l'action sociale et des familles définit les missions et les types d'actions entrant dans le champ de cette conférence, en complément des aides légales ou réglementaires.

Il précise que la conférence établit un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention pour répondre aux besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, à partir du recensement des besoins sur la base notamment du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et du projet régional de santé.

Elle facilite ainsi l'accès aux aides techniques individuelles notamment en soutenant des modes d'achat groupé ou de mise à disposition, programme les aides correspondant au forfait autonomie destiné aux logements-foyers, désormais appelés « résidences autonomie », coordonne et appuie des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées, encourage des actions d'accompagnement des proches aidants et favorise le développement d'autres actions collectives de prévention.

L'article L. 233-2 proposé prévoit en premier lieu que les actions améliorant l'accès aux aides techniques et favorisant le développement d'autres actions collectives de prévention, financées par le département grâce à un concours versé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), bénéficient pour au moins quarante pour cent de leur montant aux personnes âgées relevant des GIR 5 et 6.

Il prévoit en outre que les aides techniques individuelles, que le département finance grâce au concours susmentionné, sont accordées sous conditions de ressources des bénéficiaires variant selon la zone géographique de résidence, dans des conditions prévues par décret. Les membres de la conférence autres que le département respectent également cette règle pour le financement d'aides techniques à titre complémentaire de leur action habituelle.

L'article L. 233-3 prévoit la composition de la conférence, qui réunit l'ensemble des financeurs des politiques de prévention de la perte d'autonomie du territoire dans un objectif de coordination de leurs interventions. Participent obligatoirement à cette conférence, outre les représentants du département, les représentants de collectivités territoriales autres que le département et d'établissements publics de coopération intercommunale qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence (sur décision de leur assemblée délibérante), les représentants de l'agence nationale de l'habitat (ANAH) dans le département et de l'agence régionale de santé, les représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations des institutions de retraite complémentaire, mais également les représentants des organismes régis par le code de la mutualité. Peut également participer toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

L'article L. 233-4 prévoit la nature des informations nécessaires au suivi de l'activité et du financement des actions par le département et les modalités de leur transmission à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé au plus tard le 30 juin de chaque année.

L'article 4 prévoit le financement par la CNSA des actions de prévention sur la section V de son budget, sous forme de concours versés aux départements et abondés par une fraction des recettes de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie.

L'article 5 prévoit que les concours de la CNSA sont répartis annuellement entre les départements en deux parts : pour le forfait autonomie, en fonction du nombre de places dans les établissements concernés dans le département et pour les autres actions de prévention, en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus dans le département.

Chapitre II. – L'action sociale inter régimes des caisses de retraite

L'article 6 insère deux nouveaux articles au code de la sécurité sociale :

L'article L. 115-2-1 qui prévoit, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, le recueil et les échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale lorsqu'ils sont nécessaires à l'appréciation

des droits de leurs ressortissants aux prestations et avantages sociaux qu'ils délivrent. Ces dispositions permettront aux caisses de retraite de croiser leurs données avec celles des caisses d'assurance maladie pour repérer les retraités en risque de perte d'autonomie, qui constituent la cible prioritaire de leur action sociale.

L'article L. 115-9 consacre la démarche et la coordination inter-régimes de l'action sociale des régimes de retraite de base. Il prévoit que la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) signent avec l'État une convention pluriannuelle qui définit les principes d'une offre commune et coordonnée pour la préservation de l'autonomie, en fixe les orientations et formalise les modalités de sa mise en œuvre.

L'article 7 insère un article L. 113-2-1 dans le code de l'action sociale et des familles afin de prévoir le principe de la reconnaissance mutuelle de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées entre les caisses de retraite et les départements. Il s'agit de systématiser ce que de nombreux départements et caisses de retraite pratiquent d'ores et déjà, pour éviter des évaluations parfois redondantes au domicile et ainsi simplifier la vie des personnes âgées.

Chapitre III. – Lutte contre l'isolement

La lutte contre l'isolement des âgés repose notamment sur l'intervention de bénévoles, dans le cadre de la mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (MONALISA). Ainsi **l'article 8** complète le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, afin de permettre à la CNSA de financer la formation et le soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social. L'article élargit par ailleurs le champ des actions que peut soutenir la CNSA à l'accompagnement des proches aidants, (leur formation, déjà éligible, mais aussi différentes actions de soutien telles que les cafés des aidants, les groupes de pairs, etc...), ainsi qu'à la formation des personnels administratifs des services à domicile. Un prélèvement effectué sur le produit de la contribution additionnelle pour l'autonomie (CASA) versé à la section V abondera pour ce faire la section IV du budget de la CNSA.

TITRE II. – ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

Le présent titre vise à ce que toutes les politiques publiques prennent en compte la forte augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, afin

de penser autrement la cohésion sociale. Les territoires doivent s'adapter également aux exigences de qualité de vie d'une population qui vieillit : cela implique d'inciter les collectivités locales à penser les transports, les mobilités, l'urbanisme, les modes d'habiter et de vivre ensemble, à l'aune d'une démographie en pleine mutation. Enfin, l'âge ne doit pas être facteur de discrimination ou d'exclusion. Le regard sur le vieillissement doit évoluer et les âgés considérés au regard de leurs apports à la collectivité et non pas seulement en fonction de leurs besoins. Leurs droits doivent en outre être réaffirmés et prendre en compte les spécificités de l'avancée en âge.

Chapitre I^{er}. – Vie associative

Les dispositions de ce chapitre encouragent et valorisent l'engagement volontaire des âgés au service de l'intérêt général.

L'article 9 modifie à cette fin l'article L. 120-17 du code du service national pour organiser la reconnaissance de l'engagement des personnes retraitées âgées de soixante ans ou plus qui contribuent, en qualité de tuteurs, à la transmission des savoirs et compétences aux personnes effectuant un engagement de service civique et à leur formation civique et citoyenne.

L'article 10 insère après le titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles, un titre VIII intitulé « Volontariat civique sénior » composé des articles L. 480-1 à L. 480-3. Il crée ainsi une nouvelle forme de volontariat adaptée à un public en forte croissance qui constitue le socle du bénévolat en France. Ce volontariat a pour objectif de faciliter et de fidéliser l'engagement des âgés. Il est ouvert aux personnes âgées de soixante ans ou plus retraitées et est effectué auprès d'une personne morale à but non lucratif, en France ou à l'étranger. Les missions confiées concourent notamment à la transmission des compétences et des savoirs tant professionnels que personnels dans des domaines d'intervention prioritaires pour la Nation. Il donne lieu à la prise en charge des frais réellement engagés dans le cadre de la mission et, éventuellement, au bénéfice de chèques-repas permettant au volontaire d'acquitter en tout ou partie le prix du repas consommés au restaurant ou préparés par le restaurateur. Il ouvre droit à la délivrance d'un certificat de volontaire civique senior.

Chapitre II. – Habitat collectif pour personnes âgées

Le développement de différentes formes d'habitat avec services contribue également à l'adaptation de la société au vieillissement de la population. Le présent chapitre traite des logements foyers d'une part, des résidences services, d'autre part.

Section 1 : les résidences autonomie et les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées

La section 1 consacre en premier lieu la nouvelle appellation des logements-foyers pour personnes âgées sous l'intitulé de « résidences autonomie » qui permet de mieux les identifier par rapport aux autres établissements médico-sociaux et de renforcer leur rôle dans l'offre de logements intermédiaires entre le domicile et l'institution.

L'article 11 substitue au niveau maximum actuel de dépendance moyenne de l'établissement, à savoir le « groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré » de 300, difficile à évaluer et à tenir à jour, deux seuils maximum de personnes âgées dépendantes qui pourront résider dans ces résidences-autonomie, calculés en pourcentage du nombre total des résidents. Cette disposition a pour objectif de sécuriser les gestionnaires qui pourront désormais se référer à des règles claires portant sur la limitation de l'effectif des seules personnes en perte d'autonomie du logement-foyer, consacrant ainsi sa vocation première de logement.

Il confère à ces établissements une mission de prévention de la perte d'autonomie et institue un socle minimal de prestations devant être proposées aux résidents. Ces prestations peuvent également être proposées à des non-résidents. Un forfait autonomie, alloué par le département, au moyen du concours qu'il reçoit au titre des actions organisées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, est institué. Cet article permet enfin l'accueil de personnes dont la perte d'autonomie reste légère, sous certaines conditions de partenariat avec un service de soins infirmiers à domicile ou des professionnels médicaux ou paramédicaux ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'article 12 modifie l'article L. 633-3 du code de l'habitation et de la construction pour en harmoniser les dispositions avec celles du code de l'action sociale et des familles, en matière de durée du contrat de séjour et de règlement intérieur des logements-foyers. Il s'agit là encore de faciliter la tâche des gestionnaires des logements-foyers en levant certaines incompatibilités entre le code de la construction et de l'habitation et le code de l'action sociale et des familles dont relèvent conjointement ces établissements.

L'article 13 modifie l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles pour préciser que seule la part de la redevance des résidences autonomie et EHPA non habilités à l'aide sociale, assimilable au loyer et

aux charges locatives récupérables, augmente chaque année au maximum sur la base de l'indice de référence des loyers. Le solde de la redevance est librement fixé lors de la signature du contrat de séjour et varie dans la limite du pourcentage fixé annuellement par le ministre de l'économie, dans les mêmes conditions que les prix des prestations d'hébergement des établissements non habilités à l'aide sociale.

L'article 14 intègre dans le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS) prévu par l'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation les logements des logements foyers, dont les résidences autonomes, ainsi que les logements des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, afin d'améliorer la connaissance du parc locatif social, quelle que soit la forme d'habitat.

Section 2 : les autres formes d'habitat avec services

La section 2, consacrée aux résidences services, modifie la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis pour renforcer les droits du consommateur, qu'il soit locataire ou propriétaire.

L'article 15 modifie les articles 41-1 à 41-5 de la loi du 10 juillet 1965 pour introduire une distinction entre les services spécifiques individualisables dont les catégories sont prévues par décret et ceux qui ne le sont pas. Il ajoute que le règlement de copropriété peut prévoir l'affectation de certaines parties communes à la fourniture de services spécifiques individualisables, fournis dans le cadre d'une convention stipulée à titre gratuit avec un tiers prestataire pour cinq ans renouvelables. La convention fixe les conditions d'utilisation des parties communes affectées à ces services et de la contribution aux charges y afférant. L'assemblée générale choisit chaque prestataire et approuve la convention passée avec lui, en lui précisant les conditions de facturation des services proposés, à la majorité des voix de tous les copropriétaires. À défaut, si le projet recueille un tiers au moins de ces voix, l'assemblée peut procéder à un second vote et se prononcer à la majorité des suffrages exprimés. Faute de quoi une nouvelle assemblée générale, réunie dans les trois mois, se prononce à la majorité simple. La désaffectation de parties communes requiert en revanche une majorité des deux tiers des copropriétaires et entraîne la résiliation des contrats de prêt et de fourniture de services.

Le conseil syndical présente à l'assemblée générale le bilan annuel de l'exécution de chaque convention.

Le chapitre de la loi sur les résidences services est complété par un article 41-6 qui précise, afin d'éviter tout risque de conflit d'intérêt, que le syndic, l'un de ses préposés ou de ses proches ne peut être le prestataire de services. Il est également ajouté un article 41-7 pour créer au sein des résidences services un conseil des résidents et prévoir son fonctionnement. Il est réuni par le syndic avant la tenue de l'assemblée générale des copropriétaires. Il est informé et donne son avis notamment sur les besoins de création ou de suppression de services. Pour sa bonne information, il est remis à tout futur locataire ou acheteur d'un lot dans la résidence, un compte rendu des réunions du conseil des résidents.

Enfin, en accord avec les modifications qui précèdent, le II de cet article 15 supprime le 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail afin de retirer aux résidences services la possibilité de déroger au principe de l'activité exclusive des organismes prestataires de services d'aide à la personne.

Chapitre III. – Territoires, habitat et transports

L'article 16 ajoute un alinéa à l'article L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation afin que les programmes locaux de l'habitat définissent les objectifs et les principes d'une politique visant à répondre aux besoins liés au vieillissement et incite ainsi les collectivités territoriales à mieux intégrer cette problématique dans leur politique de l'habitat.

L'article 17 modifie l'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales pour prévoir la représentation des personnes âgées au sein des commissions communales d'accessibilité. Mises en place dans les communes de plus de 5 000 habitants, ces commissions dressent l'état d'accessibilité du cadre bâti, de la voirie, des espaces publics et des transports et recensent l'offre de logements accessibles.

L'article 18 a pour objectif de favoriser l'usage des transports en commun par les personnes âgées. Le premier modifie l'article L. 1214-2 du code des transports pour prévoir la prise en compte des personnes âgées dans les plans de déplacements urbains obligatoires dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants. Le second complète l'article L. 1231-8 du code des transports pour étendre le bénéfice des services de conseil en mobilité pour les personnes âgées et les personnes handicapées dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants.

Chapitre IV. – Droits, protection et engagements des personnes âgées

Section 1 : Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées

L'article 19 crée un nouvel article L. 113-1-1 du code de l'action sociale et des familles et consacre le droit, pour les personnes âgées en perte d'autonomie éligibles à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), à un accompagnement adapté respectant leur projet de vie dans les conditions notamment prévues par le présent projet. Il crée également un nouvel article L. 113-1-2 qui consacre le droit à l'information des personnes âgées et de leurs familles afin de leur permettre de choisir de façon éclairée leur mode de vie. Le projet de loi précise que les départements et la CNSA assurent notamment la mise en œuvre de ce droit.

Au 1° de **l'article 19** et aux **articles 20 et 21**, la notion de placement qui renvoie à un état de passivité est remplacée par celle d'accueil ou d'admission.

L'article 22 modifie l'article L. 311-3 pour inscrire la liberté d'aller et venir au rang des droits et libertés garantis aux personnes accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et comme l'un des fondements d'une prise en charge de qualité favorisant l'autonomie. Il complète l'article L. 311-4 de dispositions faisant obligation d'afficher la charte des droits et liberté de la personne accueillie et permettant de s'assurer du recueil du consentement, de la connaissance et de la compréhension des droits de la personne lors de la conclusion du contrat de séjour en établissement médico-social.

Il crée un nouvel article L. 311-4-1 précisant que toute limitation à la liberté d'aller et venir contractuellement consentie prise sur avis conforme du médecin coordonnateur de l'établissement et après avis du médecin traitant, doit être proportionnée, rendue nécessaire par l'état de la personne et conforme aux objectifs de sa prise en charge. Les adaptations correspondantes sont précisées dans une annexe au contrat de séjour faisant l'objet d'un avenant chaque fois que nécessaire. L'article L. 311-4-1 prévoit l'exercice d'un droit de rétractation suite à la signature du contrat de séjour. Il institue un délai de réflexion et un délai de préavis, lequel comprend ce délai de réflexion, pour rompre le contrat. Il précise enfin les cas dans lesquels la résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement peut intervenir.

Par ailleurs, cet article étend au secteur social et médico-social, en l'adaptant, la désignation d'une personne de confiance. Cette disposition, déjà en vigueur pour les usagers du système de santé (article L. 1111-6 du code de la santé publique) a pour but de renforcer les droits des usagers dans le secteur social et médico-social.

Enfin, il modifie l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles pour prévoir que les règles de vie collective susceptibles de limiter la liberté d'aller et venir des résidents admis en établissement social ou médico-social doivent être inscrites dans le règlement de fonctionnement dudit établissement.

Section 2 : Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles

L'article 23 crée un nouvel article L. 116-4 dont l'objet est d'interdire à tout établissement ou service social ou médico-social, et notamment à tout service d'aide à domicile, à toute personne liée à ce service, y compris les bénévoles et à tout employé de maison directement salarié par une personne âgée et intervenant à son domicile, de pouvoir bénéficier des dons, legs et avantages financiers de toute nature de la part de la personne aidée, sous réserve de dispositions ayant un caractère rémunérateur ou de dispositions universelles en faveur de parents. Il complète, intègre et remplace les dispositions préexistantes applicables aux accueillants familiaux (article L. 443-6) ainsi qu'aux établissements d'hébergement et à leurs personnels (article L. 331-4).

L'article 24 ajuste la rédaction de l'article 911 du code civil pour étendre aux personnes morales la nullité de plein droit d'une libéralité par personne interposée alors qu'elles sont frappées d'incapacité à recevoir des dons et legs. Cette nullité n'était jusqu'à présent prévue que pour les libéralités consenties aux personnes physiques.

L'article 25 crée un nouvel article L. 331-8-1 pour inscrire dans la loi l'obligation pour les établissements et services et lieux de vie et d'accueil de signaler aux autorités administratives compétentes tout dysfonctionnement ou évènement susceptible d'affecter la santé, la sécurité, le bien-être ou le respect des droits des personnes accueillies. Sont particulièrement visées les situations de maltraitance.

Section 3 : Protection juridique des majeurs

L'article 26 modifie les articles L. 471-6 et L. 471-8 pour prévoir que le mandataire judiciaire à la protection des majeurs, quel qu'il soit, remet le document individuel de protection des majeurs (DIPM) à la personne protégée ou, si son état ne lui permet pas d'en mesurer la portée, à l'un de ses proches. Cette obligation à laquelle sont soumis les services mandataires judiciaires s'appliquera aux mandataires personnes physiques exerçant à titre individuel ou en qualité de préposé d'établissement. Le DIPM est l'un des documents prévus par la loi du 5 mars 2007 pour renforcer les droits des majeurs protégés. Il s'inspire du document individuel de prise en charge applicable aux usagers du secteur social et médico-social. Cet article poursuit l'harmonisation des droits des majeurs protégés et des obligations des mandataires, dans la limite des contraintes liées au mode d'exercice (service mandataire ou personne physique exerçant seule son activité).

L'article 27 modifie l'article L. 472-1 et crée un nouvel article L. 472-1-1 dans le code de l'action sociale et des familles, renforçant le lien entre l'agrément des mandataires individuels et les besoins définis par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale consacré au secteur tutélaire. Pour ce faire, il intègre dans le régime d'agrément des mandataires individuels une procédure d'appel à candidatures permettant à la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) d'instruire les demandes d'agrément dans des périodes définies, et non au fil de l'eau comme actuellement et ainsi d'agréer les personnes les mieux à même de répondre aux besoins prioritaires.

L'article 28 modifie l'article L. 3211-6 du code de la santé publique relatif à la sauvegarde de justice. Celle-ci est déclenchée par la déclaration d'un médecin au procureur de la République lorsqu'il constate qu'une personne a besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile en raison d'une altération de ses facultés mentales ou physiques de nature à empêcher l'expression de sa volonté.

Cette disposition est étendue par le présent article aux médecins intervenant au sein des établissements sociaux et médico-sociaux. Cette mesure permet d'harmoniser les dispositions entre établissements de santé et établissements médico-sociaux, dont la distinction dans ce domaine ne se justifie pas. Elle simplifie la procédure et facilite la mise en œuvre de la sauvegarde de justice qui peut permettre au juge, si la situation de la

personne le justifie, de désigner un mandataire spécial pour accomplir un ou plusieurs actes précis de représentation ou d'assistance.

TITRE III. – ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Chapitre I^{er}. – Revaloriser et améliorer l'APA à domicile

La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 a marqué une étape fondamentale, permettant de passer d'une logique d'aide sociale à une logique de prestation universelle et à plan d'aide global au soutien à domicile dans les meilleures conditions.

Plus de dix ans après, cette prestation, qui a prouvé son utilité et sa pertinence, comme en témoigne le nombre croissant de bénéficiaires, connaît des limites, liées notamment à la saturation de nombreux plans d'aide et au fait que le ticket modérateur est d'autant plus élevé que les besoins d'aide sont importants. Cette situation peut générer, pour les personnes âgées qui n'ont pas la possibilité de mobiliser un patrimoine ou la solidarité familiale, un non recours aux aides nécessaires ou une entrée non choisie en établissement d'hébergement.

De fait, l'APA ne permet plus d'apporter une réponse à la hauteur de l'importance des besoins constatés. Ce projet de loi d'orientation et de programmation constitue une nouvelle étape visant à améliorer l'APA à domicile. La réforme favorise le soutien à domicile pour permettre aux personnes âgées qui le souhaitent et qui le peuvent de rester dans leur cadre de vie habituel.

Elle s'appuie sur deux leviers principaux :

- renforcer l'aide à domicile en revalorisant le plafond des plans d'aide pour l'ensemble des bénéficiaires, mais de façon plus importante pour les personnes les plus dépendantes, afin de répondre à la saturation et au manque de diversification des plans d'aide actuels ;
- améliorer l'accessibilité de tous à l'aide proposée en allégeant le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds et en baissant le ticket modérateur pour les personnes les plus modestes, afin de limiter la sous-consommation des plans d'aide pour des raisons financières.

Tel est l'objet du présent chapitre.

Le 1^o de **l'article 29** modifie l'article L. 232-3 pour mentionner l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée, prévue à

l'article L. 232-6 nouveau, à laquelle devra procéder l'équipe médico-sociale du département.

Le 2° vise à insérer un article L. 232-3-1 nouveau pour introduire dans la loi la référence à la majoration pour tierce personne et clarifier ainsi les conditions de revalorisation des plafonds des plans d'aide de l'APA au 1^{er} janvier de chaque année. Le principe de plafonds d'aide fixés en fonction du niveau de perte d'autonomie est conservé. Le montant de ces plafonds sera sensiblement revalorisé par décret pour tous les bénéficiaires de l'APA quel que soit leur degré d'autonomie, afin de mieux répondre aux besoins d'aide insatisfaits, avec un effort renforcé en direction des personnes les moins autonomes.

Le 3° remplace le premier alinéa de l'article L. 232-4 par des dispositions visant à diminuer le poids du reste à charge pour les personnes dont les plans d'aide sont les plus lourds. Il introduit le principe d'une modulation de la participation financière du bénéficiaire en fonction du montant du plan d'aide et de ses ressources, permettant ainsi d'assurer la dégressivité du ticket modérateur. Il prévoit la revalorisation du barème de l'APA chaque année au 1^{er} janvier et vise également à favoriser le réexamen annuel des ressources prises en compte dans le calcul du ticket modérateur, dans un souci de bonne gestion et afin d'assurer l'égalité de traitement des bénéficiaires.

Le 4° vise à préciser et compléter la procédure d'instruction de la demande d'APA, prévue à l'article L. 232-6 et qui comprend, outre l'appréciation du degré de perte d'autonomie de la personne au travers de la grille nationale « AGGIR », une évaluation multidimensionnelle permettant d'appréhender globalement la situation de la personne, dans son environnement physique et humain. Ces évaluations permettent d'intégrer au plan d'aide l'ensemble des réponses dont la personne ou ses proches aidants ont besoin.

Le 5° prévoit la suppression des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 232-7 relatives à la rémunération par CESU d'un salarié ou d'un service d'aide à domicile, dans la mesure où ces dispositions sont reprises à l'article L. 232-15.

Les 6° et 9° suppriment l'existence de la commission chargée de proposer le bénéfice de l'APA, cette compétence revenant à l'équipe médico-sociale.

Le 7° prévoit la suppression du premier alinéa et du dernier alinéa de l'article L. 232-14, relatifs à l'évaluation des besoins de la personne. Ces dispositions sont respectivement reprises avec des modifications, aux articles L. 232-6 et L. 232-15.

Le 8° précise le principe d'un paiement mensuel de l'APA pour les aides régulières. Les aides ponctuelles (notamment les aides techniques, les dépenses d'adaptation du logement, la solvabilisation de l'accueil temporaire ou du répit à domicile) peuvent faire l'objet de versements ponctuels dans des conditions à définir par décret. Il propose de faciliter pour les usagers et les départements, d'une part le paiement de la prestation au moyen du chèque emploi service universel (CESU), d'autre part le paiement direct aux prestataires de services, tout en élargissant cette possibilité aux organismes qui fournissent l'aide technique, réalisent l'aménagement du logement ou assurent l'accueil temporaire ou le répit à domicile. Il rappelle dans le même temps que le bénéficiaire de l'APA demeure libre de choisir un autre service, son choix ne pouvant être restreint par la facilité de gestion accordée au département. Ces mesures permettent de prévenir les indus, de faciliter le contrôle d'effectivité de la prestation et de simplifier le paiement des services et des intervenants. Elles intéressent aussi bien les départements et les services d'aide à domicile que les usagers.

L'article 30 insère après l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, un article L. 153 A visant à systématiser la transmission d'informations des administrations fiscales aux services instructeurs, afin de faciliter l'actualisation annuelle de la participation financière des bénéficiaires de l'APA.

Chapitre II. – Refonder l'aide à domicile

L'activité des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) des personnes âgées ou handicapées, dans la mesure où elle s'adresse à des personnes vulnérables, nécessite une action de régulation et de protection, aujourd'hui matérialisée soit par le régime d'autorisation du code de l'action sociale et des familles, soit par celui de l'agrément du code du travail, avec un droit d'option entre ces deux régimes. Les outils de régulation de ces services méritent cependant d'être clarifiés et rénovés. En outre, la situation financière très fragile d'un grand nombre de services doit être prise en compte. C'est l'objectif porté par le chantier dit de refondation de l'aide à domicile, qui a vocation à sécuriser le financement de cette activité et à conforter un cahier des charges de missions opposables aux services. Ces missions doivent comprendre des exigences de qualité et de diversification des services ainsi qu'une plus forte professionnalisation des

intervenants dans la chaîne de l'accompagnement et le parcours de vie. Ce cahier des charges repose sur des engagements clairs et contractualisés du département et des services dans une logique de mandatement au sens du droit communautaire, laquelle est réaffirmée et consolidée au titre des exigences de service d'intérêt général.

L'article 31 prévoit ainsi le contenu minimal des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les services d'aide à domicile, contrats qui ont vocation à faire l'objet de négociations complémentaires au niveau local en fonction des besoins et du contexte.

L'article 32 prolonge d'une année la possibilité de mener des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées, conduites selon un cahier des charges approuvé par les ministres en charge des personnes handicapées et des personnes âgées. Le gouvernement présentera un rapport d'évaluation au Parlement au plus tard le 30 octobre 2015, à partir, notamment, des contributions des départements et des services expérimentateurs.

Afin de remédier aux difficultés liées au double régime d'agrément et d'autorisation des services d'aide à domicile pour ce qui concerne les publics fragiles et de faciliter l'accès au régime de l'autorisation, **l'article 33** offre la possibilité aux services agréés s'adressant aux personnes âgées ou handicapées, dans les trois ans suivants la publication de la loi, d'être dispensés de la procédure de l'appel à projet pour demander une autorisation. Lorsqu'il est autorisé dans ces conditions, le service ne peut plus exercer son droit d'option. Enfin, l'autorisation, quand elle n'est pas assortie d'une demande d'habilitation à l'aide sociale, est conditionnée à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens imposant notamment au service d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, toute personne s'adressant à lui. Ceci afin de faciliter un égal accès de tous à ces services.

L'article 34 permet, à titre expérimental, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) d'opter pour un mode d'organisation intégratif dans lequel les besoins, les prestations de soins et d'aide apportés aux personnes sont évalués, mis en œuvre et suivis sous la coordination d'un infirmier, pour une période de trois ans. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens définit les modalités de financement de ces services et notamment les prestations de prévention qui peuvent être prises en charge par l'agence régionale de santé

et par le département. Cet article vise à accompagner le développement des SPASAD, qui présentent l'intérêt de rapprocher l'aide et le soin et de répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées ou handicapées. Leur rôle en matière de prévention de la perte d'autonomie est ainsi reconnu. Le Gouvernement remettra au Parlement, au plus tard le 30 juin 2017, un rapport d'évaluation de ces expérimentations.

Chapitre III. – Soutenir et valoriser les aidants

Les proches aidants, non professionnels, qui viennent en aide à une personne en perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne, sont des acteurs essentiels du soutien à domicile. En 2008, 4,3 millions de personnes aident régulièrement au moins un de leurs proches âgés de soixante ans ou plus à domicile, en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, selon l'enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels (HSA/DREES 2008).

C'est pourquoi le présent projet de loi vise à soutenir et valoriser les aidants. Tel est l'objet du chapitre 3.

L'article 35 crée un article L. 113-2-1 au sein du code de l'action sociale et des familles afin de définir la notion de proche aidant d'une personne âgée et de clarifier les bénéficiaires potentiels de différents droits ouverts par le présent projet de loi. Cette définition inclut les proches sans lien de parenté mais exige l'apport d'une aide régulière dans la vie quotidienne.

L'article 36 concerne les proches aidants des bénéficiaires de l'APA. Il prévoit, par la création d'un article L. 232-3-2 nouveau, que le proche qui assure une présence ou une aide indispensable et qui a besoin de répit peut ouvrir droit, dans le cadre de l'APA et sans préjudice de ses plafonds mais dans une limite prévue par voie réglementaire, à des dispositifs de répit pour la personne aidée (accueil de jour, hébergement temporaire ou aide à domicile renforcée). Il propose par ailleurs, en insérant un article L. 232-3-3 nouveau, d'offrir la possibilité d'une augmentation ponctuelle des plans d'aide, sans préjudice des plafonds, pour faire face à l'hospitalisation du proche aidant, en ayant notamment recours à des dispositifs d'hébergement temporaire.

L'article 37 permet l'expérimentation de prestations de suppléance à domicile du proche aidant de toute personne ayant besoin d'une surveillance régulière (également appelées dispositifs de « baluchonnage »), qu'elle soit âgée, handicapée ou malade, assurées par des professionnels pouvant

intervenir plusieurs jours consécutifs, dans le cadre d'un dispositif partiellement dérogatoire aux règles relatives au temps de travail, en service prestataire ou mandataire. Ces aménagements visent à prendre compte les spécificités liées à ce type d'interventions dans l'intérêt de la personne aidée et de l'intervenant professionnel.

Chapitre IV. – Dispositions financières relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie et au soutien et à la valorisation des aidants

L'article 38 définit les modalités de compensation aux départements des dépenses nouvelles résultant des améliorations de l'APA prévues aux chapitres I^{er} et III : revalorisation des plafonds ; réforme du barème de participation dans le but d'alléger le ticket modérateur des personnes ayant les plans d'aide les plus lourds ; instauration d'un module « répit » pour les aidants ; possibilité de dépasser les plafonds pour faire face à une hospitalisation d'un proche aidant.

Sans y être tenu d'un point de vue constitutionnel, le Gouvernement propose de compenser totalement cette dépense nouvelle à l'issue de sa montée en charge (2017), au montant auquel il l'a estimée dans le cadre de la préparation du présent projet de loi. Des fractions du produit de la CASA sont ainsi affectées à la section II du budget de la CNSA consacrée au financement de l'APA, qui évoluent entre 2015 et 2017 pour suivre la montée en charge prévisionnelle des dépenses liées aux améliorations de l'APA précitées, ainsi qu'au surcoût de deux accords de la branche de l'aide à domicile en voie d'agrément par l'État sur les dépenses d'APA.

Afin que chaque département bénéficie d'une compensation des charges nouvelles résultant pour lui de la loi, le concours APA de la CNSA est divisé en deux parts. La première part – qui correspond au concours dans ses modalités avant 2015 – vise à contribuer au financement de la dépense d'APA telle qu'elle résulte de la législation antérieure à la réforme, y compris pour des nouveaux bénéficiaires après l'entrée en vigueur de la loi. Les critères de sa répartition demeurent inchangés. Une deuxième part, complémentaire de la première, est créée, destinée spécifiquement à contribuer au financement de la réforme et qui sera répartie en fonction de la dépense nouvelle liée aux dispositions de la loi de chaque département, telle qu'estimée par l'État. Les modalités de sa répartition seront précisées par décret en Conseil d'État. La garantie pour chaque département que sa dépense nette d'APA après déduction du concours n'excède pas un pourcentage de son potentiel fiscal sera mise en

œuvre en prenant en compte la totalité de la dépense d'APA y compris celle résultant de la loi et les deux parts du concours.

Les dispositions relatives aux concours versés par la CNSA au titre de l'APA, sont applicables aux trois collectivités d'outre-mer Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Le projet précise les modalités de détermination spécifiques à ces trois collectivités du montant des concours de la CNSA auquel elles peuvent avoir droit. Pour pallier l'inexistence d'un potentiel fiscal dans les collectivités d'outre-mer Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, et sur le modèle du dispositif existant pour les dotations de l'État aux collectivités, l'article 38 prévoit l'affectation à ces trois collectivités d'une quote-part du concours au titre de l'APA. Cette quote-part sera déduite de l'enveloppe globale affectée au concours avant sa répartition entre les autres attributaires, puis répartie entre ces collectivités.

Chapitre V. – Soutenir l'accueil familial

Le présent chapitre vise à soutenir le dispositif d'accueil familial à titre onéreux de personnes âgées et de personnes handicapées adultes en favorisant son développement, en renforçant la qualité et la sécurité de l'accueil et en améliorant les droits des accueillants familiaux et des personnes accueillies.

Le 1° du I de l'**article 39** modifie l'article L. 441-1 afin de préciser les critères d'agrément, de favoriser le développement de l'accueil à temps partiel et de permettre au département de mieux sécuriser l'ensemble des accueils. Il vise également à mieux garantir le respect des droits de la défense des accueillants familiaux en cas de non renouvellement de leur agrément.

Le 2° actualise à l'article L. 441-2 la référence aux dispositions de l'article L. 441-1 relatives aux critères d'agrément, compte tenu des modifications apportées au 1°.

Le 3° modifie l'article L. 442-1 afin de prévoir :

- l'élaboration d'un projet d'accueil personnalisé ;
- la possibilité pour les personnes bénéficiant d'un accueil familial d'utiliser le CESU.

Celui-ci constitue un procédé simple et dématérialisé particulièrement adapté aux besoins des accueillis, les démarches déclaratives pouvant être

en pratique difficiles à assumer directement pour une personne en situation de perte d'autonomie ou de handicap ;

L'article L. 442-1 est également complété afin que les personnes accueillies bénéficient des droits actuellement garantis aux usagers des établissements sociaux et médico-sociaux, ainsi que des dispositifs prévus pour faciliter l'exercice de ces droits en cas de difficulté. Ces personnes pourront ainsi recourir à une personne qualifiée ou à une personne de confiance.

Le 4° vise, à l'article L. 443-11 nouveau, à améliorer les compétences des accueillants familiaux en précisant et en renforçant leur formation.

Les II et III de l'article 39, relatifs à l'utilisation du CESU par les accueillants familiaux, prévoient notamment que le CESU permettra la remise par l'organisme de recouvrement du relevé mensuel des contreparties financières à l'accueillant. Compte tenu des modifications techniques et des coûts de mise en œuvre, il est proposé une intégration dématérialisée, avec une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Cette mesure de bascule des comptes de déclaration nominative simplifiée s'inscrit dans une démarche de simplification du processus déclaratif et de promotion du CESU dont l'extension constitue l'un des projets annoncés lors du Comité Interministériel pour la modernisation de l'action publique du 17 juillet 2013.

Chapitre VI. – Clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en EHPAD

L'article 40 modifie l'article L. 342-2 dans le but d'instaurer le principe d'un socle de prestations relatives à l'hébergement dans les EHPAD gérés par des organismes de droit privé qui ne sont pas habilités à l'aide sociale. La base législative permettant de conduire cette démarche pour les autres établissements existe déjà. Ainsi la définition d'un socle de prestation pourra être mise en œuvre pour l'ensemble de l'offre.

Il prévoit à l'article L. 342-3 l'identification des tarifs correspondant au socle de prestations en améliorant ainsi la transparence des tarifs appliqués en EHPAD. Celles-ci permettront de comparer les tarifs hébergement socles de l'ensemble des places. Le tarif correspondant, permettant de financer le même panier de services d'un établissement à l'autre, est intitulé « tarif socle ». Les établissements ne sont pas autorisés à facturer en sus une prestation déjà comprise dans le socle.

Afin de permettre au ministre chargé des personnes âgées de contribuer à la régulation du taux d'évolution maximum de ces tarifs pour les places non habilités et non conventionnées qui ont un impact sur un poste de dépenses important et contraint pour de très nombreuses personnes âgées, l'article 40 modifie l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles pour prévoir que cet arrêté annuel est cosigné par le ministre chargé des personnes âgées et par le ministre chargé de l'économie et des finances. Il encadre tant l'évolution du tarif socle, que celle des autres tarifs hébergement.

De surcroît, dans la définition du taux plafond sera prise en compte l'augmentation des retraites.

En outre, le conseil de la vie sociale des établissements est consulté sur les tarifs socles et sur le prix des autres prestations d'hébergement.

L'article 40 modifie enfin l'article L. 342-4 pour transférer au président du conseil général, et non plus au préfet du département, la possibilité de déroger à l'application du taux fixant l'évolution maximale annuelle des tarifs des établissements et services non habilités à l'aide sociale.

L'article 41 complète l'article L. 312-9 pour prévoir la transmission d'informations notamment tarifaires relatives à l'hébergement par les établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes âgées à la CNSA, afin que celle-ci les mette à la disposition du grand public via un portail internet intégré à un dispositif global d'information en lien avec les départements. Cette disposition vise à renforcer l'information des personnes âgées et de leurs familles et la possibilité d'un choix éclairé des établissements et services adaptés.

L'article 42 modifie l'article L. 315-16 du code de l'action sociale et des familles et crée un nouvel article L. 314-12-1 pour permettre à l'ensemble des établissements, quel que soit leur statut, de saisir le juge aux affaires familiales en cas d'impayés des prestations facturées au résident. Cette faculté est en effet actuellement réservée aux seuls établissements publics, sans justification réelle.

L'article 43 insère les mots : « , le représentant de l'État dans la région » après le mot : « département » à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles pour rétablir la compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sur les décisions prises par le préfet de région. Cet article permet de réparer une omission

rédactionnelle. L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires n'a pas pris en compte la compétence nouvelle du préfet de région en matière de tarification des prestations fournies par les établissements et services financés sur le budget de l'État. L'absence de référence aux décisions prise par le préfet de région dans l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles empêche tout établissement ou service social et médico-social dont les prestations sont financées par le budget de l'État, de former un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

Chapitre VII. – Améliorer l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire

L'article 44 a pour objet de favoriser le développement des groupements de coopération sociale ou médico-sociale en clarifiant le cadre juridique qui leur est applicable, car les évolutions successives de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles suscitent des incertitudes quant à la possibilité pour un tel groupement d'être titulaire d'une autorisation.

L'article 45 modifiant l'article L. 313-1-1 a pour objet de faciliter et de simplifier la mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appels à projets des établissements et services sociaux et médico-sociaux, définie par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Il prévoit une exonération d'appel à projets, sous certaines conditions et dans certains cas limitativement énumérés (transformations, extensions) et lorsque le projet est porté par des établissements ou services assurant, pour le compte des conseils généraux en régie, des activités sociales ou médico-sociales, qu'ils disposent ou non de la personnalité juridique. Il dispense aussi de la visite de conformité un établissement social et médico-social soumis au renouvellement de son autorisation.

TITRE IV. – GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

Chapitre I^{er}. – Gouvernance nationale

Section 1 : Le Haut Conseil de l'âge

Le débat public sur le vieillissement existe aujourd'hui au sein d'une multiplicité d'institutions et d'instances de débat au mandat limité et à la composition souvent proche. Dès lors, la question du vieillissement n'est

pas abordée de manière suffisamment transversale et prospective. Ce déficit de partage des points de vue et des expertises entre tous les acteurs nuit à la visibilité et à l'impact des travaux conduits.

L'enjeu de la réforme proposée vise à favoriser un portage national plus transversal et stratégique de la politique nationale de promotion de l'autonomie des personnes et de l'adaptation de la société au vieillissement et ainsi à créer les conditions et le cadre d'un débat transversal en la matière.

L'article 46 crée un « Haut Conseil de l'âge ».

L'article L. 149-1 définit les missions du Haut Conseil de l'âge, placé auprès du Premier ministre. Ce Haut Conseil anime le débat public, apporte aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à l'avancée en âge et à l'adaptation de la société au vieillissement, contribue à l'élaboration et à l'évaluation d'une politique globale de l'autonomie et assure la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette politique.

Il formule des propositions et des avis ainsi que des recommandations sur les objectifs prioritaires de la politique de prévention de la perte d'autonomie, dont il évalue la mise en œuvre, en lien avec le Haut Conseil de la santé publique. Il est également compétent pour ce qui concerne le respect des droits et la bientraitance des personnes âgées, ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques.

Il assure le suivi de la mise en œuvre de la présente loi et donne un avis sur tout projet de mesure législative ayant une incidence sur la politique globale de l'autonomie des personnes âgées.

Le Haut Conseil de l'âge peut être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres intéressés de toute question relevant de son champ de compétence. Il peut également s'autosaisir.

L'article L. 149-2 précise la composition du Haut Conseil, qui est fixée, de même que les modalités de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement, par décret. Celle-ci traduit l'objectif de donner davantage la parole aux âgés dans la construction et le pilotage des politiques qui les concernent, mais aussi de créer les conditions et le cadre d'un débat transversal sur les politiques de l'autonomie. Il est donc composé, en nombre égal d'hommes et de femmes, notamment des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale compétents, de la CNSA, ainsi que des associations et

organismes représentant les retraités et les personnes âgées, ou contribuant à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment en matière de logement et de transport et des organismes représentant les professionnels et les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Section 2 : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Près de dix ans après la loi créant la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), cette dernière est désormais un acteur reconnu dans le paysage des politiques sociales et de santé. Elle a su s'imposer par la diversité de ses expertises, sa capacité d'appui méthodologique et la richesse des débats au sein de son conseil. Pour autant, ses compétences demeurent centrées sur la répartition des financements et son appui méthodologique est insuffisamment développé dans le champ des politiques de l'âge. Or la CNSA a vocation à contribuer au pilotage opérationnel de la politique nationale de l'autonomie des personnes âgées. Cela suppose de renforcer ses capacités d'action.

L'article 47 renforce les missions et élargit la gouvernance de la caisse.

Le 1° modifie l'article L. 14-10-1 et propose qu'elle contribue, d'une part, au financement de la prévention de la perte d'autonomie et au soutien des proches aidants et, d'autre part, à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins en cohérence avec sa mission actuelle de répartition des financements. Par ailleurs, la CNSA se voit confier une compétence en matière de référentiels sur la situation et les besoins des proches aidants.

Elle est également chargée de développer des échanges d'expériences et d'informations entre les services des départements en charge de l'APA et entre les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et de développer l'harmonisation des pratiques en matière d'évaluation et d'élaboration des plans d'aide et de gestion de l'APA, dans un objectif d'équité de traitement et de partage des bonnes pratiques.

Dans le cadre de son rôle actuel en matière de recueil des données, cet article prévoit qu'elle analyse les conditions dans lesquelles les territoires répondent aux besoins de compensation des personnes âgées, ce pour quoi elle est déjà compétente dans le champ du handicap.

La CNSA met en outre à disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leur famille une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les acteurs locaux.

Elle conçoit et met en œuvre un système d'information commun à l'ensemble des maisons départementales des personnes handicapées. Il est en outre prévu qu'à cette fin elle puisse définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité des différents systèmes d'information et labelliser ceux d'entre eux qui sont conformes à ces normes, en lien avec le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés. Cette possibilité de définir des normes lui serait aussi offerte pour assurer la mise en œuvre de la « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » (MAIA).

Le 3° propose, en créant un nouvel article L. 14-10-7-1, qu'une convention pluriannuelle soit signée entre la CNSA et chaque président de conseil général afin de définir globalement leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et handicapées ainsi qu'une stratégie commune sur le territoire. Cette convention précise notamment les modalités de répartition des crédits relatifs aux actions de prévention financées par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie et les modalités de versement des concours de la caisse aux départements. Le 2° supprime en conséquence la convention visant à définir les objectifs de qualité de service pour chaque maison départementale des personnes handicapées en vue du versement du concours.

L'article 48 prévoit d'étendre à la CNSA, en tant qu'organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, les dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux régimes de base et au fonds de solidarité vieillesse en matière de référentiel comptable applicable (article L. 114-5) et de nomination d'un commissaire aux comptes (article L. 114-8).

Section 3 : Systèmes d'information

L'article 49 modifie l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles afin de donner une définition homogène au contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). La transmission de données normalisées est prévue tant pour l'activité des MDPH elles-mêmes que pour celles des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées et des fonds départementaux de compensation du handicap et pour les informations relatives aux usagers eux-mêmes. Elle permet en effet d'agréger ces informations au niveau national et ainsi de mieux connaître les parcours des personnes handicapées. Les MDPH utilisent le numéro d'inscription au

répertoire (NIR) qui permet une meilleure exploitation statistique des informations transmises à la CNSA et participe du pilotage de la politique publique correspondante.

L'article 50 crée au sein du chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles, une section 3 intitulée « Gestion et suivi statistique ».

Les articles L. 232-21 et L. 232-21-1 reprennent des dispositions préexistantes relatives à la collecte de données agrégées relatives aux bénéficiaires et à la dépense d'APA.

L'article L. 232-21-2 prévoit que les informations individuelles relatives aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement soient transmises au ministre chargé des personnes âgées à des fins statistiques.

L'article 50 prévoit également à l'article L. 232-21-3 une liste d'informations relatives à l'APA, à l'aide sociale et à leurs bénéficiaires, que les départements collectent et conservent. À des fins statistiques, ils utilisent à cette occasion le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques de chaque bénéficiaire comme identifiant.

L'article 51 modifiant l'article L. 247-2 prévoit que les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, interopérable avec ceux des départements et de la CNSA, selon des conditions prévues par décret.

Chapitre II. – Gouvernance locale

Section 1 : La coordination gérontologique

La coordination accrue entre les différents intervenants institutionnels auprès des personnes âgées, comme auprès des personnes handicapées, constitue un enjeu essentiel qui doit être abordé en cohérence avec les orientations de la réforme territoriale. C'est la raison pour laquelle le présent projet de loi ne comporte pas à ce stade de dispositions en la matière. Elles seront néanmoins au centre des évolutions futures de façon à renforcer tant les modalités de prévention que d'accompagnement de la perte d'autonomie. Ces dispositions traiteront également des modalités d'associations des représentants des publics concernés à la construction et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie.

Dans cette attente, trois dispositions constituent un premier levier d'action.

L'article 52 modifie l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles dans le but de simplifier l'énoncé du champ d'intervention des MAIA et de rectifier le sens de l'acronyme MAIA, qui devient la « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ». Cette précision terminologique permet de lever une ambiguïté en confirmant que les MAIA n'ont pas vocation à constituer des structures supplémentaires mais à conforter et renforcer les structures déjà existantes en travaillant à l'intégration des réponses aux besoins sur les territoires.

Cet article autorise également les personnels qui interviennent dans le cadre des MAIA à déroger de façon encadrée au secret professionnel afin de faciliter le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie, sous réserve du consentement exprès de la personne, de son représentant légal ou de la personne de confiance. Il permet enfin aux acteurs de la MAIA de recueillir des données relatives à la santé, à la situation sociale et à l'autonomie des personnes âgées. Un tel recueil et partage d'information est en effet nécessaire à l'efficacité du travail des acteurs intervenant dans le cadre des MAIA.

L'article 53 précise à l'article L. 312-4, le rôle d'appui aux institutions (agences régionales de santé – ARS, départements...) qu'ont vocation à jouer, parmi d'autres acteurs, les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) en matière d'observation et d'analyse des besoins des populations vulnérables et des réponses qui leur sont apportées, ainsi que d'accompagnement des évolutions de l'offre de service sociale et médico-sociale.

L'article 54 propose d'élargir le périmètre des schémas régionaux d'organisation médico-sociale élaborés par les ARS dans le cadre de leurs projets régionaux de santé aux besoins et aux dispositifs d'accompagnement et de répit des proches aidants de personnes âgées et de personnes handicapées. Ces derniers jouent un rôle majeur dans le soutien à domicile de ces personnes et ont besoin d'accompagnement ou de relais pour assurer leur rôle dans les meilleures conditions pour eux et pour leurs proches aidés.

Section 2 : Organisation du contentieux de l'aide sociale

L'article 55 prévoit de donner au Gouvernement une habilitation, pour dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi, à légiférer par voie d'ordonnances en vertu de l'article 38 de la Constitution afin de

réformer l'organisation du contentieux de l'aide sociale pour tirer les conséquences des décisions du Conseil constitutionnel n° 2010-110 QPC du 25 mars 2011 et n° 2012-250 QPC du 8 juin 2012, qui ont censuré certaines des dispositions relatives à la composition des juridictions compétentes.

TITRE V. – DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER

L'article 56 intéresse les départements d'outre-mer, Mayotte et les collectivités d'outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy pour lesquels des adaptations sont rendues nécessaires, compte tenu d'une part, d'adaptations déjà existantes excluant certains dispositifs et d'autre part, de l'absence de compétences de l'État dans certaines matières pour certaines collectivités. Du point de vue de la méthode, dans un objectif de clarté et de sécurité juridiques, il a donc été choisi de prévoir des adaptations et d'exclure expressément les articles du projet de loi non applicables.

D'autre part, pour la Guyane, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte, a été introduite une possibilité d'adaptation, par décret, des dispositions relatives à la conférence des financeurs, pour le cas échéant, permettre de moduler leur composition.

L'article 57 adapte les règles de calcul des concours de la CNSA aux collectivités d'outre-mer Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

La CNSA attribue chaque année des concours aux départements pour le financement de la prestation de compensation (PCH) et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), calculés sur la base de plusieurs critères dont celui du potentiel fiscal de la collectivité. L'article 61 prévoit l'affectation à ces trois collectivités d'une quote-part du concours au titre de la PCH. Cette quote-part sera déduite de l'enveloppe globale affectée au concours avant sa répartition entre les autres tributaires, puis répartie entre ces collectivités.

En ce qui concerne le concours MDPH, la disposition prévoit de retenir une valeur nulle du potentiel fiscal pour le calcul du concours.

TITRE VI. – DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

L'article 58 prévoit que le Gouvernement remet au Parlement au plus tard le 1^{er} septembre 2016, puis au plus tard le 1^{er} septembre 2017, un rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre de la présente loi. Ces deux

rapports sont établis à l'issue d'une analyse conjointe de l'État et des départements et donnent lieu, le cas échéant, à des propositions d'évolution de la présente loi et de ses mesures d'application.

L'article 59 prévoit l'entrée en vigueur de la suppression de la section V *bis* du budget de la CNSA le 1^{er} janvier 2015.

L'article 60 prévoit que les résidences-autonomie disposent d'un délai de 5 ans suivant la publication du décret prévu à l'article 11 pour proposer aux résidents le socle minimal de prestations qu'ils doivent leur fournir.

L'article 61 précise que les dispositions de l'article 14, relatives au répertoire des logements locatifs sociaux, entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Les dispositions de l'article 22 consacrée aux droits individuels des personnes âgées hébergées conduisent à modifier les livrets d'accueil des établissements et les contrats de séjour qu'ils passent avec leurs résidents. Aussi **l'article 62** prévoit-il que ces documents sont mis en conformité avec ces dispositions à l'occasion de leur plus prochaine actualisation et au plus tard dans un délai de dix-huit mois.

L'article 63 prévoit au I un délai d'un an à compter de la publication des mesures réglementaires d'application de l'article 29 de la présente loi, au cours duquel les départements réexamineront la situation et les droits des bénéficiaires de l'APA dont le montant du plan d'aide est proche de la saturation. Seront réexaminées en priorité les situations des personnes ayant le degré de dépendance le plus lourd. Dans le même délai, le II de cet article précise que la situation des personnes dont le plan d'aide n'est pas saturé est réexaminée, à compter de la date de publication du décret d'application prévu à l'article 36 au regard des besoins de leurs proches-aidants, selon le même ordre de priorité.

L'article 64 prévoit de fixer par décret les conditions d'application aux accueillants familiaux déjà agréés à la date de publication de la loi, des dispositions de l'article L. 443-11 nouveau relatif à la formation des accueillants familiaux. Il précise également que les dispositions relatives à l'utilisation du CESU dématérialisé (article 41) entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

L'article 65 prévoit que les dispositions relatives au socle de prestations des EHPAD non conventionnés à l'aide sociale financées par un « tarif socle » ne seront pas applicables aux contrats conclus avant la date d'entrée en vigueur du décret prévu à l'article 40.

L'article 66 précise que l'article L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles sera abrogé à la date de publication des décrets nécessaires à l'entrée en vigueur des dispositions des articles L. 232-21 et L. 232-21-1 relatives à la gestion et au suivi statistique de l'APA.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, délibéré en conseil des ministres après avis du Conseil d'État, sera présenté à l'Assemblée nationale par la ministre des affaires sociales et de la santé, qui sera chargée d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion, avec le concours de la secrétaire d'État, auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie.

TITRE PRÉLIMINAIRE

DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION

Article 1^{er}

L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.

Article 2

Le rapport définissant les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement de la population, annexé à la présente loi, est approuvé.

- ⑩ « 4° Encourage des actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- ⑪ « 5° Favorise le développement d'autres actions collectives de prévention.
- ⑫ « *Art. L. 233-2.* – Les dépenses consacrées aux actions mentionnées aux 1° et 5° de l'article L. 233-1, que le département finance par le concours mentionné au *a* du V de l'article L. 14-10-5, doivent bénéficier, pour au moins quarante pour cent de leur montant, à des personnes qui ne remplissent pas les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2.
- ⑬ « Les aides individuelles accordées dans le cadre des actions mentionnées au 1° de l'article L. 233-1, que le département finance par le concours mentionné au premier alinéa, doivent bénéficier aux personnes qui remplissent des conditions de ressources variant selon la zone géographique de résidence et définies par décret.
- ⑭ « La règle mentionnée au deuxième alinéa s'applique également aux financements complémentaires alloués par d'autres membres de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1.
- ⑮ « *Art. L. 233-3.* – La conférence mentionnée à l'article L. 233-1 est présidée par le président du conseil général. Elle comporte des représentants :
- ⑯ « 1° Du département et, sur décision de leur assemblée délibérante, de collectivités territoriales autres que le département et d'établissements publics de coopération intercommunale qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence ;
- ⑰ « 2° De l'agence nationale de l'habitat dans le département et de l'agence régionale de santé ;
- ⑱ « 3° Des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations des institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale ;
- ⑲ « 4° Des organismes régis par le code de la mutualité.
- ⑳ « Toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie peut y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

- ⑳ « En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.
- ㉑ « Art. L. 233-4. – Le président du conseil général transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, au plus tard le 30 juin de chaque année, un rapport d'activité et les données nécessaires au suivi de l'activité de la conférence. Ces données sont relatives :
- ㉒ « 1° Au nombre de demandes et d'actions financées par les financeurs de la conférence, par type d'actions, notamment celles mentionnées aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1 ;
- ㉓ « 2° Aux dépenses par type d'action ;
- ㉔ « 3° Au nombre et aux caractéristiques des bénéficiaires des actions.
- ㉕ « Le défaut de transmission de ces informations après mise en demeure par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fait obstacle à tout nouveau versement au département à ce titre.
- ㉖ « Art. L. 233-5. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Article 4

- ① L'article L. 14-10-5 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « six » ;
- ③ 2° Le V est ainsi modifié :
- ④ a) Au premier alinéa, après les mots : « et de prévention », sont insérés les mots : « dont celles prévues aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1, » et après les mots : « d'études », sont insérés les mots : « et d'expertise » ;
- ⑤ b) Le a est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « a) Pour les personnes âgées, ces charges, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues respectivement aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1, pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction correspondant au produit

de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4 diminué des montants respectivement mentionnés au *b* du 1° du II du présent article et au *b* du présent V, ainsi que par une fraction des ressources prévues au *a* du 2 du I du présent article fixées par le même arrêté ; »

- ⑦ *c)* Au *b*, les mots : « des ressources prévues au *a* du III » sont supprimés et les mots : « une fraction, fixée » sont remplacés par les mots : « une fraction des ressources prévues au *a* du III et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4, fixées » ;
- ⑧ 3° Le V *bis* est abrogé.

Article 5

- ① Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du même code est complété par un article L. 14-10-10 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 14-10-10. – Les concours aux départements mentionnés au *a* du V de l'article L. 14-10-5 sont répartis comme suit :
- ③ « 1° Le concours correspondant au forfait autonomie mentionné à l'article L. 313-12 est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de places dans les établissements éligibles au forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 ;
- ④ « 2° Le concours correspondant aux autres actions de prévention mentionnées aux 1° et 5° de l'article L. 233-1 est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus. »

CHAPITRE II

L'action sociale inter-régimes des caisses de retraite

Article 6

- ① Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 115-2, il est inséré un article L. 115-2-1 ainsi rédigé :

- ③ « *Art. L. 115-2-1.* – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale échangent entre eux les renseignements autres que médicaux qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie.
- ④ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les organismes susceptibles d'en être destinataires. » ;
- ⑤ 2° Le chapitre est complété par un article L. 115-9 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 115-9.* – La Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale du régime social des indépendants concluent avec l'État une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes conduite par les régimes que ces organismes gèrent. Elle est conclue dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion signées avec l'État.
- ⑦ « Elle peut également être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite. »

Article 7

- ① Au chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles, après l'article L. 113-2, il est inséré un article L. 113-2-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 113-2-1.* – Le département et les organismes de sécurité sociale définissent les modalités assurant la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie des personnes âgées selon la grille nationale d'évaluation mentionnée à l'article L. 232-2. »

CHAPITRE III

Lutte contre l'isolement

Article 8

- ① Au chapitre X du titre IV du livre I^{er} du même code, le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ③ « 1° En ressources :
- ④ « *a*) Une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget qui ne peut être inférieure à 5 %, ni supérieure à 12 % de ce produit ;
- ⑤ « *b*) Une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au *a* du 1° du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de cette fraction ; »
- ⑥ « *c*) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4 affectée au *a* du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction. » ;
- ⑦ 2° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑧ « 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1. »

TITRE II

ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

CHAPITRE I^{ER}

Vie associative

Article 9

- ① Le deuxième alinéa de l'article L. 120-17 du code du service national est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « Une attestation de tutorat est délivrée dans des conditions définies par l'Agence du service civique, à toute personne âgée de soixante ans ou plus retraitée qui contribue en sa qualité de tuteur à la transmission des savoirs et compétences aux personnes effectuant un engagement de service civique et à leur formation civique et citoyenne. »

Article 10

- ① Après le titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un titre VIII ainsi rédigé :
- ② « *TITRE VIII*
- ③ « *VOLONTARIAT CIVIQUE SENIOR*
- ④ « *Art. L. 480-1.* – Le volontariat civique senior a pour objet de renforcer le lien social et intergénérationnel en permettant aux personnes volontaires âgées de soixante ans ou plus retraitées de s'engager au service de la communauté nationale par la réalisation d'une mission d'intérêt général auprès d'une personne morale à but non lucratif, en France ou à l'étranger.
- ⑤ « Les missions confiées concourent à la transmission des compétences et des savoirs tant professionnels que personnels dans des domaines d'intervention reconnus prioritaires pour la Nation.
- ⑥ « Il ouvre droit à la délivrance d'un certificat de volontaire civique senior.

- ⑦ « *Art. L. 480-2.* – Le volontariat civique senior est un engagement libre et désintéressé, réalisé sur une période continue ou discontinue, réservée aux personnes âgées de soixante ans ou plus retraitées.
- ⑧ « La collaboration entre le volontaire et la personne morale est exclusive de tout lien de subordination et ne relève pas du code du travail.
- ⑨ « *Art. L. 480-3.* – Le volontaire bénéficie dans le cadre de sa mission du remboursement des frais réellement engagés. Dans les conditions et selon les modalités prévues par l'article 12 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif, la personne morale peut faire bénéficier le volontaire de chèques-repas lui permettant d'acquitter en tout ou partie le prix de repas consommés au restaurant ou préparés par un restaurateur.
- ⑩ « *Art. L. 480-4.* – Un décret fixe les conditions d'application du présent titre. »

CHAPITRE II

Habitat collectif pour personnes âgées

Section 1

Les résidences autonomie et les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées

Article 11

- ① L'article L. 313-12 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du I, les mots : « dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret » sont remplacés par les mots : « dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret » et les mots : « au plus tard le 31 décembre 2007 » sont supprimés ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa du I, les mots : « Si la convention pluriannuelle n'est pas conclue avant la date prévue au précédent alinéa » sont supprimés et les mots : « des établissements retardataires » sont remplacés par les mots : « des établissements relevant du présent I dans sa rédaction applicable au 1^{er} janvier 2008 et qui n'ont pas conclu depuis cette date de convention pluriannuelle » ;

- ④ 3° Au troisième alinéa du I, les mots : « À compter du 1^{er} janvier 2008, » sont supprimés ;
- ⑤ 4° Le premier alinéa du *I bis* est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « *I bis*. – Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui ont opté pour la dérogation prévue par le présent *I bis* dans sa rédaction issue de la loi n° 2005-1579 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et continuaient d'en relever à la date de publication de la loi n° du conservent le bénéfice de cette dérogation tant qu'ils accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion inférieure à un seuil fixé par décret. » ;
- ⑦ 5° Aux deuxième et troisième alinéas du *I bis*, le mot : « opte » est remplacé par les mots : « a opté » ;
- ⑧ 6° Le dernier alinéa du *I bis* est supprimé ;
- ⑨ 7° Aux deux alinéas du *I ter*, le mot : « bénéficiaire » est remplacé par le mot : « bénéficiaient » ;
- ⑩ 8° Au premier alinéa du *I ter*, les mots : « au deuxième seuil mentionné au premier alinéa du *I bis* » sont remplacés par les mots : « au seuil défini par le décret prévu au premier alinéa du *I bis* » ;
- ⑪ 9° Au deuxième alinéa du *I ter*, les mots : « au seuil mentionné au I » sont remplacés par les mots : « aux seuils mentionnés au I » ;
- ⑫ 10° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑬ « III. – Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I ainsi que les établissements relevant des *I bis* et *I ter*.
- ⑭ « Ils proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations peuvent également être proposées à des non-résidents.

- ⑮ « Sauf pour les établissements mentionnés au quatrième alinéa du *I bis* et au deuxième alinéa du *I ter*, l'exercice de leur mission de prévention donne lieu, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10, à une aide dite forfait autonomie, allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait. »
- ⑯ « Les résidences autonomie facilitent l'accès de leur résidents à des services d'aide et de soins à domicile. Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues respectivement avec un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile ou des professionnels de santé, et avec un établissement ayant lui-même conclu une convention pluriannuelle en application du premier alinéa du I. »

Article 12

- ① L'article L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 633-3.* – À titre dérogatoire, dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant des 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, la durée du contrat prévu à l'article L. 633-2 est celle du contrat de séjour conclu entre le résident et le gestionnaire en application de l'article L. 311-4 ou de l'article L. 342-1 du code précité. Les clauses et mentions obligatoires prévues par le présent chapitre peuvent être insérées dans le contrat de séjour. »
- ③ « Pour les établissements mentionnés à l'alinéa précédent, le règlement de fonctionnement mentionné à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles tient lieu de règlement intérieur. »

Article 13

- ① Le 3° de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « 3° Les établissements conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour ce qui concerne les prestations qui ne sont pas prises en compte dans

le calcul de la part de la redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables conformément aux conventions mentionnées à l'article L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation. »

Article 14

- ① L'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :
- ② 1° Au cinquième alinéa, les mots : « L'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais et » sont supprimés ;
- ③ 2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ④ « Les logements concernés sont des logements autonomes en habitations individuelles ou collectives, les logements des logements-foyers définis à l'article L. 633-1, ainsi que les logements des centres d'hébergement et de réinsertion sociale mentionnés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ⑤ 3° Au dixième alinéa, les mots : « , à l'exception des logements ou lits mentionnés au 4° de l'article L. 302-5 » sont supprimés.

Section 2

Les autres formes d'habitat avec services

Article 15

- ① I. – Les articles 41-1 à 41-5 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. 41-1.* – Le règlement de copropriété peut étendre l'objet d'un syndicat de copropriétaires à la fourniture aux occupants de l'immeuble de services spécifiques dont les catégories sont précisées par décret, qui, du fait qu'ils bénéficient par nature à l'ensemble de ses occupants, ne peuvent être individualisés.
- ③ « Les services non individualisables sont procurés en exécution d'une convention conclue avec des tiers. Les charges relatives à ces services sont réparties conformément au premier alinéa de l'article 10. Les charges de

fonctionnement constituent des dépenses courantes au sens et pour l'application de l'article 14-1.

- ④ « Les décisions relatives à la suppression des services non individualisables sont prises à la majorité prévue au premier alinéa de l'article 26 et, le cas échéant, à celle prévue au dernier alinéa du même article.
- ⑤ « Si l'équilibre financier d'un ou de services mentionnés au présent article est gravement compromis, et après que l'assemblée générale s'est prononcée, le juge statuant comme en matière de référé, saisi par des copropriétaires représentant 15 % au moins des voix du syndicat, peut décider soit la suspension, soit la suppression de ce ou de ces services.
- ⑥ « Le statut de la copropriété des immeubles bâtis est incompatible avec l'octroi de services de soins ou d'aide et d'accompagnement exclusivement liés à la personne, qui ne peuvent être fournis que par des établissements et des services relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- ⑦ « *Art. 41-2.* – Le règlement de copropriété peut prévoir l'affectation de certaines parties communes à la fourniture, aux occupants de l'immeuble, de services individualisables. Il précise alors la répartition et la charge des dépenses d'entretien et de fonctionnement liées à ces parties communes.
- ⑧ « *Art. 41-3.* – Les conditions d'utilisation par les tiers des parties communes destinées à des services spécifiques individualisables sont fixées dans une convention stipulée à titre gratuit, conformément aux articles 1875 et suivants du code civil. Cette convention est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable.
- ⑨ « *Art. 41-4.* – L'assemblée générale, sur proposition du conseil syndical, choisit, à la majorité de l'article 25 et, le cas échéant, de l'article 25-1, le ou les prestataires appelés à fournir les prestations de services spécifiques individualisables. Elle approuve, par un vote distinct et selon les mêmes modalités, les termes de la convention envisagée avec le ou les prestataires choisis, ayant pour objet le prêt gratuit des parties communes affectées aux services concernés, établie conformément aux dispositions de l'article 41-3.
- ⑩ « La durée des contrats de prestations conclus par chaque copropriétaire avec les prestataires ne peut excéder celle du prêt dont ces derniers bénéficient.

- ⑪ « Art. 41-5. – Les modifications du règlement de copropriété emportant désaffectation des parties communes affectées aux services mentionnés à l'article 41-3 sont prises à la majorité de l'article 26. Elles doivent être notifiées par le syndic aux prestataires concernés. Elles entraînent la résiliation de plein droit des conventions de prêt et de fourniture de service conclus avec les prestataires.
- ⑫ « Art. 41-6. – Le syndicat des copropriétaires d'une résidence service ne peut déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical.
- ⑬ « Le conseil syndical donne obligatoirement son avis sur les projets des conventions visées au deuxième alinéa de l'article 41-1 et à l'article 41-4. Il en surveille l'exécution et présente un bilan chaque année à l'assemblée générale.
- ⑭ « Le prestataire des prestations individualisables et non individualisables ne peut être le syndic, ses préposés, son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus.
- ⑮ « Art. 41-7. – Un conseil des résidents constitué des personnes demeurant à titre principal dans la résidence est mis en place.
- ⑯ « Le conseil des résidents est réuni par le syndic avant la tenue de l'assemblée générale des copropriétaires. L'ordre du jour de cette assemblée lui est communiqué.
- ⑰ « Le syndic met à la disposition du conseil des résidents un local afin qu'il puisse se réunir et lui communique les comptes rendus de l'assemblée générale ainsi que toutes les informations relatives aux services fournis dans la résidence, afin que le conseil émette un avis notamment sur le besoin de création ou de suppression d'un service.
- ⑱ « Lors de la réunion du conseil des résidents, un secrétaire de séance est désigné. Le secrétaire rédige le compte-rendu de la séance qui est cosigné par le syndic et adressé à tous les résidents. Le compte-rendu des réunions du conseil des résidents est remis à toute personne intéressée préalablement à la signature d'un contrat de bail d'habitation ou à la cession d'un lot dans la résidence. »
- ⑲ II. – Le 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail est abrogé.

CHAPITRE III

Territoires, habitat et transports

Article 16

- ① Au IV de l'article L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation, après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « – les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants. »

Article 17

- ① L'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, après les mots : « aux personnes handicapées », sont ajoutés les mots : « et aux personnes âgées, » et après les mots : « d'associations d'usagers », sont ajoutés les mots : « , d'associations représentant les personnes âgées » ;
- ③ 2° Au cinquième alinéa, après les mots : « aux personnes handicapées », sont ajoutés les mots : « et aux personnes âgées. » ;
- ④ 3° Au sixième alinéa, après les mots : « commission intercommunale pour l'accessibilité aux personnes handicapées », sont insérés les mots : « et aux personnes âgées, ».

Article 18

- ① Le code des transports est ainsi modifié :
- ② 1° Au 2° de l'article L. 1214-2, après les mots : « des personnes handicapées ou dont la mobilité est réduite », sont insérés les mots : « , ainsi que des personnes âgées » ;
- ③ 2° Le quatrième alinéa de l'article L. 1231-8 est complété par les mots : « ainsi qu'à l'intention de publics spécifiques et notamment les personnes handicapées et les personnes âgées ».

CHAPITRE IV

Droits, protection et engagements des personnes âgées

Section 1

Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées

Article 19

- ① Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° À l'article L. 113-1, le mot : « placement » est remplacé par le mot : « accueil » ;
- ③ 2° Après l'article L. 113-1, sont insérés deux articles L. 113-1-1 et L. 113-1-2 ainsi rédigés :
- ④ « *Art. L. 113-1-1.* – Dans les conditions définies aux articles L. 232-1 et suivants, la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie.
- ⑤ « *Art. L. 113-1-2.* – Les personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est assuré notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par les départements, dans le cadre de leurs compétences définies respectivement aux articles L. 14-10-1 et L. 113-2. »

Article 20

Dans l'intitulé du chapitre I^{er} du titre III du livre II du même code, le mot : « placement » est remplacé par le mot : « accueil ».

Article 21

- ① L'article L. 231-4 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « placée » est remplacé par le mot : « accueillie » ;

- ③ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « en cas de placement » sont remplacés par les mots : « en cas d'admission » et les mots : « dudit placement » sont remplacés par les mots : « de l'admission ».

Article 22

- ① La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III du même code est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :
- ④ « 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; »
- ⑤ b) Au 3°, après les mots : « son autonomie », sont insérés les mots : « , notamment sa capacité d'aller et venir, » ;
- ⑥ 2° L'article L. 311-4 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Le a est complété par les mots : « la charte est affichée dans l'établissement ou le service ; »
- ⑧ b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Lors de la conclusion du contrat de séjour, le directeur de l'établissement ou son délégué s'assure, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, du consentement de la personne à être accueillie, sous réserve de l'application du troisième alinéa de l'article 459-2 du code civil. Il s'assure également de la connaissance et de la compréhension de ses droits par la personne accueillie. Il l'informe de la possibilité de désigner une personne de confiance, telle que définie à l'article L. 311-5-1. » ;
- ⑩ c) Au quatrième alinéa, les mots : « ou de son représentant légal » sont remplacés par les mots : « ou, le cas échéant, de son représentant légal dans le respect des dispositions du titre XI du livre I^{er} du code civil et notamment de celles de son article 459-2. » ;
- ⑪ 3° Après l'article L. 311-4, il est inséré un article L. 311-4-1 ainsi rédigé :

- ⑫ « Art. L. 311-4-1. – I. – Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter, sur avis conforme du médecin coordonnateur de l'établissement et après avis du médecin traitant, ou, à défaut de médecin coordonnateur, sur avis conforme du médecin traitant, après examen de l'intéressé, une annexe précisant les adaptations apportées aux contraintes prévues par le règlement de fonctionnement et susceptibles de limiter les possibilités d'aller et venir du résident, aux seules fins d'assurer son intégrité physique et la sécurité des personnes. Elles doivent être proportionnées à son état et aux objectifs de sa prise en charge. Le contenu de cette annexe peut être révisé chaque fois que nécessaire à l'initiative de l'intéressé, du directeur de l'établissement et du médecin coordonnateur ou, à défaut, du médecin traitant.
- ⑬ « II. – La personne accueillie, ou, le cas échéant, son représentant légal dans le respect des dispositions du titre XI du livre I^{er} du code civil et notamment de celles de son article 459-2, peut exercer par écrit un droit de résiliation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.
- ⑭ « Passé ce délai et à tout moment, la personne accueillie, ou, le cas échéant, son représentant légal dans le respect des dispositions du titre XI du livre I^{er} du code civil et notamment de celles de son article 459-2, peut résilier le contrat de séjour par écrit, au terme d'un délai de réflexion de 48 heures ; le délai de préavis qui peut lui être opposé doit être prévu au contrat et ne peut excéder une durée prévue par décret.
- ⑮ « III. – La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants, et dans des délais de préavis dont la durée est prévue par le décret mentionné à l'alinéa précédent :
- ⑯ « 1° Inexécution par la personne hébergée d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement ;
- ⑰ « 2° Cessation totale d'activité de l'établissement ;
- ⑱ « 3° Cas où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement considéré. » ;

- ⑲ 4° À la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 311-5-1 ainsi rédigé :
- ⑳ « Art. L. 311-5-1. – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche, le médecin traitant ou la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, et qui est chargée, si la personne majeure le souhaite, de l'accompagner dans ses démarches et de l'aider dans ses décisions relatives à sa prise en charge. La personne de confiance est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits.
- ㉑ « La désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.
- ㉒ « Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne accueillie de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de la prise en charge, à moins que la personne n'en dispose autrement.
- ㉓ « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de protection judiciaire est ordonnée et que le juge, ou le conseil de famille, s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article 459 du code civil.
- ㉔ « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux établissements prenant en charge des mineurs. »

Section 2

Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles

Article 23

- ① I. – Au chapitre VI du titre I^{er} du livre I^{er} du même code, après l'article L. 116-3, il est inséré un article L. 116-4 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 116-4. – Les personnes physiques ou morales propriétaires, administrateurs ou employés d'un établissement ou service soumis à autorisation ou à déclaration en application du présent code ou d'un service soumis à agrément ou à déclaration en application des 2° et 3° de l'article

L. 7231-1 du code du travail, ainsi que les bénévoles qui agissent en leur sein et les associations dans le cadre desquelles ces derniers interviennent ou exercent une responsabilité, ne peuvent profiter de dispositions à titre gratuit entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par les personnes prises en charge par l'établissement ou le service pendant la durée de cette prise en charge, sous réserve des exceptions prévues aux 1° et 2° de l'article 909 du code civil. L'article 911 du même code est applicable aux libéralités en cause.

- ③ « Les mêmes dispositions sont applicables au couple ou à la personne accueillant familial, relevant d'un agrément en application de l'article L. 441-1, et, s'il y a lieu, son conjoint, la personne avec laquelle elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, ses ascendants ou descendants en ligne directe, ainsi qu'aux employés de maison mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail accomplissant des services à la personne tels que définis aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du même code, au regard des dispositions à titre gratuit entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par les personnes qu'ils accueillent ou accompagnent pendant la durée de cet accueil ou de cette accompagnement. »
- ④ II. – Les articles L. 331-4 et L. 443-6 du même code sont abrogés.

Article 24

À l'article 911 du code civil, après les mots : « au profit d'une personne physique », sont insérés les mots : « ou d'une personne morale ».

Article 25

- ① Au chapitre unique du titre III du livre III du code de l'action sociale et des familles, après l'article L. 331-8, il est inséré un article L. 331-8-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 331-8-1.* – Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge. »

Section 3

Protection juridique des majeurs

Article 26

- ① Le chapitre I^{er} du titre VIII du livre IV du même code est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 471-6 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 471-6.* – Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs remet personnellement à la personne protégée ou, dès lors que l'état de cette dernière ne lui permet pas d'en mesurer la portée, à un membre du conseil de famille s'il a été constitué ou, à défaut, à un parent, un allié ou une personne de son entourage dont il connaît l'existence, le cas échéant à la personne de confiance désignée au titre de l'article L. 311-5-1 :
- ④ « 1° Une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée ;
- ⑤ « 2° Un document individuel de protection des majeurs qui vaut, le cas échéant, document individuel de prise en charge pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 311-4.
- ⑥ « Ce document définit les objectifs et la nature de la mesure de protection dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et, le cas échéant, du projet de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le montant prévisionnel des prélèvements opérés sur les ressources de la personne protégée. Le contenu minimal de ce document est fixé par décret.
- ⑦ « Une copie des documents mentionnés aux 1° et 2° du présent article est, dans tous les cas, adressée à la personne par tout moyen propre à en établir la date de réception. » ;
- ⑧ 2° L'article L. 471-8 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au deuxième alinéa, les mots : « à l'article L. 471-6 » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 471-6 » ;
- ⑩ b) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « 3° Le document individuel de protection des majeurs prévu au 2° de l'article L. 471-6. »

Article 27

- ① La section 1 du chapitre II du titre VII du livre IV du même code est ainsi modifiée :
- ② 1° À l'article L. 472-1, les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;
- ③ 2° Après l'article L. 472-1, il est inséré un article L. 472-1-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 472-1-1.* – L'agrément est délivré après un appel à candidatures émis par le représentant de l'État dans le département, qui fixe la date à laquelle les dossiers de candidatures doivent être déposés. Les conditions d'application du présent alinéa, et notamment les informations qui doivent être fournies par les candidats, sont fixées par décret.
- ⑤ « Le représentant de l'État dans le département arrête la liste des candidats dont le dossier est recevable au regard des conditions prévues par les articles L. 471-4 et L. 472-2.
- ⑥ « Il classe les candidatures inscrites dans la liste mentionnée à l'alinéa précédent et procède parmi elles à une sélection, en fonction des objectifs et des besoins fixés par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale prévu au *b* du 2° de l'article L. 312-5 et de critères fixés par décret en Conseil d'État et de nature à assurer la qualité, la proximité et la continuité de la prise en charge.
- ⑦ « Le procureur de la République émet un avis sur les candidatures sélectionnées.
- ⑧ « Le représentant de l'État dans le département délivre l'agrément aux candidats ayant reçu un avis conforme du procureur de la République.
- ⑨ « Tout changement important dans l'activité, l'installation ou l'organisation d'un mandataire ou dans les garanties en matière de responsabilité civile prévues à l'article L. 472-2 doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. Tout changement affectant le respect des critères mentionnés aux deuxième et troisième alinéas ainsi que la nature des mesures que la personne exerce justifie un nouvel agrément dans les conditions prévues aux alinéas précédents. »

Article 28

Au deuxième alinéa de l'article L. 3211-6 du code de la santé publique, après les mots : « un établissement de santé », sont insérés les mots : « ou hébergée dans un établissement social ou médico-social ».

TITRE III

ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

CHAPITRE I^{ER}

Revaloriser et améliorer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile

Article 29

- ① La section 1 du chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :
- ② 1° Au premier alinéa de l'article L. 232-3, après les mots : « équipe médico-sociale. », sont insérés les mots : « , sur la base de l'évaluation multidimensionnelle mentionnée à l'article L. 232-6 » et le deuxième alinéa de l'article est supprimé ;
- ③ 2° Après l'article L. 232-3, il est inséré un article L. 232-3-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 232-3-1.* – Le montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond annuel défini par décret en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 et revalorisé chaque année au 1^{er} janvier conformément à l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑤ 3° Le premier alinéa de l'article L. 232-4 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑥ « L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminuée d'une participation à la charge de celui-ci.

- ⑦ « Cette participation est calculée et actualisée au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 et du montant du plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1^{er} janvier conformément aux dispositions de l'article L. 232-3-1. » ;
- ⑧ 4° L'article L. 232-6 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑩ « L'équipe médico-sociale :
- ⑪ « 1° Apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à la prestation sur la base de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;
- ⑫ « 2° Évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants. Cette évaluation est réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté ministériel ;
- ⑬ « 3° Propose le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3 et recommande les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire, et des besoins des proches aidants, ainsi que les modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ces derniers ;
- ⑭ « 4° Identifie les autres aides utiles, dont celles déjà mises en place, au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses proches aidants, non prises en charge au titre de l'allocation qui peut lui être attribuée. » ;
- ⑮ b) Au deuxième alinéa devenu le sixième, les mots : « service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « service prestataire d'aide à domicile autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-3 du code du travail » ;
- ⑯ 5° Le deuxième alinéa de l'article L. 232-7 est supprimé ;
- ⑰ 6° L'article L. 232-12 est ainsi modifié :

- ⑱ a) Au premier alinéa, les mots : « d'une commission présidée par le président du conseil général ou son représentant » sont remplacés par les mots : « de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6 » ;
- ⑲ b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ⑳ 7° À l'article L. 232-14, les premier et dernier alinéas sont supprimés ;
- ㉑ 8° L'article L. 232-15 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉓ « L'allocation personnalisée d'autonomie est versée à son bénéficiaire sous réserve des dispositions prévues aux cinquième et sixième alinéas.
- ㉔ « Le versement de la partie de l'allocation servant à payer des aides régulières est mensuel.
- ㉕ « La partie de l'allocation servant au règlement de dépenses relatives aux aides techniques, à l'adaptation du logement et aux prestations d'accueil temporaire ou de répit à domicile peut faire l'objet de versements ponctuels au bénéficiaire dans des conditions définies par décret.
- ㉖ « La partie de l'allocation destinée à rémunérer un salarié, un accueillant familial ou un service d'aide à domicile autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1 du code du travail peut être versée au bénéficiaire de l'allocation sous forme de chèque emploi-service universel, sous réserve des dispositions de l'article L. 1271-2 du code du travail.
- ㉗ « Le département peut verser la partie de l'allocation destinée à rémunérer un service d'aide à domicile directement au service choisi par le bénéficiaire, qui demeure libre de choisir un autre service. De même, la partie de l'allocation destinée à rémunérer les structures assurant un accueil temporaire mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 314-8 peut leur être versée directement.
- ㉘ « Le département peut verser la partie de l'allocation concernée directement à la personne physique ou morale ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, ou réalise l'aménagement du logement, ou assure l'accueil temporaire ou le répit à domicile. » ;
- ㉙ b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ㉚ 9° L'article L. 232-18 est abrogé.

Article 30

- ① Au VI de la section 2 du chapitre III du titre II du livre des procédures fiscales (partie législative), il est inséré, après l'article L. 153, un article L. 153 A ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 153 A.* – Les administrations fiscales transmettent chaque année aux départements, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. »

CHAPITRE II

Refonder l'aide à domicile

Article 31

- ① À la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-11-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 313-11-1.* – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-11 conclus avec des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L. 313-1-2 précisent :
- ③ « 1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;
- ④ « 2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- ⑤ « 3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- ⑥ « 4° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;
- ⑦ « 5° Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 312-5 et par le schéma régional de prévention mentionné à l'article L. 1434-5 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;
- ⑧ « 6° Les objectifs de qualification professionnelle au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;

- ⑨ « 7° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;
- ⑩ « 8° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;
- ⑪ « 9° Les critères d'évaluation des actions conduites. »

Article 32

- ① Des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, autorisés au titre de l'article L. 313-1 du même code, peuvent être menées à compter de la publication de la présente loi pour une durée n'excédant pas un an. Ces expérimentations peuvent inclure des modalités particulières de conventionnement entre les présidents de conseil général et les services mentionnés au 2° de l'article L. 313-1-2 du même code et, le cas échéant, les organismes de protection sociale. Elles respectent un cahier des charges approuvé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.
- ② Les expérimentations en cours à la date de publication de la présente loi, en application du II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, peuvent être poursuivies jusqu'au terme de la durée mentionnée au premier alinéa.
- ③ Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 30 octobre 2015, un rapport d'évaluation des expérimentations mentionnées aux premier et deuxième alinéas, à partir notamment des contributions des départements et des services expérimentateurs.

Article 33

- ① Pendant un délai de trois ans à compter de la publication de la présente loi, peuvent être exonérés de la procédure d'appel à projet prévue au I de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles les services d'aide à domicile relevant à la fois du 2° de l'article L. 313-1-2 et du 6° ou du 7° du I de l'article L. 312-1 qui demandent à être autorisés. L'autorisation est accordée si le projet répond aux conditions prévues aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 313-4. Le service autorisé dans ces

conditions ne peut plus exercer le droit d'option prévu à l'article L. 313-1-2.

- ② Lorsqu'il ne demande pas en même temps à être habilité à l'aide sociale, l'autorisation est valable sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dont les modalités sont prévues à l'article L. 313-11-1 et qui prévoit l'obligation pour le service, d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée, toute personne qui s'adresse à lui.

Article 34

- ① Des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement peuvent être mises en œuvre, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 de code de l'action sociale et des familles à compter de la publication de la présente loi et pour une durée n'excédant pas trois ans.
- ② La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités locales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du code précité.
- ③ Ce contrat prévoit notamment :
- ④ 1° La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;
- ⑤ 2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires, la dotation globale ou le forfait global prévu à l'article 34, tels que déterminés par le président du conseil général ;
- ⑥ 3° Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- ⑦ 4° La définition des actions de prévention, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.

- ⑧ Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 30 juin 2017, un rapport d'évaluation des expérimentations menées dans ce cadre.

CHAPITRE III

Soutenir et valoriser les proches aidants

Article 35

- ① Au chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles, il est inséré, après l'article L. 113-1-2, un article L. 113-1-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 113-1-3.* – Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent, un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide de manière régulière à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne. »

Article 36

- ① À la section 1 du chapitre II du titre III du livre II du même code, sont insérés deux articles ainsi rédigés :
- ② « *Art. L. 232-3-2.* – Le proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensables au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie et qui ne peut être remplacé peut ouvrir droit, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie et sans préjudice du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1, à des dispositifs répondant à des besoins de répit. Ces dispositifs, qui doivent être adaptés à la personne qu'il aide, sont définis dans le plan d'aide suivant le besoin de répit évalué par l'équipe médico-sociale lors de la demande d'allocation ou dans le cadre d'une demande de révision, dans la limite d'un plafond et suivant des modalités fixées par décret.
- ③ « *Art. L. 232-3-3.* – En cas de nécessité, le montant du plan d'aide peut être ponctuellement augmenté, au-delà du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1, jusqu'à un montant fixé par décret, pour faire face à l'hospitalisation d'un proche aidant.
- ④ « Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment les situations pouvant faire l'objet de l'augmentation prévue au

premier alinéa ainsi que les conditions dans lesquelles la demande d'aide est formulée et la dépense prise en charge par le département, en particulier en urgence. »

Article 37

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret mentionné au V et dans les conditions prévues aux II, III et V, les établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent, lorsqu'ils réalisent des prestations à domicile de suppléance du proche aidant d'une personne nécessitant une surveillance permanente pendant des périodes d'absence de celui-ci :
- ② 1° Recourir à leurs salariés volontaires ;
- ③ 2° Placer des salariés volontaires mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail conformément aux dispositions du 1° de l'article L. 7232-6 du même code.
- ④ La mise en œuvre de ces prestations, ainsi que des dérogations prévues au II, est portée à la connaissance des autorités compétentes conformément au quatrième alinéa du L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles ou des autorités ayant délivré les agréments prévus au 2° de l'article L. 7232-1 du code du travail.
- ⑤ Elle est subordonnée à la délivrance d'une autorisation de service d'aide et d'accompagnement à domicile ou d'un agrément prévu au 2° de l'article L. 7232-1 du code du travail lorsque ces prestations ne sont pas comprises dans le champ d'une autorisation ou d'un agrément préexistant.
- ⑥ II. – Les salariés mentionnés au 1° du I ne sont pas soumis aux dispositions des articles L. 3121-33 à L. 3121-37, L. 3122-34 et L. 3122-35 et L. 3131-1 du code du travail, ni aux dispositions relatives aux temps de pause, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail de nuit et à la durée minimale de repos quotidien prévues par les conventions collectives applicables aux établissements et services qui les emploient.
- ⑦ Les salariés mentionnés au 2° du I ne sont pas soumis aux dispositions relatives aux temps de pause, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail de nuit et à la durée minimale de repos quotidien prévues par la convention collective des salariés du particulier employeur.

- ⑧ III. – La durée d’une intervention au domicile d’une personne mentionnée au II ne peut excéder six jours consécutifs. À l’issue de l’intervention, le salarié bénéficie d’un repos compensateur.
- ⑨ Le nombre de journées d’intervention ne peut excéder pour chaque salarié un plafond annuel de quatre-vingt-quatorze jours, apprécié sur chaque période de douze mois consécutifs.
- ⑩ La totalité des heures accomplies pour le compte des établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles par un salarié ne peut excéder quarante-huit heures par semaine calculées, en moyenne, sur une période de quatre mois consécutifs. Pour l’appréciation de ce plafond, l’ensemble des heures de présence au domicile ou en établissement des personnes mentionnées au II est pris en compte.
- ⑪ Les salariés bénéficient au cours de chaque période de vingt-quatre heures d’une période minimale de repos de onze heures consécutives.
- ⑫ Cette période de repos peut être soit supprimée, soit réduite, sans pouvoir être inférieure à huit heures. Les personnes bénéficient alors d’un repos compensateur égal à la fraction du repos dont elles n’ont pu bénéficier. Ce repos est accordé en tout ou partie pendant l’accueil.
- ⑬ IV. – Les autorités compétentes mentionnées au quatrième alinéa du I, en liaison avec les établissements et services expérimentateurs, remettent un rapport d’évaluation aux ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, au plus tard le 1^{er} juillet 2018.
- ⑭ Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2018, un rapport d’évaluation des expérimentations mentionnées au I, à partir notamment des contributions des autorités mentionnées au quatrième alinéa du I et des services expérimentateurs.
- ⑮ V. – Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret.

CHAPITRE IV

Dispositions financières relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie et au soutien et à la valorisation des proches aidants

Article 38

- ① Le chapitre IX du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le II de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :
- ③ a) Le *a* est remplacé par un 1° et est ainsi rédigé :
- ④ « 1° En ressources :
- ⑤ « a) 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;
- ⑥ « b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2015, cette fraction est fixée à 39 % du produit de cette contribution. Au titre de l'exercice 2016, elle est fixée à 69,5 % de ce produit. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit. » ;
- ⑦ b) Le *b* est remplacé par un 2° ;
- ⑧ c) Au 2°, le *a* est remplacé par un 1° ;
- ⑨ 2° L'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑪ « I. – Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est divisé en deux parts :
- ⑫ « 1° Le montant de la première part est réparti annuellement entre les départements selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État dans la limite des ressources mentionnées au *a* du 1° du II de l'article L. 14-10-5, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon calculée et répartie selon des modalités prévues au II, en fonction des critères suivants : » ;

- ⑬ *b)* Au sixième alinéa devenu le septième, les mots : « du montant ainsi réparti » sont remplacés par les mots : « des montants répartis en application des 1° et 2° » ;
- ⑭ *c)* Le septième alinéa devenu le huitième est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑮ « L'attribution de la première part est majorée pour les départements dont le rapport défini à l'alinéa précédent est supérieur au taux fixé et, pour les autres départements, est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application dudit alinéa entre ces seuls départements. » ;
- ⑯ *d)* Au huitième alinéa devenu le neuvième, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième » ;
- ⑰ *e)* Au neuvième alinéa devenu le dixième, les mots : « le concours » sont remplacés par les mots : « la première part du concours » et les mots : « de la section visée au II » sont remplacés par les mots : « du *a* du 1° du II » ;
- ⑱ *f)* Après le neuvième alinéa devenu le dixième, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑲ « 2° Le montant de la seconde part est réparti au 1^{er} janvier de l'année entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles résultant des articles L. 232-3-1, L. 232-3-2, L. 232-3-3 et L. 232-4 dans leur rédaction issue de la loi n° du d'adaptation de la société au vieillissement et dans les limites des ressources mentionnées au *b* du 1° du II de l'article L. 14-10-5. Cette répartition est opérée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.
- ⑳ « II. – La quote-part mentionnée au 1° du I est calculée en appliquant au montant total de la première part du concours mentionnée au 1° le double du rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-2 dans les collectivités d'outre-mer visées au I et le nombre total de bénéficiaires de l'allocation au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué. Elle est répartie entre les trois collectivités en fonction des critères mentionnés au *a*, *b* et *d* du 1° du I. »

CHAPITRE V
Soutenir l'accueil familial

Article 39

- ① I. – Le titre IV du livre IV du même code est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 441-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ④ « L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue et une initiation aux gestes de secourisme organisées par le président du conseil général et si un suivi social et médico-social des personnes accueillies peut être assuré. Un décret en Conseil d'État fixe les critères d'agrément et approuve un référentiel.
- ⑤ « La décision d'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de six contrats d'accueil au total. Toutefois, le président du conseil général peut, si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil simultané de plus de trois personnes pour répondre à des besoins d'accueil spécifiques. La décision précise les modalités d'accueil prévues : à temps complet ou partiel, en particulier accueil de jour ou accueil de nuit, permanent ou temporaire. La décision d'agrément peut préciser les caractéristiques, en termes de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies. » ;
- ⑥ b) Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « Toute décision de refus d'agrément est motivée et, lorsqu'elle fait suite à une demande de renouvellement d'agrément, prise après avis de la commission consultative mentionnée à l'article L. 441-2.
- ⑧ « Le président du conseil général peut subordonner, le cas échéant dans le cadre de la décision d'agrément, l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et, le cas échéant, de la personne accueillie. » ;

- ⑨ c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑩ 2° Au deuxième alinéa de l'article L. 441-2, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑪ 3° L'article L. 442-1 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Ce contrat prévoit un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie. » ;
- ⑭ b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « La rémunération et les indemnités prévues aux 1° à 4° peuvent être déclarées et, le cas échéant, versées par le chèque emploi-service universel défini à l'article L. 1271-1 du code du travail, sous réserve des dispositions de l'article L. 1271-2 du même code. » ;
- ⑯ c) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « Il garantit à la personne accueillie l'exercice des droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3. À cet effet, la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 lui est annexée.
- ⑱ « Le contrat prévoit également la possibilité pour la personne accueillie de recourir aux dispositifs prévus par les articles L. 311-5 et L. 311-5-1. » ;
- ⑲ 4° À la fin du chapitre III, il est rétabli un article L. 443-11 ainsi rédigé :
- ⑳ « *Art. L. 443-11.* – Les objectifs, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue prévue à l'article L. 441-1 sont définis par décret. Ce décret précise la durée de formation qui doit être obligatoirement suivie avant le premier accueil ainsi que les dispenses de formation qui peuvent être accordées si l'accueillant familial justifie d'une formation antérieure équivalente.
- ㉑ « L'initiation aux gestes de secourisme prévue à l'article L. 441-1 est préalable au premier accueil.

- ②② « Le département prend en charge, lorsqu'il n'est pas assuré, l'accueil des personnes dont l'état de handicap ou de perte d'autonomie le nécessite durant les temps de formation obligatoire des accueillants. »
- ②③ II. – Le chapitre I^{er} du titre VII du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :
- ②④ 1° L'article L. 1271-1 est complété par un 3° ainsi rédigé :
- ②⑤ « 3° Soit de déclarer par voie dématérialisée et, lorsqu'il comporte une formule de chèque régie par le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} du code monétaire et financier, de rémunérer les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ②⑥ 2° À l'article L. 1271-2, après les mots : « Lorsqu'il est utilisé en vue de déclarer un salarié », sont insérés les mots : « ou un accueillant familial ».
- ②⑦ III. – Le troisième alinéa de l'article L. 133-8 du code de la sécurité sociale et le quatrième alinéa de l'article L. 1271-3 du code du travail sont complétés par une phrase ainsi rédigée :
- ②⑧ « Lorsque le chèque emploi-service sert à déclarer un accueillant familial en application du 3° de l'article L. 1271-1 du code du travail, ce document prend la forme d'un relevé mensuel des contreparties financières telles que définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. »

CHAPITRE VI

Clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Article 40

- ① Le chapitre II du titre IV du livre III du même code est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 342-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « conformément au premier alinéa de l'article L. 342-3 » sont remplacés par les mots : « conformément aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 342-3. » ;
- ④ b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- ⑤ « Pour les établissements relevant du premier alinéa du I de l'article L. 313-12, le contrat prévoit dans tous les cas un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement dont la liste est fixée par décret, et qui est dit "socle de prestations". » ;
- ⑥ c) Au troisième alinéa devenu le quatrième, les mots : « les prestations » sont remplacés par les mots : « les autres prestations » ;
- ⑦ 2° Les deux premiers alinéas de l'article L. 342-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ⑧ « Le socle de prestations prévu au troisième alinéa de l'article L. 342-2 fait l'objet d'un prix global, qui est dit "tarif socle". Toute clause prévoyant un prix distinct pour une prestation relevant du socle est réputée non écrite.
- ⑨ « Les tarifs socles et les prix des autres prestations d'hébergement sont librement fixés lors de la signature du contrat. Ils varient ensuite, dans des conditions fixées par décret, dans la limite d'un pourcentage fixé au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et du ministre chargé de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services et du taux d'évolution des retraites de base prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑩ « Le conseil de la vie sociale est consulté sur les tarifs socles et sur le prix des autres prestations d'hébergement proposées, et notamment lors de la création d'une nouvelle prestation.
- ⑪ « Pour les établissements relevant du 3° de l'article L. 342-1, les prestations du tarif socle prises en compte dans le calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables évoluent conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement ; seules les autres prestations évoluent en fonction de l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa. » ;
- ⑫ 3° À l'article L. 342-4, les mots : « représentant de l'État » sont remplacés par les mots : « président du conseil général » et les mots : « conseil d'établissement » sont remplacés par les mots : « conseil de la vie sociale ».

Article 41

- ① L'article L. 312-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Dans des conditions fixées par décret, les établissements et services relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 transmettent périodiquement, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des informations relatives à leur capacité d'hébergement ou d'accompagnement et à leurs tarifs, notamment les tarifs d'hébergement pour la fraction de leur capacité au titre de laquelle ils sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ainsi que les tarifs sociaux prévus en application de l'article L. 342-3. »

Article 42

Le dernier alinéa de l'article L. 315-16 devient l'article L. 314-12-1, qui est inséré à la section 3 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles. À cet article, le mot : « publics » est supprimé.

Article 43

À l'article L. 351-1 du même code, après le mot : « département », sont insérés les mots : « , le représentant de l'État dans la région ».

CHAPITRE VII

Améliorer l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire

Article 44

- ① L'article L. 312-7 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Le dixième alinéa est supprimé ;
- ③ 2° Le douzième alinéa, devenu onzième alinéa, est ainsi modifié :
- ④ a) La première phrase est remplacée par la phrase suivante :
- ⑤ « La nature juridique du groupement est fixée par les membres, sous les réserves suivantes : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué

exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé ; il est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ; le groupement de coopération sociale ou médico-sociale poursuit un but non lucratif. » ;

- ⑥ *b)* À la dernière phrase, le mot : « leurs » est remplacé par le mot : « les » et les mots : « des groupements de droit public » sont insérés après le mot : « recettes ».

Article 45

- ① Le chapitre III du titre I^{er} du livre III du même code est ainsi modifié :

- ② 1° L'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :

- ③ *a)* Le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :

- ④ « I. – Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, les projets de lieux de vie et d'accueil, ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3. » ;

- ⑤ *b)* Au deuxième alinéa, les deux premières phrases sont remplacées par les dispositions suivantes :

- ⑥ « Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil fixé par décret. » ;

- ⑦ *c)* Le quatrième alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :

- ⑧ « Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception des seuils mentionnés au présent article, qui le sont par décret. » ;

- ⑨ *d)* Les II et III sont remplacés par les dispositions suivantes :

- ⑩ « II. – Sont exonérées de la procédure d'appel à projet visée au I :
- ⑪ « 1° Les opérations de regroupement d'établissements et services sociaux et médico-sociaux par le gestionnaire détenteur des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures au seuil prévu au deuxième alinéa du I ;
- ⑫ « 2° Les projets de transformation de l'établissement ou du service ne comportant pas de modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1 ;
- ⑬ « 3° Les projets de créations et d'extensions des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III de l'article L. 312-1 ;
- ⑭ « 4° Les projets d'extensions de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieures à un seuil fixé par décret.
- ⑮ « III. – Sont exonérées de la procédure d'appel à projet visée au I à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens :
- ⑯ « 1° Les projets de transformation d'établissements et services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1, à l'exception des services à domicile qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux, sous réserve que :
- ⑰ « a) Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;
- ⑱ « b) Les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.
- ⑲ « 2° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.
- ⑳ « La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets de transformation. » ;

- ⑳ 2° Au premier alinéa de l'article L. 313-2, les mots : « Les demandes d'autorisation relatives aux établissements et services sociaux qui ne sont pas soumis à l'avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « Les demandes d'autorisation qui ne sont pas soumises à la procédure d'appel à projet » ;
- ㉑ 3° Le deuxième alinéa de l'article L. 313-3 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ㉒ « a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ; »
- ㉓ 4° Les quatrième, cinquième, sixième et septième alinéas de l'article L. 313-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :
- ㉔ « c) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 10°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1, pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État, ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;
- ㉕ « d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I de l'article L. 312-1 ;
- ㉖ « e) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I de l'article L. 312-1 ;
- ㉗ « f) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article. » ;

- 29 5° L'article L. 313-6 est ainsi modifié :
- 30 a) Au premier alinéa, les mots : « L'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 ou son renouvellement sont valables » sont remplacés par les mots : « L'autorisation délivrée pour les projets de création, de transformation et d'extension supérieure au seuil prévu au I de l'article L. 313-1-1 des établissements et services sociaux et médico-sociaux est valable » ;
- 31 b) Après le premier alinéa de l'article L. 313-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 32 « L'autorisation délivrée pour les projets d'extension inférieure au seuil prévu au I de l'article L. 313-1-1 donne lieu à une visite de conformité lorsqu'ils nécessitent des travaux subordonnés à la délivrance d'un permis de construire, une modification du projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 ou un déménagement sur tout ou partie des locaux. » ;
- 33 c) Au dernier alinéa, les mots : « Ils valent » sont remplacés par les mots : « l'autorisation ou son renouvellement valent » ;
- 34 6° Après le quatrième alinéa de l'article L. 315-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 35 « La procédure d'appel à projet prévue à l'article L. 313-1-1 n'est pas applicable aux établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du président du conseil général. La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets de ces établissements ou services. » ;
- 36 7° À l'article L. 531-6, les mots : « de sélection » sont remplacés par les mots : « d'information et de sélection » ;
- 37 8° Au deuxième alinéa de l'article L. 581-7, les mots : « de sélection » sont remplacés par les mots : « d'information et de sélection ».

TITRE IV

GOVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

CHAPITRE I^{ER}

Gouvernance nationale

Section 1

Le Haut Conseil de l'âge

Article 46

- ① Le chapitre IX du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « CHAPITRE IX
- ③ « *Haut Conseil de l'âge*
- ④ « *Art. L. 149-1.* – Le Haut Conseil de l'âge, placé auprès du Premier ministre, a pour missions d'animer le débat public, d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à l'avancée en âge et à l'adaptation de la société au vieillissement et de contribuer à l'élaboration d'une politique globale de l'autonomie des personnes âgées. Il assure la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant.
- ⑤ « Dans le cadre de ses missions, le Haut Conseil de l'âge :
- ⑥ « 1° Formule des propositions et des avis et réalise ou fait réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques liées au vieillissement au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques ;
- ⑦ « 2° Formule des recommandations sur les objectifs prioritaires de la politique de prévention de la perte d'autonomie et contribue à l'évaluation de leur mise en œuvre, en lien avec le Haut Conseil de la santé publique mentionné à l'article L. 1411-4 du code de la santé publique ;
- ⑧ « 3° Formule toute proposition de nature à garantir le respect des droits et la bienveillance des personnes âgées, ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;

- ⑨ « 4° Assure le suivi de la mise en œuvre de la loi n° du relative à l'adaptation de la société au vieillissement et procède à son évaluation ;
- ⑩ « 5° Donne un avis sur tout projet de mesure législative ayant une incidence sur la politique globale de l'autonomie des personnes âgées.
- ⑪ « Il peut être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés de toute questions relevant de son champ de compétence.
- ⑫ « Il peut se saisir de toute question relative aux politiques de l'autonomie des personnes âgées.
- ⑬ « *Art. L. 149-2.* – Le Haut Conseil de l'âge, qui est composé en nombre égal d'hommes et de femmes, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales, des régimes d'assurance maladie obligatoires, des régimes d'assurance retraite obligatoires, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des associations et organismes nationaux de retraités et de personnes âgées ou contribuant à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment en matière de logement et de transports, et des organismes représentant les professionnels et les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ⑭ « La composition du Haut Conseil de l'âge, les modalités de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret. »

Section 2

Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

Article 47

- ① Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 14-10-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au 1° du I, après les mots : « en établissement, », sont insérés les mots : « de la prévention de la perte d'autonomie et du soutien des proches aidants, » ;

- ④ *b)* Au 2° du I, avant les mots : « D'assurer », sont insérés les mots : « De contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, » ;
- ⑤ *c)* Au 3° du I, après les mots : « perte d'autonomie, », sont insérés les mots : « de la situation et des besoins des proches aidants, » ;
- ⑥ *d)* Le 6° du I est ainsi modifié :
- ⑦ – après la référence : « L. 146-3 », sont insérés les mots : « , les services des départements en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie, et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1 » ;
- ⑧ – après les mots : « des besoins, », sont insérés les mots : « d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations » ;
- ⑨ – après le mot : « compensation », sont insérés les mots : « du handicap et d'aide à l'autonomie » ;
- ⑩ *e)* Au 7° du I, après les mots : « des personnes âgées et handicapées », sont insérés les mots : « , et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires ; »
- ⑪ *f)* Après le 10° du I, il est ajouté les alinéas ainsi rédigés :
- ⑫ « 11° De mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leurs sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;
- ⑬ « 12° De concevoir et mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de sa mise en œuvre, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées, et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ;
- ⑭ « 13° De définir des normes permettant d'assurer les échanges d'information liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

mentionnée à l'article L. 113-3 et, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. » ;

- ⑮ 2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑯ « Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-1. » ;
- ⑰ 3° Après l'article L. 14-10-7, il est inséré un article L. 14-10-7-1 ainsi rédigé :
- ⑱ « *Art. L. 14-10-7-1.* – Une convention pluriannuelle signée entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département, dont le contenu est défini par décret, fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, en particulier sur :
- ⑲ « 1° Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales, tenant compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de réalisation des objectifs antérieurs ;
- ⑳ « 2° Des objectifs de qualité ;
- ㉑ « 3° Les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1 ;
- ㉒ « 4° Les modalités de versement des autres concours.
- ㉓ « À défaut de convention, le département reçoit les concours définis aux articles L. 14-10-6 et L. 14-10-7. »

Article 48

- ① Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-5, après les mots : « et les organismes concourant à leur financement », sont insérés les mots : « , ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 114-8, après le mot : « régimes », sont insérés les mots : « ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

Section 3

Systemes d'information

Article 49

- ① Après l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 146-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 146-3-1. – I. –* Chaque maison départementale des personnes handicapées transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie son rapport d'activité annuel et les données normalisées relatives :
- ③ « 1° À l'activité de la maison départementale des personnes handicapées, notamment en matière d'évaluation pluridisciplinaire des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;
- ④ « 2° À l'activité et aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 241-5 ;
- ⑤ « 3° Aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, recueillies notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées ;
- ⑥ « 4° Aux caractéristiques de leurs usagers et à la mesure de leur satisfaction ;
- ⑦ « 5° Aux ressources et aux dépenses du fonds départemental de compensation du handicap mentionné à l'article L. 146-5 ;
- ⑧ « 6° À ses effectifs ;
- ⑨ « 7° Au montant et à la répartition des financements reçus par la maison départementale des personnes handicapées.
- ⑩ « II. – Aux fins mentionnées au I, les maisons départementales des personnes handicapées recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des usagers.

- ⑪ « III. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les conditions d'application du présent article et notamment les modalités selon lesquelles s'effectue la transmission normalisée des données. »

Article 50

- ① Après l'article L. 232-20 du même code, il est inséré une section 3 ainsi rédigée :

② « Section 3

③ « *Gestion et suivi statistique*

- ④ « Art. L. 232-21. – I. – Chaque département transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données précisées par décret relatives aux dépenses nettes d'allocation personnalisée d'autonomie.

- ⑤ « II. – Le décret mentionné au I précise les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission normalisée de ces données.

- ⑥ « Art. L. 232-21-1. – I. – Chaque département transmet au ministre chargé des personnes âgées les données précisées par décret relatives aux décisions d'attributions de l'allocation personnalisée d'autonomie ainsi que les informations individuelles relatives aux bénéficiaires.

- ⑦ « II. – Le décret mentionné au I précise les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission normalisée de ces données.

- ⑧ « Art. L. 232-21-2. – Des informations individuelles relatives aux personnes concernées par les décisions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement, à l'évaluation de leurs besoins, à l'instruction des demandes, sont transmises au ministre chargé des personnes âgées, dans des conditions prévues par décret, à des fins de constitution d'échantillons statistiquement représentatifs en vue de l'étude des situations et des parcours des personnes figurant dans ces échantillons.

- ⑨ « Art. L. 232-21-3. – I. – Pour l'attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-12 et de l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4, ainsi qu'à des finalités statistiques, les départements collectent, tiennent à jour et conservent les données individuelles relatives :

- ⑩ « 1° Aux versements d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources de leurs bénéficiaires ;
- ⑪ « 2° Aux prestations servies en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources des bénéficiaires de l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4 ;
- ⑫ « 3° À l'activité de l'équipe mentionnée à l'article L. 232-6, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises.
- ⑬ « II. – Aux fins mentionnées au I, les départements recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques bénéficiaires par un décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Article 51

- ① L'article L. 247-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :
- ② « *Art. L. 247-2.* – Les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, interopérable avec les systèmes d'information des départements et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, selon des conditions précisées par décret. »

CHAPITRE II

Gouvernance locale

Section 1

La coordination dans le département

Article 52

- ① L'article L. 113-3 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Il est précédé d'un I ;

- ④ b) Les mots : « personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie » sont remplacés par les mots : « personnes âgées en perte d'autonomie » ;
- ⑤ c) Les mots : « au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » sont remplacés par les mots : « en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » ;
- ⑥ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « leur fonctionnement » sont remplacés par les mots : « sa mise en œuvre » et les mots : « les méthodes mises en œuvre » sont remplacés par les mots : « les moyens déployés » ;
- ⑦ 3° L'article est complété par les alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « II. – Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode mentionnée au I sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.
- ⑨ « Toutefois, par dérogation à l'article 226-13 du même code, ils peuvent échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret relatifs à son état de santé, à sa situation sociale ou à son autonomie, dès lors que leur transmission est limitée à ce qui est strictement nécessaire à sa prise en charge dans le cadre de la méthode mentionnée au I.
- ⑩ « La liste des professionnels et organismes à qui ces informations sont transmises est approuvée par la personne concernée lors de l'expression de son consentement. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels ou organismes. Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5 du présent code ou à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées.
- ⑪ « Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires. »

Article 53

- ① Après le 5° de l'article L. 312-4 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité peuvent contribuer, en réponse à la demande des autorités compétentes pour l'élaboration des schémas, à l'analyse des besoins et de l'offre mentionnée aux 1° et 2°, ainsi qu'à toute action liée à la mise en œuvre des schémas. »

Article 54

- ① Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi modifié :
- ③ a) Le *a* est complété par les mots : « , les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et soutien des intervenants bénévoles et les actions de modernisation de l'aide à domicile » ;
- ④ b) Au *b*, les mots : « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées » sont remplacés par les mots : « porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés » ;
- ⑤ 2° L'article L. 1434-12 est ainsi modifié :
- ⑥ a) Au premier alinéa, après les mots : « population handicapée ou en perte d'autonomie », sont insérés les mots : « ainsi qu'aux besoins de répit et d'accompagnement de ses proches aidants » ;
- ⑦ b) Au deuxième alinéa, après les mots : « l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles », sont insérés les mots : « et les services et actions destinés aux proches aidants ».

Section 2

Organisation du contentieux de l'aide sociale

Article 55

- ① Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnances les dispositions relevant du domaine de la loi de nature :
- ② 1° À supprimer les juridictions mentionnées à l'article L. 134-1 du code de l'action sociale et des familles et à instituer, pour les décisions dont elles avaient à connaître, un recours administratif préalable obligatoire ;
- ③ 2° À fixer les règles constitutives et le mode de composition de la juridiction compétente en matière d'aide sociale, ainsi que les règles de désignation de ses membres, dans des conditions de nature à assurer le respect de l'indépendance et de l'impartialité ;
- ④ 3° À modifier les limites de la compétence des juridictions de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire dans le contentieux des matières relevant des juridictions mentionnées aux articles L. 134-1 et L. 134-2 du code de l'action sociale et des familles.
- ⑤ Ces ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication de la présente loi. Le projet de loi portant ratification de ces ordonnances est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant leur publication.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER

Article 56

- ① Pour l'application de la présente loi :
- ② 1° En Guyane, en Guadeloupe, à La Réunion et en Martinique :
- ③ a) Au chapitre I^{er} du titre II du livre V du code de l'action sociale et des familles, il est créé deux articles ainsi rédigés :

- ④ « *Art. L. 521-2.* – Pour leur application en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s’appliquent dans les conditions prévues aux articles L. 1442-1 à L. 1442-6 du code de la santé publique.
- ⑤ « *Art. L. 521-3.* – Pour l’application en Guyane des dispositions du chapitre III du titre III du livre II, un décret en Conseil d’État fixe les conditions particulières d’adaptation des dispositions législatives applicables en Guyane, notamment celles relatives à la conférence des financeurs mentionnée à l’article L. 233-1 du présent code. » ;
- ⑥ *b)* Le 1° de l’article L. 14-10-10 prévu à l’article 5 n’est pas applicable ;
- ⑦ *c)* Les articles 11, 12, 13 et 14 ne sont pas applicables ;
- ⑧ *d)* Pour l’application de l’article L. 342-3, les mots : « conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l’aide personnalisée au logement » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;
- ⑨ 2° À Saint-Barthélemy et à Saint-Martin :
- ⑩ *a)* Au chapitre unique du titre VIII du livre V du code de l’action sociale et des familles, il est créé un article ainsi rédigé :
- ⑪ « *Art. L. 581-10.* – Pour leur application à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s’appliquent dans les conditions prévues aux articles L. 1442-1 à L. 1442-5 du code de la santé publique.
- ⑫ « Des décrets en Conseil d’État fixent les conditions particulières d’adaptation des dispositions législatives applicables à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, notamment celles relatives à la conférence des financeurs mentionnée à l’article L. 233-1 du présent code.
- ⑬ *b)* Le 1° de l’article L. 14-10-10 prévu à l’article 5 n’est pas applicable ;
- ⑭ *c)* Les articles 11, 12, 13, 14, 15, 16 et 18 ne sont pas applicables ;
- ⑮ *d)* Pour l’application de l’article L. 342-3, les mots : « conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l’aide personnalisée au logement » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;

- ⑩ 3° À Saint-Pierre-et-Miquelon :
- ⑪ a) Au chapitre unique du titre III du livre V du code de l'action sociale et des familles, il est créé un article ainsi rédigé :
- ⑫ « Art. L. 531-10. – Les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s'appliquent dans les conditions prévues au code de la santé publique, notamment de l'article L. 1441-3.
- ⑬ « Des décrets en Conseil d'État les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives applicables à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon, notamment celles relatives à la conférence de financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du présent code.
- ⑭ b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;
- ⑮ c) Les articles 11, 12, 13, 14, 15 et 16 ne sont pas applicables ;
- ⑯ d) Pour l'application de l'article L. 342-3, les mots : « conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;
- ⑰ e) L'article 49 est applicable sous réserve des adaptations prévues à l'article L. 531-8 du code de l'action sociale et des familles ;
- ⑱ 4° À Mayotte :
- ⑲ a) À l'article L. 542-3 du code de l'action sociale et des familles, il est créé un III ainsi rédigé :
- ⑳ « III. – Les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s'appliquent dans les conditions prévues par les articles L. 1443-1 à L. 1443-7 du code de la santé publique.
- ㉑ « L'avant-dernier alinéa de l'article L. 233-1 du présent code n'est pas applicable. » ;
- ㉒ b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 du code de l'action sociale et des familles prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;
- ㉓ c) Au II de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :

- ③⑩ « L'article L. 113-2 n'est pas applicable à Mayotte. » ;
- ③⑪ *d)* Les articles 11, 12, 13 et 14 ne sont pas applicables ;
- ③⑫ *e)* Au II de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré l'alinéa suivant :
- ③⑬ « À l'article L. 113-1-1, les mots : “dans les conditions définies aux articles L. 232-1 et suivants,” ne sont pas applicables. » ;
- ③⑭ *f)* Au VIII de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :
- ③⑮ « Au premier alinéa de l'article L. 116-4, les mots : “ou d'un service soumis à agrément ou à déclaration en application des 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail” et au deuxième alinéa du même article, les mots : “ainsi qu'aux employés de maison mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail accomplissant des services à la personne tels que définis aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du même code,” ne sont pas applicables. » ;
- ③⑯ *g)* L'article 24 n'est pas applicable ;
- ③⑰ *h)* Les dispositions des articles 25 et 26 entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016 conformément à l'article 11 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles ;
- ③⑱ *i)* Les articles 29, 30, 33, 36, 37 et 38 ne sont pas applicables ;
- ③⑲ *j)* Pour l'application de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « services relevant de l'article L. 313-1-2 » sont remplacés par les mots : « services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, autorisés au titre de l'article L. 313-1 » ;
- ④① *k)* Pour l'application du premier alinéa de l'article 32, les mots : « les services mentionnés au 2° de l'article L. 313-1-2 du même code et, le cas échéant, » sont supprimés ;
- ④② *l)* Le *b* du 3° du I et les II et III de l'article 41 ne sont pas applicables ;
- ④③ *m)* Au I de l'article L. 543-4 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

- ④③ « À l'article L. 342-3, les mots : "prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale" sont remplacés par les mots : "prévu par l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte" » ;
- ④④ *n)* Pour l'application de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;
- ④⑤ *o)* Pour l'application de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, la référence au « 13° » est supprimée ;
- ④⑥ *p)* Pour l'application du 6° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « les services des départements en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie » sont supprimés ;
- ④⑦ *q)* Les dispositions de l'article 49 entreront en vigueur dans les conditions prévues au 3° de l'article 10 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles et au plus tard au 1^{er} janvier 2016 ;
- ④⑧ *r)* L'article 50 n'est pas applicable ;
- ④⑨ *s)* Au IX l'article L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :
- ⑤⑩ « Des décrets en Conseil d'État fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives relatives à la conférence des financeurs prévue à l'article L. 233-1 ».

Article 57

- ① L'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le II devient un V ;
- ③ 2° Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ④ « I. – Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis dans les conditions précisées au présent article selon des modalités fixées par décrets en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

- ⑤ « II. – Le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation est réparti entre les départements, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ⑥ « Cette quote-part est calculée en appliquant au montant total du concours destiné à couvrir cette dépense le double du rapport entre, d'une part, le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 et de l'allocation compensatrice pour tierce personne mentionnée à l'article L. 245-1, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, dans les collectivités d'outre-mer visées au II et, d'autre part, le nombre total de bénéficiaires de ces prestations au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué.
- ⑦ « III. – Le solde de ce concours et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis en fonction de tout ou partie des critères suivants : » ;
- ⑧ 3° Après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « En l'absence de potentiel fiscal tel que prévu par l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours relatif à l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées est déterminé en retenant pour les collectivités concernées une valeur nulle de ce même potentiel. » ;
- ⑩ 4° Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑪ « IV. – La quote-part calculée dans les conditions définies au II est répartie entre les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon en fonction des critères mentionnés aux *a* à *e* du III. » ;
- ⑫ 5° Au V, le mot : « I » est remplacé par le mot : « III ».

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 58

Le Gouvernement remet au Parlement au plus tard le 1^{er} septembre 2016, puis au plus tard le 1^{er} septembre 2017, un rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre de la présente loi. Ces deux rapports sont établis à l'issue d'une analyse conjointe de l'État et des départements et proposent, le cas échéant, des évolutions de la présente loi et de ses mesures d'application.

Article 59

Les dispositions du 3^o de l'article 4 entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2015.

Article 60

Les résidences-autonomies disposent d'un délai de cinq ans, à compter de la publication du décret prévu au deuxième alinéa du III de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 11, pour se mettre en conformité avec les dispositions de ce décret.

Article 61

Les dispositions de l'article 14 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 62

Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi que les contrats de séjour en cours d'exécution qu'ils ont conclus et les documents individuels de prise en charge qu'ils ont délivrés, sont mis en conformité avec les dispositions de l'article 22 à l'occasion de leur plus prochaine actualisation et au plus tard dans les dix-huit mois suivant la publication de la présente loi.

Article 63

- ① I. – Il est procédé au plus tard dans le délai d'un an à compter de la date de publication du décret revalorisant le plafond du plan d'aide prévu à l'article L. 232-3-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 29, au réexamen de la situation et des droits des personnes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie à cette même date et dont le montant du plan d'aide excède un seuil fixé par décret. Sont réexaminés en priorité les situations des personnes dont le degré de dépendance est le plus élevé.
- ② Au terme de ce délai, les personnes dont la situation n'a pas été réexaminée bénéficient, jusqu'à la notification de la décision du président du conseil général, d'une majoration proportionnelle du montant de leur plan d'aide, selon des modalités fixées par décret.
- ③ II. – Dans le délai d'un an à compter de la date de publication du décret prévu à l'article L. 232-3-2 du même code, dans sa rédaction issue de l'article 36, la situation des personnes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie à la même date et qui ne relèvent pas des dispositions du I fait l'objet d'un réexamen au regard du droit prévu par cet article. Sont réexaminés en priorité les situations des personnes dont le degré de dépendance est le plus élevé.

Article 64

- ① Les conditions d'application des dispositions de l'article L. 443-11 du code de l'action sociale et des familles aux personnes qui disposent, à la date de publication de la présente loi, de l'agrément prévu à l'article L. 441-1 du même code sont prévues par décret.
- ② Les dispositions des II et III de l'article 41 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 65

Les dispositions relatives au socle de prestations prévu à l'article L. 342-2 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de l'article 40 ne sont pas applicables aux contrats conclus avant la date d'entrée en vigueur du décret mentionné au même article.

Article 66

- ① I. – Le dernier alinéa de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles est supprimé à la date de la publication du décret prévu à l'article L. 146-3-1 du même code, dans sa rédaction issue de l'article 49.
- ② II. – L'article L. 232-17 du même code est abrogé à la date de publication des décrets nécessaires à l'entrée en vigueur des dispositions insérées dans le même code par les articles L. 232-21 et L. 232-21-1 du même code.

Fait à Paris, le 3 juin 2014.

Signé : Manuel VALLS

Par le Premier ministre :
*La ministre des affaires sociales
et de la santé*

Signé : Marisol TOURAINE

Par le Premier ministre :
*La secrétaire d'État, auprès de la ministre
des affaires sociales et de la santé,
chargée de la famille, des personnes âgées
et de l'autonomie*

Signé : Laurence ROSSIGNOL

ANNEXE À L'ARTICLE 2

PROJET DE RAPPORT ANNEXÉ AU PROJET DE LOIRELATIF À L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

SOMMAIRE

INTRODUCTION	97
VOLET 1 : ANTICIPATION ET PREVENTION	101
1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie	102
1.1. Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière	102
1.2. Faire de la prévention l'affaire de tous	103
1.3. Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du « bien-être » des personnes âgées	104
2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités	104
2.1. Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités	105
2.2. Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA	105
2.3. Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés	106
2.4. Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés	107

2.5. Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé	108
3. Faire connaître et mieux financer les aides techniques – développer les actions collectives de prévention	111
4. Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local	112
5. Réguler le marché de l'assurance dépendance	113
VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT	114
1. Installer la révolution de l'âge dans toutes les politiques publiques	115
1.1. Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux vieillir	116
1.1.1. Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation	116
1.1.2. Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention	117
1.1.3. Diversifier l'offre de logements	120
1.1.4. Préparer l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées	122
1.2. Faire place à l'âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle	122
2. Saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi	125
2.1. Faire de la France un leader mondial de la « Silver économie »	125
2.2. Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement	127
3. Consacrer la place des âgés et reconnaître leur rôle fondamental dans la société	129

3.1. Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés	129
3.2. Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés	130
3.3. Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées	132
4. Affirmer les droits et libertés des âgés	133
4.1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés	133
4.2. Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement	134
4.3. Accompagner l'expression du consentement des personnes	135
4.4. Protéger les personnes vulnérables	135
VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE	137
1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent	137
1.1. Réformer l'APA à domicile	138
1.2. Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile	140
2. Soutenir les aidants	142
2.1. Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'APA	143
2.2. Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants	144
2.3. Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle	145
3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain	145
4. Mieux accompagner la fin de vie	148
5. Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial	149
5.1. Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire	149

5.2. Encourager le déploiement de l'accueil familial	150
6. Simplifier les outils de pilotage de l'offre sur le territoire	151
VOLET 4 : LA GOUVERNANCE	152
1. Au niveau national : une participation des âgés renforcée au service d'une politique du vieillissement plus transversale	152
1.1. Créer un Haut Conseil de l'Age contribuant à élaborer cette politique globale	152
1.2. Renforcer la CNSA en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale	153
1.3. Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation	154
2. Au niveau local : une meilleure coordination des acteurs au service des âgés	154

INTRODUCTION

①

②

La France est engagée dans un processus de transition démographique, caractérisée par une augmentation de la longévité des Français et par une croissance forte et continue des classes d'âge les plus élevées. Les personnes de 60 ans ou plus sont aujourd'hui 15 millions, elles seront 18,9 millions en 2025 et près de 24 millions en 2060 (INSEE). Le nombre des personnes de plus de 85 ans va presque quadrupler d'ici 2050, passant de 1,4 million aujourd'hui à 4,8 millions. En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans.

③

Alors que notre pays connaît depuis plusieurs années l'un des plus forts taux de natalité en Europe, cette « révolution de l'âge » n'est pas la marque d'un déclin, mais bien au contraire le signe d'un progrès considérable pour la société française. L'augmentation de l'espérance de vie permet à un grand nombre de Français de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les Français vivent aujourd'hui plus de 80 ans en moyenne, contre 47 ans en 1900. L'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité progresse rapidement : elle était de 63,5 ans en 2010 pour les femmes, contre 62,4 ans quinze ans plus tôt, et de 61,9 pour les hommes, contre 60 ans auparavant. Pour la première fois, deux générations coexistent dans le champ de l'âge : l'âge et le grand âge, chacun avec ses défis propres.

④

Pour la puissance publique, il s'agit désormais de répondre aux besoins entraînés par le vieillissement de la population, y compris pour les personnes en situation de handicap, sur l'ensemble du territoire. Trois rapports ont été remis au Premier ministre le 11 mars 2013 : celui du Comité avancée en âge présidé par le docteur Aquino « *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* », celui de Martine Pinville, « *Relever le défi politique de l'avancée en âge – Perspectives internationales* », et celui de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, présidée par Luc Broussy, « *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population – France : année zéro !* ». Ils ont tracé des pistes concrètes et opérationnelles pour adapter la société au vieillissement, dont la présente loi s'est beaucoup inspirée.

⑤

La réponse au défi de la « révolution de l'âge » doit avoir un caractère universel : tout le monde est concerné par l'âge. Alors que les politiques de l'âge se sont construites par étapes successives, l'ambition du Gouvernement est aujourd'hui de les remettre en cohérence, d'impulser une dynamique et d'assurer l'égalité de tous les citoyens face au risque de perte d'autonomie.

- ⑥ Cette « révolution » est aussi porteuse de croissance, génératrice d'un développement économique au service des besoins et aspirations des plus âgés. La longévité de la population française représente un fort potentiel de création d'emplois de service mais aussi d'emplois industriels.
- ⑦ La révolution de l'âge constitue un défi majeur : notre société doit s'adapter, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires, et le plus longtemps possible, de ce formidable progrès porté par l'allongement de l'espérance de vie. Elle doit s'adapter pour donner toute leur place aux âgés, véritable colonne vertébrale pour la cohésion sociale et citoyenne, compte tenu de leur contribution essentielle à la solidarité familiale, au lien social et à l'engagement citoyen. La question de l'image se pose également fortement, alors que l'âge est trop souvent associé à une ou plusieurs maladies. Les représentations sont fortes et ancrées dans les esprits, il faut les dépasser.
- ⑧ Le Gouvernement entend promouvoir cette vision positive de l'âge, au bénéfice de toutes les générations. Susciter l'engagement et améliorer l'accompagnement des âgés, c'est porter un modèle de société plus fraternelle, plus apaisée et réconciliée avec les plus fragiles, qui ne repose pas sur les valeurs du plus fort, du plus jeune ou du plus rapide, mais s'inscrit dans une mémoire et se projette dans la durée. En cela l'adaptation de la société au vieillissement comporte une dimension éthique et sociétale majeure en ce début de XXI^e siècle.
- ⑨ Ceux pour lesquels l'âge signifie l'entrée dans la perte d'autonomie attendent que l'on réponde à leurs besoins et qu'on les accompagne. Cet accompagnement doit s'inscrire dans un projet de vie qui intègre pleinement l'expression des désirs et des attentes de la personne jusqu'à la fin de sa vie.
- ⑩ La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 a représenté un progrès majeur pour les personnes âgées et un changement profond dans la manière d'aborder l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les moyens consacrés à l'aide et aux soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées ont également été renforcés depuis, notamment via la « médicalisation ». Dix ans plus tard, il convient d'aller plus loin, en renforçant l'APA à domicile, en prenant mieux en compte l'environnement et l'entourage de la personne dans la définition des plans d'aide et en développant les actions de prévention.
- ⑪ Tous les acteurs du médico-social sont bien sûr appelés à se mobiliser ; les conseils généraux, l'État, les Agences régionales de santé (ARS), dont

le rôle est essentiel dans la prévention, l'organisation et le décloisonnement de l'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire, la construction de parcours de santé et la réduction des inégalités infra régionales ; mais aussi les caisses de retraite, les communes et intercommunalités, via notamment leurs centres d'action sociale, les acteurs de l'aide à domicile et des établissements, les complémentaires santé, les mutuelles, les institutions de prévoyance. Parce qu'il s'agit d'une loi d'adaptation au vieillissement, et non pas seulement une loi sur l'accompagnement de la perte d'autonomie, de nouveaux acteurs sont invités à s'impliquer fortement dans les politiques publiques à destination des âgés, en particulier dans le secteur du logement, des transports, de la culture... Pour la même raison, les personnes âgées elles-mêmes, au travers notamment de leurs représentants, doivent être associées à la construction, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de l'autonomie.

- ⑫ La coordination accrue des différents intervenants institutionnels auprès des personnes âgées, comme des personnes handicapées, constitue un enjeu essentiel qui doit être abordé en cohérence avec les orientations de la réforme territoriale. C'est la raison pour laquelle ce projet ne comporte pas à ce stade de dispositions en la matière. Elles seront néanmoins au centre des évolutions futures de façon à renforcer tant les politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie.
- ⑬ Le Gouvernement a fait le choix d'une loi d'orientation et de programmation, inscrivant la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et transversal, embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge et confortant le choix d'un financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie. L'action qui s'engage sera globale, pérenne et mobilisera la société toute entière.
- ⑭ La politique d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers indissociables :
- ⑮ – **L'Anticipation** : pour prévenir la perte d'autonomie, au plan individuel et collectif. L'âge est un facteur d'accélération d'inégalités sociales et de santé qui entraînent un risque accru de perte d'autonomie. Prévenir et repérer les facteurs de risque est essentiel et permettra, d'une part, de proposer, chaque fois que nécessaire, des programmes de prévention adaptés et, d'autre part, de faciliter le recours aux aides techniques pour retarder la perte d'autonomie. Pour notre société, il s'agit d'anticiper, au lieu de subir, le vieillissement de nos concitoyens, dont les effets sur l'autonomie ne sont pas une fatalité.

- ⑩ – **L’Adaptation** de notre société : L’âge ne doit pas être facteur de discrimination ou d’exclusion : il faut changer le regard sur le vieillissement. Cela passe par la création de liens sociaux nouveaux, en rapprochant les générations, mais aussi par la réaffirmation des droits des âgés pour qu’ils ne soient pas ignorés. Il convient de repenser toutes les politiques publiques, en particulier celles du logement, de l’urbanisme et des transports, mais aussi des droits des âgés, de leur engagement civique... Les villes, et plus largement les territoires, doivent être incités à prendre en compte l’augmentation du nombre d’âgés dans leur développement. Il faut favoriser en France l’innovation technologique, la production d’équipements domotiques, pour répondre aux besoins des âgés et encourager la structuration d’une filière industrielle, car le vieillissement représente un levier remarquable pour la société en termes d’emplois, de développement industriel et de croissance.
- ⑪ – **L’Accompagnement** de la perte d’autonomie. La priorité est de permettre à ceux qui le souhaitent de vivre à domicile dans de bonnes conditions : c’est la préférence des âgés et des familles. Un acte II de l’APA à domicile, plus de 10 ans après sa création, est donc nécessaire pour renforcer les possibilités d’aide et en diminuer le coût pour les familles. De plus, les aidants, les familles ou les proches, qui sont souvent le pivot du soutien à domicile doivent être mieux reconnus et mieux soutenus. Les âgés et leurs aidants doivent pouvoir compter sur une information claire et accessible, sur une orientation pertinente qui respecte leur liberté de choix et sur une réponse en matière d’aide et un accompagnement garantis sur l’ensemble du territoire. La loi fixe également les grandes orientations à moyen terme de l’offre en établissement.
- ⑫ Ces trois volets assurent la cohérence de la politique de l’âge portée par le Gouvernement. La personne âgée et sa famille sont au cœur de chacun de ces volets et de chacune des dispositions de la loi : leurs attentes, leurs projets, leurs besoins, leur participation aussi, avec l’enjeu déterminant d’une meilleure prise en compte de la parole et de la place des âgés dans l’élaboration des politiques publiques.
- ⑬ Cette politique ambitieuse s’appuiera sur la contribution additionnelle de solidarité pour l’autonomie (CASA), soit un montant estimé à 645 millions d’euros par an. Le volet « accompagnement de la loi » vise en particulier à rendre effectif le droit des âgés à vivre à leur domicile dans de bonnes conditions. Pour concrétiser cet engagement, 375 millions d’euros supplémentaires seront consacrés chaque année à l’APA à domicile.

- ⑳ La CASA répondra donc bien à sa vocation et sera pleinement affectée à l'adaptation de la société au vieillissement dans toutes ses dimensions.

㉑ **VOLET 1 : ANTICIPATION ET PREVENTION**

- ㉒ La prévention est le moteur de la politique de l'âge. L'avancée en âge est inexorable mais elle est prévisible, collectivement comme individuellement. Depuis plusieurs décennies, les courbes démographiques dessinent une évidence. Progrès scientifiques, médicaux et technologiques autorisent aujourd'hui à l'optimisme de la volonté : la perte d'autonomie n'est pas inéluctable.

- ㉓ La révolution de l'âge est parallèle à la révolution numérique et elle se fera grâce à son apport. L'accès à large dimension aux aides techniques de l'autonomie fera entrer la politique de l'âge dans le XXI^e siècle. Les financements apportés permettront à tous d'y accéder et concourront à réduire les inégalités sociales creusées par la vieillesse.

- ㉔ L'anticipation est la toute première priorité.

- ㉕ Il n'y a pas de fatalité : il est des situations sur lesquelles nous pouvons et devons agir pour préserver l'autonomie, pour faire reculer la perte d'autonomie dite « évitable » en repérant et en combattant plus tôt les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être.

- ㉖ Nous ne sommes pas égaux devant la perte d'autonomie : certains risquent plus que d'autres de rencontrer des difficultés, parce que leur parcours de vie les a exposés à des risques plus lourds, parce qu'ils n'ont pas eu les moyens de préserver leur santé. Les inégalités sociales marquent aussi de leur empreinte le grand âge, et le risque de perte d'autonomie est plus grand pour ceux qui sont les moins favorisés. La volonté de développer la prévention rejoint l'ambition du Gouvernement de faire de la lutte contre les inégalités sociales une priorité, à travers le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale mais aussi les orientations de la stratégie nationale de santé.

- ㉗ Les enjeux de la transition démographique et de la prise en charge de la perte d'autonomie à moyen terme peuvent être abordés avec confiance si une véritable culture de la prévention s'impose auprès du grand public et de l'ensemble des acteurs directement concernés : âgés, familles, aidants, professionnels, bénévoles, etc.

- 28 En lien étroit avec la stratégie nationale de santé, qui met le vieillissement de la population au cœur de ses priorités, une politique de prévention graduée sera mise en œuvre pour que chacun puisse mesurer l'impact de ses comportements sur les conditions de son avancée en âge. Elle comprendra aussi bien des actions d'éducation à la santé que des programmes ciblés
- 29 Cette politique nationale de prévention, qu'elle soit primaire – tout au long de la vie, secondaire – face à l'apparition des premiers signes de fragilité, voire tertiaire – pour prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie, doit être globale. Elle s'adresse à tous, et en particulier à tous les âgés, quel que soit leur niveau de perte d'autonomie, qu'ils soient ou non bénéficiaire de l'APA.
- 30 **1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie**
- 31 Chacun doit prendre à bras le corps son vieillissement et ses conséquences.
- 32 L'avancée en âge peut être anticipée très tôt, dès la vie active, avec l'appui des employeurs qui ont une responsabilité dans la préparation du vieillissement de leurs salariés.
- 33 Le passage à la retraite est un moment clé, une occasion de remobilisation sur un projet plus personnel ou un engagement auprès de la société. À cette première étape en succéderont d'autres, représentant chaque fois un moment privilégié de repenser son projet de vie. Car la vieillesse n'est pas homogène, mais au contraire plurielle : il y a l'âge où l'on est « âgé sans être vieux », qui renvoie à l'âge de la retraite, mais aussi de la grand-parentalité, puis l'âge de la vieillesse, où les fragilités apparaissent, enfin le grand âge.
- 34 Une politique globale d'information et d'éducation à l'avancée en âge sera mise en œuvre pour l'ensemble de la population dans le cadre d'un plan d'actions national et interministériel et auquel le Haut Conseil de l'Age nouvellement créé prendra toute sa part (cf. volet gouvernance). Un accent particulier sera mis sur le développement de l'activité physique et sportive et sur le lien social.
- 35 **1.1. Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière**
- 36 L'accompagnement du vieillissement au travail permet de prévenir la perte d'autonomie aux moments clés que représentent la fin de carrière et le

passage à la retraite. Cet accompagnement doit éviter que n'interviennent des ruptures susceptibles de fragiliser des parcours de vie déjà difficiles et favoriser au contraire une transition harmonieuse vers une « troisième vie ».

- ③7 Cela passe par une mobilisation dans le cadre de la santé au travail, qui pourra accompagner le vieillissement au travail dans le cadre des outils de droit commun du dialogue social et de la politique de l'emploi ou dans le cadre des contrats de génération, qui pourraient intégrer le cas échéant des actions d'accompagnement des seniors dans l'emploi. Cette orientation va dans le sens de la feuille de route de la conférence sociale de juillet 2012 prévoyant de renforcer la prévention de la pénibilité et le maintien dans l'emploi des seniors.
- ③8 Au moment où ils s'apprêtent à prendre leur retraite, les assurés qui rencontrent des difficultés sociales pourront bénéficier de « rendez-vous avec la République » grâce aux entretiens que les caisses de retraite développeront à destination des publics en situation de fragilité, dans le cadre de leurs prochaines conventions d'objectifs et de gestion (COG).
- ③9 En particulier, les personnes handicapées vieillissantes (actives ou non, avec une attention particulière pour les personnes sans emploi au moment de l'âge de la retraite) pourraient utilement bénéficier de mesures coordonnées de prévention de la perte d'autonomie et de prévention des périodes d'interruption des droits.
- ④0 La CNAV s'engage notamment à expérimenter, avant la fin de la COG (2017), un « passage accompagné » à la retraite pour les publics fragilisés, assorti d'une proposition de demande de minimum vieillesse (ASPA). Afin d'éviter les interruptions de droits et des périodes sans ressources, des solutions d'automatisation seront également étudiées.

④1 **1.2. Faire de la prévention l'affaire de tous**

- ④2 Il est nécessaire d'offrir au plus grand nombre toutes les informations utiles pour accompagner le changement des comportements favorables à la préservation de l'autonomie : âgés, aidants familiaux ou professionnels, bénévoles, services publics, etc. C'est un effort d'éducation au bien vieillir qui doit être engagé, sur l'ensemble des priorités nationales définies, pour permettre à tous de « savoir pour pouvoir ». En lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les caisses de retraites mettront en ligne un portail dédié à la préservation de l'autonomie, articulé avec le portail plus général porté par la CNSA. Cette information devra également être relayée dans les écoles, les administrations, les entreprises,

les services publics, etc. pour que la mobilisation soit la plus universelle possible.

④③ 1.3. Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du « bien-être » des personnes âgées

④④ La prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement de l'allongement de la vie est un des grands défis à relever dans notre société. La mission des gérontopôles est de rapprocher et dynamiser autour du vieillissement les acteurs de la recherche, du soin (à l'hôpital, en ville, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise. Ils faciliteront le transfert de la recherche, du développement technologique (Silver économie) vers le soin, le médico-social et les services apportés aux âgés.

④⑤ Ils s'inscriront dans les orientations définies par la stratégie nationale de santé et l'agenda stratégique de la recherche « France-Europe 2020 ». D'ores et déjà, parmi les axes forts proposés par l'alliance Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé), la problématique de la recherche sur le vieillissement normal et pathologique a été mise en avant, avec comme axes prioritaires la longévité (génome et organisme), les neurosciences et les fonctions cognitives, la qualité de vie et la perte d'autonomie (pour pallier l'isolement, les risques et le handicap).

④⑥ Sur cette thématique, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a demandé à l'Agence nationale de la recherche d'organiser majoritairement son plan d'action 2014 autour de neuf grands défis sociétaux, parmi lesquels le défi « santé – bien-être » dont le vieillissement est un sous-axe. Il a également, avec les ministères en charge du redressement productif et des personnes âgées et de l'autonomie, encouragé les réflexions permettant de construire une contribution française forte à un projet de KIC (*Knowledge and Innovation Communities*) « Vieillesse active et en bonne santé », dont le lancement est prévu mi-février 2014 dans le cadre de l'Institut Européen de Technologie.

④⑦ 2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités

④⑧ Le repérage des fragilités et la meilleure connaissance du vieillissement issue des travaux de recherche doivent conduire à innover et à imaginer d'autres manières de préserver l'autonomie et d'anticiper les effets négatifs de l'âge. Les actions prioritaires de la politique de prévention portent sur le repérage des fragilités le plus en amont possible

puis sur des actions ciblées sur la préservation du lien social, l'alimentation et l'activité physique.

④⑨ **2.1 Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités**

⑤⑩ La prévention de la perte d'autonomie passe par le repérage de facteurs de risque à toutes les étapes du parcours des âgés, en privilégiant les déterminants sociaux et environnementaux au sein d'un dispositif de prévention ciblé et gradué.

⑤⑪ La fragilité correspond à un ensemble de signes de perte d'autonomie encore réversibles. Le repérage de ces signes et la mise en place d'actions visant à les pallier permet de regagner tout ou partie de l'autonomie et d'éviter de basculer dans la perte d'autonomie non réversible.

⑤⑫ Un programme de sensibilisation au repérage des risques de perte d'autonomie, tenant compte des problématiques spécifiques du handicap, sera développé par le ministère des affaires sociales et de la santé au profit des professionnels médico-sociaux et de santé, notamment sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé ou de la CNSA et de l'INPES. La place de la prévention dans la formation et l'accompagnement des métiers liés au vieillissement sera également renforcée. Une attention particulière sera apportée aux aidants, qui sont eux-mêmes en situation de risque et aux personnes en situation de handicap qui avancent en âge.

⑤⑬ La piste d'un examen de santé dans les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie, ciblé sur les publics précaires, est examinée, en y intégrant le cas échéant les aidants fragilisés.

⑤⑭ Pour les cas les plus complexes, les hôpitaux de jour gériatriques devront à l'avenir développer leur fonction d'expertise et de recours des acteurs de première ligne pour l'évaluation et la prise en charge des personnes présentant de multiples risques.

⑤⑮ **2.2. Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA**

⑤⑯ Près d'un quart des personnes en situation d'isolement relationnel est composé de personnes âgées de plus de 75 ans, soit environ 1,2 million de personnes (Fondation de France, 2013). La part des âgés isolés augmente fortement. Lutter contre l'isolement social suppose d'encourager la participation des citoyens et des acteurs locaux volontaires pour développer la création de lien social avec les personnes fragilisées.

- 57) De ce constat est née la Mobilisation NAtionale contre l'ISolement social des Agés (MONALISA). Le déploiement de cette mobilisation nationale sera fortement soutenu et s'inscrira dans les grands chantiers suivis par le nouveau Haut Conseil de l'Age.
- 58) Cette mobilisation nationale consiste pour les nombreuses parties prenantes (associations, collectivités territoriales, centres communaux d'action sociale (CCAS), caisses de retraite primaires et complémentaires, mutuelles, la CNSA, l'Agence du service civique, etc.) à mener un programme d'émergence et de déploiement d'équipes de citoyens bénévoles, de façon à mieux répondre aux besoins, en particulier sur les lieux où il n'existe pas encore d'actions ou auprès de personnes particulièrement fragilisées (migrants ou personnes séropositives qui avancent en âge par exemple). Pour valoriser les équipes, leurs actions et faciliter le soutien des partenaires, une charte MONALISA permettra aux « opérateurs d'équipes » existants ou à venir, de se reconnaître et de s'inscrire dans cette cause commune. L'agence du service civique poursuivra dans les années à venir son effort de mobilisation de jeunes sur le champ de la lutte contre l'isolement.
- 59) En outre, avoir une attitude active vis-à-vis de l'univers du numérique est un facteur démontré de prévention de l'autonomie. Il faut permettre à tous d'y avoir accès et éviter une nouvelle « fracture » entre ceux qui disposent des moyens d'accéder à l'information et de s'équiper et les autres. La mobilisation MONALISA ne négligera pas cet aspect.

60) **2.3. Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés**

- 61) Dans le prolongement des actions engagées avec le programme national nutrition-santé (PNNS), la promotion de bonnes pratiques de nutrition, la lutte contre la dénutrition des grands âgés ainsi que la promotion de l'activité physique sont des priorités pour agir sur les comportements et améliorer la qualité de vie des âgés.
- 62) Le programme national de prévention de la perte d'autonomie, qui sera élaboré par le ministère en charge des personnes âgées en lien avec le Haut Conseil de l'Âge, déclinera les priorités des pouvoirs publics autour de ces composantes essentielles de la prévention. Il prévoira le renforcement des compétences et des organisations hospitalières en matière de nutrition pour les personnes âgées accueillies en établissement et sera ambitieux sur le développement de l'activité physique.

- ⑬ La lutte contre la sédentarité permet de préserver la santé des aînés, de réduire la multiplication des soins et de prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation. La pratique sportive permet également de rompre l'isolement social et de renforcer les liens intergénérationnels.
- ⑭ Les mesures relatives à la promotion et au développement des activités physiques et sportives ciblées sur les âgés, qui s'appuient notamment sur les recommandations du groupe de travail présidé par le Pr. Daniel Riviere « *Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés* » (2013), seront intégrées au programme national de prévention de la perte d'autonomie. Elles se concentrent sur quatre objectifs : le développement à l'échelon territorial de l'offre de pratique physique ou sportive pour les personnes âgées, quel que soit leur niveau d'autonomie et leur lieu d'hébergement, en s'appuyant sur les collectivités territoriales et les réseaux « sport-santé » ; la sensibilisation du public, en portant une attention particulière aux personnes défavorisées ; la formation des professionnels ; l'accueil adapté des âgés dans les établissements d'activités physiques et sportives.
- ⑮ Parmi les différentes actions qui seront conduites, la constitution d'un réseau de professionnels (éducateurs sportifs, professionnels du social, kinésithérapeutes, infirmières...) sera encouragée, notamment autour des médecins traitants. Ce réseau assurera une prise en charge coordonnée de la personne, lui permettant d'adhérer à une pratique physique ou sportive régulière et adaptée, accessible même aux plus démunis (aide à la prise en charge financière des abonnements de location de vélo ou d'entrée dans les piscines par exemple). Dans le cadre de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE), les entreprises, comme les administrations et collectivités, seront incitées à faciliter pour leurs salariés et agents la pratique physique ou sportive et à les accompagner au cours de la fin de leur activité professionnelle vers une retraite physiquement active.
- ⑯ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les maisons de retraite médicalisées seront encouragés à développer la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée, encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé.
- ⑰ **2.4. Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés**
- ⑱ Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la part de la population la plus à risque de décès par suicide. En France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28 % au moins ont concerné des personnes de 65 ans et plus (CepiDc-Inserm). En outre, la personne âgée

accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte, comme en témoigne les moyens radicaux employés signes d'une grande désespérance: précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison. C'est ce qui explique que le taux d'échec des tentatives des âgés soit beaucoup plus bas que pour les autres groupes d'âge.

⑥9 Dans la très grande majorité des cas, le suicide des âgés est l'aboutissement de l'évolution douloureuse d'une dépression méconnue ou mal traitée. C'est pourquoi une action spécifique doit être menée. En s'appuyant notamment sur les conclusions du rapport du Comité national de la bientraitance et des droits (CNDB) d'octobre 2013 sur « *la prévention du suicide chez les personnes âgées* », le programme d'actions de prévention du suicide a été décliné. Il comprend 16 actions, articulées autour de trois priorités :

⑦0 – développer les savoirs grands publics et professionnels des âgés à toutes les étapes du processus suicidaire, au travers notamment de la formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat, de la formation des professionnels au repérage de la crise suicidaire ou encore de la formation des écoutants téléphoniques sur les numéros d'écoute dédiés ;

⑦1 – structurer dans les territoires la collaboration entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie pour améliorer la prise en charge, en proposant, par exemple, un cahier des charges d'amélioration de la prise en charge, du repérage à l'accompagnement du patient et de son entourage ;

⑦2 – développer et mettre en œuvre un programme d'études et de recherche sur le suicide des personnes âgées. Ces actions seront la déclinaison pour les personnes âgées de l'action nationale développée par l'Observatoire du suicide.

⑦3 **2.5. Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé**

⑦4 La future loi de santé issue de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) complètera les dispositions de la présente loi, en particulier pour les aspects relatifs à la prévention de la perte d'autonomie et à l'adaptation du système de santé au vieillissement. La SNS porte trois grandes priorités : anticiper les deux grands défis auxquels est confronté notre système de santé que sont le vieillissement de la population et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et préserver le financement solidaire de la protection sociale. Le recours aux soins des personnes âgées sera ainsi amélioré, tant

par des mesures de droit commun que par des dispositions intéressant spécifiquement les personnes âgées.

- 75 – *Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé*
- 76 L'âge aggrave les inégalités sociales de santé. Pour favoriser l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a pris des engagements importants dont l'encadrement des dépassements d'honoraires médicaux et l'accès à une complémentaire santé. La loi financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit d'ores et déjà une augmentation de cinquante euros de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour ses bénéficiaires âgés de plus de soixante ans.
- 77 Sur le plan des inégalités territoriales de santé, et dans le cadre du pacte territoire santé, le renforcement de l'offre de soins de proximité et la lutte contre les déserts médicaux doivent garantir une offre de soins accessible à tous et notamment aux personnes en situation de perte d'autonomie et/ou atteintes d'une maladie chronique. Les diverses mesures mises en œuvre dans le cadre de ce pacte, comme les incitations à l'installation des professionnels dans les zones en déficit d'offre de soins, le renforcement de la coopération entre les acteurs ou la promotion de tous les outils de télé-médecine ou de télé-expertise au bénéfice des patients isolés, contribueront au renforcement des dispositifs de prise en charge des personnes âgées qui résident dans des zones où l'offre de soins est discontinuée, notamment en zone rurale.
- 78 Concernant l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a fait des avancées importantes avec la lutte contre les dépassements d'honoraires, l'engagement de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité d'ici 2017, le renforcement de la qualité des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé et l'augmentation de cette aide adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ces mesures bénéficieront ainsi aux personnes âgées à faibles ressources.
- 79 – *Rester en bonne santé pour bien vieillir : priorité à la prévention*
- 80 Pour préserver le meilleur état de santé possible avec l'avancée en âge et lutter contre les facteurs de perte d'autonomie, la stratégie nationale de santé repose sur trois priorités spécifiques en matière de prévention à l'attention des personnes âgées : santé visuelle, santé auditive, santé nutritionnelle et bucco-dentaire. En effet, la perte d'autonomie résulte souvent d'une dégradation de la santé visuelle ou auditive des personnes,

atténuant leurs interactions avec leur environnement pour les placer progressivement dans une situation d'isolement social.

⑧1 – *Adapter notre système de santé au vieillissement*

⑧2 La stratégie nationale de santé se fixe pour objectif la mise en œuvre d'une médecine de parcours, conformément aux orientations de l'avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 22 mars 2012. La médecine de parcours assure une meilleure articulation entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et social dans la prise en charge d'une personne âgée. Il s'agit à la fois de lutter contre le renoncement aux soins et les ruptures de prise en charge ou d'observance thérapeutique et de favoriser des prises en charge optimales et coordonnées autour des besoins de la personne.

⑧3 Le lancement des expérimentations de parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, illustre l'engagement du Gouvernement pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. La poursuite du déploiement des dispositifs MAIA, méthode de travail déployée dans un objectif d'intégration des réponses d'aides et de soins offertes aux âgés, va dans le même sens. Un plan spécifique sera élaboré pour la prise en charge des patients atteints de maladies neuro-dégénératives, qui capitalisera les avancées des plans Alzheimer antérieurs, dont le caractère transversal, de la recherche à l'accompagnement social, fut l'une des conditions de la réussite. Cet élargissement à d'autres maladies, comme celle de Parkinson par exemple, sera réalisé dans le respect des besoins propres à chacun. En effet, les réponses ne peuvent être standardisées, mais doivent être adaptées à la spécificité des troubles que connaissent les personnes. Il s'agit donc de concilier une plus grande ouverture de nos structures avec l'impératif de prendre en considération chaque situation dans ce qu'elle a de singulier.

⑧4 – *Agir pour le bon usage du médicament*

⑧5 Selon la HAS, 67 % des personnes de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois contre 35 % pour les moins de 65 ans. Cette proportion augmente avec l'âge. La polymédication est par ailleurs responsable de 10 à 20 % d'hospitalisations chez les 65 ans et plus.

⑧6 Inspiré notamment des préconisations du rapport de Philippe Verger « *La politique du médicament en EHPAD* », un plan d'action volontariste sera engagé pour favoriser le bon usage du médicament chez les patients âgés en ville, à l'hôpital ou en maison de retraite médicalisée. Quatre

objectifs sont poursuivis et déclinés : limiter le recours inadéquat aux médicaments et favoriser les alternatives aux médicaments chaque fois que c'est possible ; aider le médecin à gérer au mieux le risque d'une consommation inadaptée de médicaments chez les personnes âgées ; favoriser un bon suivi de son traitement par la personne et développer l'accompagnement pharmaceutique; améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les résidents en maison de retraite médicalisée.

87 Cette politique rénovée et adaptée aux besoins des personnes âgées se traduira notamment par la refondation de la formation des professionnels de santé (initiale et continue) et par le renforcement des objectifs de santé publique dans leur rémunération. La recherche sur les formes adaptées de médicaments au sujet âgé (comprimés, pilules, sachets, injectables, ...) sera encouragée, pour éviter une prise du traitement difficile. Cela permettra en particulier d'éviter que, pour faciliter la prise, les médicaments soient parfois écrasés ou mélangés, avec de nombreux risques associés.

88 Des outils nouveaux seront également mis en place pour accompagner de manière ciblée les médecins dont les patients de plus de 65 ans se sont vus prescrire un nombre important de molécules (plus de 10), ou encore pour faciliter un travail partenarial entre médecin et pharmacien autour notamment du dossier pharmaceutique. Il sera également nécessaire de communiquer davantage et de manière ciblée, au travers d'une campagne nationale, et de travailler à des supports adaptés à certaines pathologies avec les associations de patients et des familles.

89 Un comité de suivi est prévu pour le suivi du plan, regroupant l'ensemble des partenaires concernés.

90 **3. Faire connaître et mieux financer les aides techniques – développer les actions collectives de prévention**

91 Les progrès technologiques font franchir un grand pas à l'aide à l'autonomie et à la possibilité pour les âgés de demeurer à leur domicile. La solvabilisation de l'accès des personnes à faibles revenus aux technologies de l'autonomie, par exemple à des bouquets de services centrés sur les dispositifs d'assistance et la domotique, a pour objet de réduire les inégalités sociales qui s'aggravent avec l'âge et de faire entrer la politique de l'autonomie dans l'ère du numérique.

92 Le soutien au domicile des âgés repose aujourd'hui presque exclusivement sur l'aide humaine, en particulier pour les personnes les moins touchées par la perte d'autonomie (GIR 4 à 6), c'est-à-dire celles

pour lesquelles il est essentiel de développer une politique de prévention secondaire. Les plafonds de l'APA, en particulier, ne permettent pas de dégager les marges suffisantes pour avoir un impact significatif sur l'accès aux aides techniques. De plus, l'APA exclut de fait les âgés les plus autonomes, qui pourtant auraient besoin d'équipements, afin par exemple d'éviter les chutes. De nombreuses initiatives se développent pour organiser des actions collectives à destination des âgés (prévention des chutes, dénutrition, etc.), mais elles restent encore dispersées, peu lisibles et peu développées.

- 93 Pour répondre à ces enjeux, la loi crée une nouvelle aide permettant de solvabiliser l'accès aux aides techniques et aux actions collectives, ciblée sur les âgés les plus modestes. Elle permettra, sous conditions de ressources, dans une enveloppe fermée, d'apporter une réponse immédiate et déterminante pour faciliter la vie à domicile des âgés. Le champ des aides et actions ainsi solvabilisables est large pour pouvoir, au cas par cas, agir sur l'ensemble des déterminants du maintien à domicile et de la préservation de l'autonomie (aides techniques, téléassistance, petits aménagements du logement, domotique, actions collectives de prévention, etc.).

94 **4. Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local**

- 95 Beaucoup d'acteurs sont engagés dans des actions de prévention de la perte d'autonomie (Conseils généraux, ARS, CCAS, caisses de retraite, associations, Services d'aide à domicile,...), et l'État ne peut que les inciter à s'impliquer davantage dans ce domaine. Toutefois, l'objectif de faire monter en puissance les politiques de prévention suppose de définir des stratégies régionales et locales mieux coordonnées, à la fois dans leur cible, leur contenu (cf. aides techniques) et dans leur déploiement territorial. L'État contribuera à favoriser cette dynamique, chefs de file de l'action gérontologique. Il confortera également le rapprochement au niveau national, de l'action sociale des caisses de retraite.

- 96 – *Favoriser la mise en place de stratégies locales de prévention, assurant un meilleur accès aux aides techniques et le développement d'actions collectives*

- 97 La loi prévoit la mise en place d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (cf. partie gouvernance). Cette conférence réunit, sous la présidence du Conseil Général, tous les acteurs du financement de la prévention. Cette organisation permettra une amélioration de la visibilité de l'existant et l'identification des besoins non couverts ou non financés sur le territoire,

afin de définir une stratégie coordonnée de prévention. L'enveloppe que l'État va attribuer au développement de l'accès aux aides techniques, aux actions collectives et au « forfait autonomie » pour les logements-foyers sera gérée dans ce cadre partenarial.

⑨⑧ – *Conforter la coordination de l'action sociale des régimes de retraite*

⑨⑨ Les régimes de retraite de base, ainsi que les régimes complémentaires, ont un rôle très actif en matière d'action sociale et de prévention. Une étape importante et indispensable dans cette meilleure coordination des actions de prévention consiste à développer une approche commune aux régimes de retraite de base en direction de chaque retraité, quel que soit le régime auquel il est rattaché. Ce rapprochement a été engagé depuis 2011, entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI). Les trois caisses nationales ont initié une nouvelle étape de la dynamique inter-régimes en signant une convention qui définit les principes d'un « socle commun ». Sur cette base, il est nécessaire d'aller plus loin. La loi prévoit la signature, par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Mutualité sociale agricole (MSA), le Régime social des indépendants (RSI) et l'État, d'une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs de la politique coordonnée de préservation de l'autonomie, conduite dans le cadre de l'action sociale de ces régimes. Cette convention pourra être élargie à d'autres caisses de retraite de base ou complémentaires.

⑩⑩ **5. Réguler le marché de l'assurance dépendance**

⑩① Le Gouvernement fait de la solidarité nationale le fondement de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement et en particulier de la réforme de l'accompagnement. Ce choix de société permet de faire face au risque social que représente la perte d'autonomie.

⑩② Toutefois, dans une perspective d'anticipation individuelle, chacun peut décider de faire également appel à une assurance privée. Fin 2010, 5,5 millions de personnes étaient couvertes par un contrat d'assurance dépendance. Or, il est parfois difficile de se repérer dans l'offre assurantielle actuelle, variée mais très diversifiée et inégale : les définitions de l'état d'entrée en perte d'autonomie sont souvent restrictives (seule la perte d'autonomie lourde est couverte) et ne sont pas alignées sur la grille utilisée pour l'APA. Certains assurés peuvent donc bénéficier de cette allocation tout en se voyant refuser une rente. Les rentes peuvent être modestes au regard du reste à charge et faiblement revalorisées. Enfin, les délais de franchise ou de carence sont souvent importants et peuvent faire obstacle au déclenchement des garanties.

103 Dans ce contexte, la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a lancé un label pour les contrats d'assurance dépendance en mai 2013. Cette démarche permet d'offrir un niveau minimal de rente et de garantir une rente viagère. Pour aller plus loin, le Gouvernement envisage de favoriser, dans le cadre des prochaines lois financières, les contrats les plus protecteurs qui devront respecter un cahier des charges (couvertures, modalités de revalorisation, possibilités de transfert, etc.), construit en concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur (assureurs, Mutualité, Institutions de Prévoyance). Cela permettra d'encourager, dans une logique de conditionnalité, le développement d'une offre lisible et plus sûre au bénéfice des assurés.

104 **VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT**

105 C'est le cœur même du défi démographique que de concevoir et d'organiser les multiples effets de l'allongement de la vie et du vieillissement sur la société. L'objet de cette loi n'est pas d'examiner de manière exhaustive tous ces effets, mais seulement ceux qui sont les plus directement et concrètement liées à la vie des âgés : logement, urbanisme, déplacements, économie et emploi.

106 Concevoir la place et le rôle des âgés dans la société, affirmer leur droits constituent aujourd'hui un nouveau champ d'investissement dont le Politique et les politiques publiques doivent s'emparer pour qu'ils se sachent au cœur de la Cité, utiles, incontournables, en lien avec toutes les générations.

107 C'est aujourd'hui qu'il faut concevoir une société qui, dans une génération, comptera un tiers de personnes âgées de plus de 65 ans. Cette évolution suppose de travailler à des réponses spécifiques pour répondre aux besoins liés à l'âge, mais aussi et surtout d'intégrer dans les politiques publiques de droit commun et dans l'offre de biens et de services privés, cette réalité du vieillissement de la population.

108 La manière de voir les âgés et de penser les solidarités doivent changer et s'adapter à la longévité, notamment en reconnaissant et en favorisant l'engagement des âgés, dans la famille en premier lieu en tant que grands-parents, ou dans la société civile en tant que citoyens, forts de leur expérience et de leur disponibilité.

109 Toutes les politiques publiques doivent prendre en compte la « révolution de l'âge » et le respect du libre choix des âgés dans leur projet de vie : le logement est à ce titre emblématique. Il est la première condition

de l'autonomie. Il faut faciliter l'adaptation du logement privé et social, en conduisant une politique volontariste d'aménagement et de construction de logements adaptés. Il faut aussi développer des formes de logements intermédiaires qui répondent aux attentes de ceux qui ne souhaitent, ou ne peuvent, pas vivre dans un logement traditionnel. Au-delà du logement, il s'agit d'inciter les collectivités territoriales à intégrer dans leurs politiques urbaines l'enjeu de l'avancée en âge, et à développer leurs efforts pour améliorer l'offre de transports, adapter l'urbanisme et accompagner les modes d'habiter et de vivre ensemble.

⑩ L'économie de notre pays elle-même doit être davantage tournée qu'aujourd'hui vers les besoins des âgés : création et adaptation des emplois au service des âgés, développement d'une nouvelle filière industrielle, avec la Silver Economy, renforcement de l'effort de recherche et d'innovation ; autant d'opportunités d'emplois et de croissance pour la société française.

⑪ Le défenseur des droits a affirmé dès 2005 que les discriminations liées à l'âge étaient en augmentation. L'âge est le troisième critère de discrimination après l'origine et le handicap. Toutes les mesures nécessaires pour les prévenir devront être prises, en concertation étroite avec le Défenseur des droits.

⑫ Enfin, adapter la société au vieillissement, c'est aussi préciser et renforcer les droits et libertés des âgés. Les personnes en perte d'autonomie, à domicile ou en établissement, doivent avoir la garantie que leurs libertés fondamentales seront respectées.

⑬ **1. Installer la révolution de l'âge dans toutes les politiques publiques**

⑭ Le logement et la place réservée par la Cité à chacun dans sa ville contribue à la citoyenneté des individus. Cela est encore plus vrai pour les âgés pour lesquels le logement doit constituer un véritable « atout autonomie », un lieu de vie qui doit leur permettre d'aller et venir sans encombre et qui doit s'adapter, soit par des travaux, soit par des équipements, à des débuts de fragilités afin de ne pas empêcher leur participation à la vie sociale.

⑮ Il en est de même pour les territoires. La loi sur l'accessibilité de 2005 mobilise tous les territoires en faveur de l'accessibilité universelle. Penser l'urbanisme de manière intergénérationnelle, tout comme la réflexion sur les mobilités des âgés, invite à prendre en considération des éléments qui répondent à leurs besoins spécifiques avec une seule ambition : aménager

des territoires qui leur permettent de garder prise avec la vie sociale, d'y être intégrés et d'en être pleinement acteurs.

116 1.1. Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux vieillir

117 90 % des Français préfèrent adapter leur domicile qu'à avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade (sondage Opinionway pour l'Observatoire de l'intérêt général, 2012). D'où l'importance de réunir les conditions nécessaires à l'exercice d'un vrai « libre choix ».

118 Car le logement, à travers ses caractéristiques et sa localisation, conditionne aussi bien la capacité des personnes à vivre de manière autonome, que le maintien des relations sociales. Pour rendre possible et effective la priorité au domicile, l'adaptation des logements à l'autonomie est une nécessité absolue. Or, aujourd'hui, 6 % seulement des logements sont adaptés à la vie quotidienne de personne en perte d'autonomie. Il faut attribuer à ce faible taux d'adaptation des logements une partie du trop grand nombre d'accidents domestiques impliquant des âgés : 450 000 chutes ont lieu chaque année, dont 62 % à domicile, entraînant 9 000 décès par an. Outre l'adaptation des logements, il est nécessaire de développer une offre la plus diversifiée possible de logements pour répondre aux attentes et aux besoins des âgés, en fonction de leur degré d'autonomie.

119 1.1.1. Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation

120 Les schémas gérontologiques et les programmes locaux de l'habitat (PLH) établis au niveau des communes et intercommunalités doivent à l'avenir servir de supports à des politiques coordonnées d'adaptation de l'habitat au vieillissement et à la perte d'autonomie.

121 La loi garantit désormais que les programmes locaux de l'habitat prennent en compte le sujet du logement des âgés. Le programme local de l'habitat devra prendre en compte les besoins liés au à la perte d'autonomie. Les collectivités locales, avec leurs compétences et leurs champs d'intervention propres, harmoniseront leurs orientations, en lien avec les acteurs concernés (ANAH, bailleurs sociaux, caisses de retraite, aménageurs, services sociaux...).

122 Les outils de programmation (dont les PLH) doivent également permettre de prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés qui dépassent les milieux urbains denses. Une attention

particulière dit être portée d'une part au logement des âgés en perte d'autonomie en milieu rural, souvent éloigné d'une offre de services facilement accessible et d'autre part au vieillissement des territoires périurbains qui est l'un des défis des 10 à 20 ans à venir.

123 *1.1.2. Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention*

124 En 2009, 85 % des ménages de 60 ans ou plus étaient logés dans le parc privé, dont 85 % étaient propriétaires de leur logement. Mais être propriétaire de son logement ne signifie pas être riche : 10,5 % des propriétaires disposent de ressources les plaçant sous le seuil de pauvreté. Certains propriétaires âgés ont donc besoin d'être fortement soutenus dans leur effort d'adaptation de leur domicile. Le Président de la République a fixé un premier objectif : l'État devra adapter 80 000 logements aux contraintes de l'âge et du handicap d'ici la fin de son quinquennat. Le parc social, dont les locataires vieillissent doit également s'adapter à cette nouvelle donne.

125 – *Lancer un plan national d'adaptation des logements privés*

126 Par-delà l'objectif de 80 000 logements d'ici fin 2017, il convient d'apporter des réponses qui rendent à l'avenir plus simple pour les personnes âgées et plus accessible financièrement, l'adaptation de leur logement. Aujourd'hui le dispositif de financement, éclaté entre de nombreux acteurs est peu lisible, les procédures complexes, le conseil mal structuré, et les professionnels formés trop peu nombreux.

127 A partir notamment des préconisations conjointes de l'ANAH et de la CNAV, le plan d'action poursuivra les objectifs suivants :

128 – simplifier le parcours des demandeurs et rendre plus accessible l'information ;

129 – diviser par deux le temps d'instruction des demandes à l'ANAH et dans les caisses de retraite et mieux cibler les besoins urgents types sortie d'hospitalisation ;

130 – inciter les collectivités à s'engager dans des opérations d'adaptation des logements : à ce titre un diagnostic des besoins en adaptation des logements à l'autonomie sera désormais obligatoire avant la définition de chaque programme d'opération programmée d'amélioration de l'habitat. Les agglomérations et les départements seront incités à mettre en place des

PIG (programmes d'intérêt général) en matière d'adaptation des logements (comme il en existe pour la rénovation thermique ou l'insalubrité) ;

- ⑬³¹ – développer le lien entre travaux d'adaptation et travaux de rénovation énergétique, pour entretenir une dynamique d'entraînement entre les deux politiques et leurs outils respectifs ;
- ⑬³² – améliorer les compétences des artisans du bâtiment à travers l'évolution des labels ;
- ⑬³³ – faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements de l'ANAH et de la CNAV pour prendre en compte la domotique.
- ⑬³⁴ – *Améliorer le crédit d'impôt pour adaptation des logements*
- ⑬³⁵ L'amélioration du crédit d'impôt « pour adaptation du logement » y contribuera également. Le dispositif sera prorogé par la loi de finances pour 2015. Il ciblera les âgés et les personnes en situation de handicap. La liste des travaux éligibles, en vigueur depuis presque 10 ans, sera revue afin de permettre aux âgés de bénéficier de ce crédit d'impôt pour des technologies nouvelles de soutien à l'autonomie au domicile.
- ⑬³⁶ – *Faciliter le financement des travaux d'adaptation*
- ⑬³⁷ Pour celles et ceux qui ont difficilement accès au crédit bancaire et dont le reste à charge demeurerait excessif compte tenu des aides existantes de l'ANAH ou de la CNAV, un dispositif de micro crédit sera mis en œuvre pour que le reste à charge non financé par ces aides ne soit pas un frein à adapter son logement. Un dispositif permettant la poursuite des missions sociales des SACICAP est ainsi en cours d'étude.
- ⑬³⁸ Les Français ont peu recours au viager, alors que bon nombre d'âgés pourraient y trouver un moyen de rester chez eux et de financer l'adaptation de leur logement. Les réticences tiennent à la difficulté d'obtenir une rente considérée comme convenable, mais aussi à la crainte de l'abus de faiblesse ou à celle de priver ses descendants d'héritage. Par ailleurs la demande pour acheter en viager est faible. Le risque de longévité créé par le versement de la rente viagère est souvent dissuasif, d'autant plus que les âgés susceptibles d'offrir un viager sont certainement ceux qui sont en bonne santé et ont une forte espérance de vie élevée.
- ⑬³⁹ Pour lever ces obstacles, la Caisse des Dépôts, en lien avec l'Union sociale pour l'habitat, travaille à développer des dispositifs de viager intermédié mettant en lien un bailleur social et un âgé. Ce dispositif garantirait une transaction sécurisée pour l'âgé et une meilleure

diversification des risques de longévité pour celui qui verse la rente viagère, dans le respect, pour le bailleur social, du service d'intérêt économique général régissant le logement social.

①40 Les dispositifs de type « prêts viager hypothécaires », préservant les droits des héritiers lorsque les personnes le souhaitent, devront également être améliorés pour devenir plus attractifs.

①41 – *Mobiliser les bailleurs sociaux et diffuser les bonnes pratiques*

①42 35 % des locataires du parc social auront plus de 65 ans en 2035. Les bailleurs sociaux sont déjà très mobilisés au service des âgés, mettant en place des dispositifs innovants permettant d'apporter des réponses originales à l'isolement, aux difficultés de la vie quotidienne, etc. L'objectif est d'inciter à la prise en compte du vieillissement dans tous les registres de la gestion locative et de la gestion du patrimoine : faciliter l'adaptation des logements et constituer une offre adaptée, identifier les logements accessibles afin de permettre leur attribution aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, faciliter également les mutations de logement pour permettre l'installation des personnes âgées dans un logement mieux adapté à leur perte d'autonomie ou plus proche de leurs aidants, sensibiliser et former les gardiens au repérage des situations d'isolement et de fragilité, participer à des actions coopératives en matière de lien social ou d'installation de services de proximité.

①43 Une convention nationale entre l'État et l'Union Sociale pour l'Habitat (USH) sera élaborée pour définir une stratégie commune autour de ces objectifs, qui concernera également les personnes handicapées. Afin de généraliser les bonnes pratiques, un prix sera également créé, en lien avec l'USH, la CNAV et la Caisse des Dépôts, afin de récompenser les bailleurs sociaux les plus innovants dans l'adaptation de leur parc au vieillissement.

①44 – *Mieux prévenir les coupures d'énergie*

①45 L'encadrement des coupures d'énergie pour impayés a été renforcé par la loi du 15 avril 2013. Pour autant, certains âgés vulnérables se voient encore privées d'électricité ou de gaz parce qu'ils n'ont pas payé leurs factures.

①46 En lien avec le ministère du développement durable, les fournisseurs d'énergie et les conseils généraux, un dispositif d'échange d'informations sera mis en place pour garantir qu'aucun âgé ne restera plus isolé face à une coupure d'électricité, de gaz ou de chaleur. Ainsi, les services sociaux départementaux pourront accompagner la personne.

147 Dans le cadre de la convention signée en avril 2013 entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) destinée à favoriser l'accès aux droits et aux soins des populations en situation de précarité, des campagnes d'information ciblées à destination des personnes âgées seront conduites, afin de faciliter l'accès des retraités à faibles ressources aux tarifs sociaux du gaz et de l'électricité.

148 *1.1.3. Diversifier l'offre de logements*

149 Entre la maison de retraite médicalisée et le domicile traditionnel, d'autres modes d'habiter peuvent répondre aux besoins des âgés. C'est le cas du logement dit « intermédiaire » qui peut devenir une solution pertinente quand arrivent les premiers signes de fragilité. Il assure en effet sécurité, accessibilité et garantie d'une prise en charge médico-sociale.

150 – *Développer le logement intermédiaire : les logements-foyers ou « résidences autonomie »*

151 La loi donne un nouveau souffle aux logements-foyers rebaptisés « résidence autonomie », afin de transformer cette forme d'établissement médico-social alternative aux maisons de retraite médicalisées quand l'âgé est plus autonome que dépendant. Les résidences autonomie représentent une offre de l'ordre de 110 000 places installées, réparties dans 2 200 logements foyers qui accueillent très majoritairement des âgés autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement dans un but de préservation de leur autonomie. Initiés dans les années 60, ils nécessitent aujourd'hui d'être revisités pour mieux remplir leurs missions.

152 Les logements-foyers datent pour la plupart des années 1960, 1970 et 1980. L'adaptation aux nouveaux publics (personnes en situation de handicap vieillissantes, personnes en précarité sociale), la mise en conformité réglementaire, l'amélioration continue des logements restent difficiles à financer. Afin de moderniser cette offre fragilisée, le plan d'aide à l'investissement de la CNSA sera abondé de manière exceptionnelle pendant trois ans pour aider ces structures à engager leurs travaux, en lien avec la CNAV, la caisse des dépôts, les collectivités territoriales.

153 Les résidences autonomie ont une mission de prévention de la perte d'autonomie désormais reconnue et réaffirmée par la loi. Cette mission sera soutenue, pour ceux qui ne bénéficient pas du forfait soins, par un forfait « autonomie », afin de financer des dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents. La gestion du forfait autonomie,

délégué par la CNSA, relève des conseils généraux dans le cadre de la nouvelle « conférence des financeurs ». Par ailleurs la loi autorise désormais sous certaines conditions l'admission dérogatoire en résidences autonomie de personnes relevant du GIR 4 à la condition que soit signée une convention avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou une maison de retraite médicalisée. Cela permettra de répondre plus finement à la diversité des réalités locales.

154 Les petites structures alternatives d'hébergement comme les « Petites Unités de Vie » ou les Maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), seront par ailleurs consolidées, en leur donnant de nouveau la possibilité de s'adosser à une maison de retraite médicalisée, de bénéficier d'un forfait soins infirmiers ou de passer un partenariat avec un service de soins infirmiers à domicile.

155 – *Sécuriser le développement de l'offre de résidences services*

156 Depuis une trentaine d'années, s'est développée la commercialisation d'immeubles, soit par accession à la propriété de lots, soit par la location de lots, en offrant un logement non meublé, ainsi que des services plus ou moins diversifiés. Ces résidences services s'adressent à des âgés autonomes, valides et semi-valides, de plus de 60 ans, qui désirent vivre en appartement ou en maison, tout en profitant de la convivialité et de la sécurité assurées par les équipes en place.

157 Dans un contexte de développement de ces structures, utiles, la loi prévoit plusieurs dispositions pour mieux maîtriser et à rendre plus transparentes, les charges pour les résidents et les copropriétaires. Pour les résidences services à venir, le modèle des résidences avec services « à la carte » devient obligatoire, qui permet de mieux identifier le contenu et le coût des services, d'individualiser davantage les charges et de permettre à l'assemblée générale des copropriétaires de prendre plus facilement les décisions touchant au niveau de services.

158 – *Encourager l'habitat regroupé par l'élaboration d'une charte de bonnes pratiques intergénérationnelles*

159 De nombreuses collectivités locales développent des habitats regroupés, en rapport avec la réalité de leurs territoires et de leurs populations, avec le souci de la mixité intergénérationnelle. Des béguinages, des « babayagas », des « octaves », des résidences intergénérationnelles et autres dispositifs émergent, faisant naître des pratiques inégales. Il importe de référencer ces dispositifs. Un audit est

lancé à cette fin pour les répertorier, mieux les analyser et en dégager les aspects les plus intéressants. Une charte de bonnes pratiques, qui rappellera clairement les droits et les devoirs des locataires et des bailleurs, garantira les droits de chacun.

160 *1.1.4. Préparer l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées*

161 Les maisons de retraite médicalisées, comme les structures accueillant des personnes handicapées, sont à la fois des lieux de soins et de vie. Il convient de sensibiliser l'ensemble des professionnels concernés à la qualité d'usage de ces établissements (étudiants en architecture, enseignants des écoles d'architecture, maîtres d'œuvre, maîtres d'ouvrage et financeurs publics). Les actions engagées auront notamment pour finalité de créer un réseau d'échanges et de compétences entre les acteurs de la conception des résidences autonomes, sur la base d'une convention entre le ministère des personnes âgées et de l'autonomie, le ministère des personnes handicapées et le ministère de la culture.

162 **1.2 Faire place à l'âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle**

163 La ville et le territoire tout entier doivent s'adapter au vieillissement de la population, pour que l'espace urbain, les services, l'habitat soient accessibles à tous. Les âgés doivent être entendus pour faire évoluer les manières de penser l'aménagement et les déplacements, dans une logique de mixité intergénérationnelle. Les outils de programmation urbaine – PLH, PDU notamment – devront prendre en compte cette réalité des besoins sociaux.

164 – *Promouvoir un urbanisme intergénérationnel*

165 De nombreuses collectivités locales ont commencé à développer des politiques urbaines permettant aux âgés de trouver des quartiers où l'on peut bien vieillir : une offre de logements accessibles et équipés, un environnement respectueux des exigences de l'accessibilité qui permet l'accès facile à des commerces et services de proximité, un transport en commun et une voirie accessibles, une intégration dans la vie sociale permettant de prévenir l'isolement, dans un esprit de « vivre ensemble » propice à toutes les générations.

166 Afin de reconnaître et favoriser ces initiatives, un label « Ville amie des aînés » sera créé, basé sur la dynamique du même nom, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce dispositif, reposant sur le

volontariat des collectivités, n'a pas pour objectif de créer des quartiers réservés aux personnes âgées mais de créer les conditions favorables du vieillissement pour permettre d'accueillir sans exclusive tous les âges. Ce label est obtenu suite à un audit participatif mené par les âgés, à la modification des documents d'urbanisme et au repérage de zones favorables à une Haute Qualité de Vieillesse (HQV). Il permet de bénéficier d'une prise en compte pour les appels à projet du fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce (FISAC), de la mobilisation des associations sportives par l'État et de la coopération des services préfectoraux pour mener en lien avec la collectivité des projets d'habitats regroupés intergénérationnels.

①67 Les âgés devront également mieux associés à la définition des politiques d'aménagement des territoires. Une première étape concernera l'évolution des commissions communales d'accessibilité. Le projet de loi d'habilitation du Gouvernement à légiférer pour garantir l'application des dispositions sur l'accessibilité universelle au 1^{er} janvier 2015 a prévu d'élargir la composition de ces commissions communales, qui suivent la mise en accessibilité du cadre bâti, des transports et de la voirie, aux associations représentatives des personnes âgées. Mais il s'agit également de veiller à ce que dans toutes les instances de concertation sur les projets d'aménagement, la préoccupation de l'adaptation à tous les âges, puisse être portée.

①68 – *Développer des politiques et une offre de mobilité qui prennent en compte les âgés*

①69 Il est nécessaire de garantir l'accessibilité et la sécurité des déplacements des âgés, que ce soit à pied, dans les transports en commun où lorsqu'ils se déplacent en utilisant leurs véhicules personnels ; d'où la nécessité d'adapter la ville au vieillissement, mais aussi de développer les moyens de déplacements innovants.

①70 Il est important d'affirmer le droit à la mobilité pour les âgés.

①71 L'idée, malheureusement trop répandue, selon laquelle il faudrait imposer une visite médicale à partir de 75 ans, voire instaurer un nouvel examen du permis de conduire pour les âgés, est en contradiction complète avec les faits. Les âgés ne sont pas plus que les autres impliqués dans des accidents de la route : un cinquième des morts au volant a plus de 65 ans quand un sur deux a entre 18 et 45 ans. En revanche la mortalité est plus forte avec l'âge en cas d'accident, en raison de la plus grande fragilité des personnes. Les piétons âgés sont aussi beaucoup plus exposés. Ils représentent plus de 50 % des piétons accidentés et tués.

- ①72 Une action résolue doit être conduite pour permettre une mobilité sécurisée à travers des déplacements plus sûrs, motorisés ou non, des véhicules innovants, qu'ils soient individuels ou collectifs, mais surtout des modes de transports et de services qui répondent aux besoins des âgés et les rassurent. Complétant l'action du médecin traitant et du pharmacien, qui ont été sensibilisés à la détection des débuts de fragilité possibles au volant, ces alternatives seront développées, constituant la meilleure réponse à la discrimination qu'induirait l'appréciation de la faculté de conduire uniquement en fonction de l'âge.
- ①73 Désormais le public des âgés figurera, de par la loi, spécifiquement parmi les publics pris en compte par les plans de déplacement urbains (PDU). Par-delà la mise en accessibilité, déjà prise en compte, il s'agira d'intégrer la qualité d'usage (sécurité, mode de conduite, accès à l'information...) et d'inciter au développement de modes de transports innovants.
- ①74 La loi ouvrira également aux âgés l'accès aux « services conseils en mobilité » mis en place par les autorités organisatrices des transports (AOT) dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, afin qu'elles soient mieux informées sur les possibilités de mobilités existantes. Une étude sur les plateformes de mobilité, lieu d'accueil et formation personnalisé pour les seniors, lancée par le ministère de l'écologie et du développement durable et de l'énergie, permettra de recueillir et diffuser les bonnes pratiques des collectivités les plus innovantes.
- ①75 Par ailleurs les industriels développent des initiatives pour produire des véhicules ou des équipements pour véhicules adaptés aux âgés. Afin d'inciter le secteur industriel français à innover dans ce champ, un réseau d'acteurs des transports à destination des âgés se structure autour de la « Silver Mobilité », rassemblant grands industriels, entreprises innovantes et représentants des transports publics, pour travailler sur l'offre de l'avenir. Cette offre permettra aux transporteurs publics de développer des transports communs qui répondent aux problématiques des âgés : stress, accès à l'information délicate, crainte,... Tout cela doit renforcer la facilité d'usage des transports publics.
- ①76 Pour permettre le développement de certains de ces nouveaux véhicules, l'élaboration d'un statut spécifique dans le code de la route est nécessaire. Ce statut juridique sera abordé dans le cadre du groupe de travail sur « le partage de l'espace public et la sécurisation des modes actifs » piloté par la Délégation à la sécurité et la circulation routière.

①77 La marche est le mode de déplacement privilégié par les âgés, d'autant plus qu'ils avancent en âge et restreignent le périmètre de leurs déplacements. Le futur plan national d'action pour les mobilités actives, contribuera notamment à valoriser la marche mais aussi mieux sécuriser l'espace public pour les piétons. Parallèlement, la délégation à la sécurité routière prolongera, en lien avec tous les acteurs concernés, ses efforts de sensibilisation pour sécuriser les piétons âgés.

①78 **2. Saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi**

①79 Le champ de la Silver économie est très vaste : il s'étend des technologies les plus avancées de la domotique et de la robotique, jusqu'à l'habitat, la mobilité, le tourisme pour seniors... en passant par les aides techniques les plus simples et toute la gamme des services de téléassistance ou bouquets de services. Son périmètre est en expansion continue, puisqu'elle a vocation à irriguer tous les marchés, l'objectif est de structurer une industrie du vieillissement en capacité de répondre à un marché mondial de près d'un milliards d'âgés. L'enjeu est de créer un écosystème national et régional, porteur de croissance, d'emplois, et d'investissements étrangers dans nos « *clusters* », ou grappes d'entreprises, au sein des Silver régions.

①80 La Silver économie concerne également les femmes et les hommes qui mettent leurs compétences au service de l'aide à l'autonomie. Pour assurer une meilleure prise en compte des besoins mais aussi des attentes des âgés, une attention particulière est portée aux métiers de l'autonomie dans leur grande diversité, aux pratiques professionnelles et aux conditions d'emplois. La Silver économie est enfin un levier d'insertion riche et porteur d'utilité sociale. Elle participe à la bataille du Gouvernement pour un emploi de qualité, reconnu et valorisé.

①81 **2.1. Faire de la France un leader mondial de la « Silver économie »**

①82 Si la révolution de l'âge représente d'abord des enjeux sociaux et sociétaux considérables, elle constitue aussi une réelle opportunité d'innovation, de croissance et d'emplois. Elle va créer une large demande de produits, de technologies et de services dédiés aux âgés en plus d'une hausse probable du taux d'épargne qui devrait favoriser l'investissement productif de notre pays. La demande d'aménagement du domicile, de produits, de technologies et de services liés à l'autonomie, devrait doubler en l'espace d'une vingtaine d'années et susciter une offre nouvelle. L'ambition est claire : toucher un marché de plus de 900 millions de seniors dans le monde, principalement dans les pays de l'OCDE. Les âgés seront deux milliards en 2050. Pour répondre à cette demande en très grande

croissance, une filière industrielle est en train d'être structurée, qui répond à ces besoins en produits, équipements et technologiques au service des âgés.

- 183 La loi, par le biais de mesures favorables à la diminution du reste à charge des personnes âgées et de leur famille, via la revalorisation de l'APA ou une meilleure solvabilisation des aides techniques, contribuera à l'émergence d'une demande plus forte de produits nouveaux. Elle permettra en parallèle de donner aux plus modestes l'accès aux avancées de la Silver économie. Les jeunes seniors constituent en particulier une population dont les comportements, les envies, les besoins et le rôle social vont avoir de plus en plus de poids et représentent une opportunité pour l'économie et la croissance française, dans de nombreux pans d'activités : habillement, cosmétiques, équipement, logement, tourisme, loisirs, design, etc. Ces relais de croissance sont également un levier important de compétitivité pour les entreprises françaises. Si elles prennent la voie de la Silver économie, elles gagneront des parts de marché et exporteront davantage. Dans le cas contraire, elles perdront en compétitivité.
- 184 Certaines des entreprises françaises sont déjà bien positionnées vis-à-vis de leurs concurrentes étrangères. La France dispose donc *a priori* d'un avantage comparatif qu'il convient de consolider et de pérenniser. En créant un écosystème national, puis régional, voire local à travers la constitution de plusieurs grappes d'entreprises, la France pourra consolider ses atouts.
- 185 En avril 2013, a été officiellement lancée par le Gouvernement Français, la filière industrielle de la « Silver économie », qui ambitionne de structurer une industrie de pointe du vieillissement en France. Un Comité stratégique de filière industrielle a été formé et s'est affirmé comme l'instance de concertation et de pilotage pour les industriels et les acteurs économiques de la Silver Economy. Il réunit de manière paritaire une quarantaine de fédérations professionnelles et acteurs publics, en particulier les régions, qui développent cette filière industrielle dans leur territoire. Le 12 décembre 2013, un Contrat de filière Silver économie a été signé, comportant 49 actions articulées autour de six axes, qui constituent une feuille de route pour les années à venir :
- 186 – créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver économie ;
- 187 – favoriser le développement d'une offre compétitive ;
- 188 – exporter les produits et les technologies de la Silver économie ;
- 189 – professionnaliser les acteurs de la Silver économie ;

- ①90 – créer des innovations dans le champ de la Silver économie ;
- ①91 – communiquer positivement auprès des âgés et sur le bien vieillir auprès du grand public et des distributeurs.

①92 Le contrat de filière rassemble ainsi les engagements pris par tous les acteurs afin de favoriser par exemple la labellisation, les investissements en lien avec les pôles de compétitivité et les grappes d'entreprises, l'export et la mise en place de sites d'exposition ou d'expérimentateurs dans les territoires.

①93 Pour amplifier cette dynamique ont été lancées les « Silver régions » : des comités de filières régionaux de la Silver économie sont installés, avec les conseils régionaux pour chefs de file et une instance de concertation sera mise en place dans chaque région pour coordonner la structuration de cette filière dans différentes régions.

①94 **2.2. Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement**

①95 Répondre à la « révolution de l'âge », c'est aussi dynamiser et enrichir le contenu des services rendus aux personnes, qui vont créer dans les années à venir de très nombreux emplois, non délocalisables. Le renforcement de l'APA et la refondation du secteur de l'aide à domicile y contribueront.

①96 C'est pourquoi cette loi s'accompagne d'un « plan métiers » visant à encourager la création d'emplois, l'attractivité, la fidélisation des professionnels et la qualification des métiers dans le secteur des âgés, mais aussi dans le secteur des personnes en situation de handicap, tant les besoins sont communs entre ces deux secteurs. Il a vocation à répondre à trois enjeux essentiels :

①97 – *Faire évoluer les métiers au service des nouveaux objectifs portés par les politiques de l'âge et du handicap*

①98 Il s'agit d'accompagner l'évolution des professionnels dans des logiques de coopération et d'intégration de services, correspondant mieux aux besoins du parcours de vie de la personne. Cela passe par un travail sur les pratiques professionnelles, l'interdisciplinarité, le travail en équipe ou encore par la réingénierie des diplômes, actuellement facteurs de rigidité.

①99 Après de publics dont la fragilité est croissante, l'exigence de qualité doit également être renforcée. Une politique active de professionnalisation et de qualification sera poursuivie, et des actions confortant l'attractivité et la fidélisation des professionnels formés dans l'emploi seront engagées. Il

s'agit d'une priorité pour l'adaptation de la société au vieillissement, pour la stratégie nationale de santé comme pour le comité interministériel du handicap. En parallèle, cette exigence doit s'appuyer sur un engagement citoyen et bénévole complémentaire de la société toute entière au service des plus fragiles, dans l'esprit notamment de la mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (MONALISA).

②00 – *Soutenir l'effort de création d'emplois sur le secteur de l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.*

②01 Ce secteur représente un investissement d'avenir tant les besoins sont croissants. Face à cet enjeu, il importe de mobiliser tous les leviers de la politique de l'emploi pour stimuler cette économie au service des plus fragiles. Cet objectif s'est déjà traduit par la signature d'un engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC) entre l'État et les partenaires sociaux. Il s'agit d'un véritable défi intergénérationnel où les besoins des âgés peuvent créer plusieurs milliers d'emplois et notamment des emplois pour les plus jeunes, dans l'esprit du contrat de génération et des emplois d'avenir portés par l'ensemble du Gouvernement. La mixité des métiers sera également un objectif de ce plan. Le Gouvernement a fixé comme objectif général qu'un tiers de salariés, contre 12 % aujourd'hui, travaillent dans un métier mixte en 2025. Un objectif de même nature sera fixé en tenant compte des spécificités de ce secteur.

②02 – *S'appuyer sur le dialogue social pour améliorer les conditions de travail et lutter contre la précarité*

②03 Qu'il s'agisse du futur plan santé au travail III, des États généraux du travail social ou des négociations de branche, tous ces chantiers structurants auront comme priorité la préservation de la qualité de vie au travail et de l'accompagnement des parcours professionnels, pour concilier pleinement les objectifs des politiques publiques et les besoins et aspirations légitimes des professionnels, en particulier dans un secteur qui reste marqué par l'emploi précaire.

②04 La priorité donnée au domicile se traduira par l'agrément par l'État de deux avenants à la convention collective de la branche de l'aide à domicile, qui touche plus de 220 000 salariés. Le premier est relatif à la revalorisation des indemnités kilométriques dans un secteur où les déplacements sont très nombreux. Le second permet de revaloriser les plus bas salaires de cette branche. Un travail sera par ailleurs engagé sur les niveaux de qualification à mobiliser pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées afin de disposer de référentiels partagés pour accompagner le développement des contrats pluriannuels

d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre les conseils généraux et les organismes d'aide à domicile.

205 Par ailleurs l'évolution du mode de financement des services autorisés et habilités à l'aide sociale (cf. partie 3) contribuera à apporter une réponse à la fragilisation économique du secteur.

206 **3. Consacrer la place des âgés et reconnaître leur rôle fondamental dans la société**

207 L'augmentation du nombre d'âgés, majoritairement autonomes, dans notre pays peut être un véritable bénéfice si nous savons le préparer et le concevoir. Deux conditions majeures à ce bénéfice collectif : la reconnaissance de leur rôle solidaire dans la cohésion sociale et la nécessité de leur donner les moyens de s'épanouir et de comprendre et connaître le monde qui les entoure.

208 D'ores et déjà, le rôle social des âgés est considérable : société civile et, bien sûr, familles, ne vivraient pas sans eux. Encore faut-il mieux valoriser ce rôle, le faciliter et le rénover pour que ces « nouveaux » âgés aient le désir de s'y engager. Et dans un monde qui évolue vite, garantir leur accès aux savoirs, à la culture et au tourisme leur permet de rester en prise avec lui et en interaction avec les autres générations.

209 **3.1. Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés**

210 La France compte 12,6 millions de grands-parents. La garde des petits-enfants par leurs grands-parents, qui ont en moyenne 52 ans au moment où ils le deviennent, la prise en charge de l'organisation du temps libre et éventuellement des vacances, représentent une solidarité intergénérationnelle majeure.

211 L'allongement de la durée de la vie au travail a pour conséquence l'apparition de la grand-parentalité active. Les entreprises devront être incitées à prendre en compte ce rôle social dans l'aménagement du temps de travail prévu dans les plans de gestion des ressources humaines. De même, les crèches d'entreprises seront incitées à s'ouvrir aux petits-enfants, sans porter préjudice à l'accueil des enfants de parents salariés, qui reste prioritaire.

212 Parmi la grande diversité des initiatives parentales, la crèche parentale tient une place de choix. Les grands-parents pourront être associés à ce type d'initiatives.

213 Les conflits familiaux concernent les parents, mais également les grands-parents. Si l'enfant a le droit d'entretenir des relations avec ses ascendants, comme le prévoit le code civil, ce droit dépend des relations entretenues avec les parents. Certains se trouvent ainsi privés de liens avec leurs petits-enfants. La médiation est alors convoquée pour régler ce type de litiges. Dans le cadre du développement des schémas territoriaux des services aux familles dont la préfiguration a été lancée par la ministre de la famille en décembre 2013, la médiation intergénérationnelle fera l'objet d'un recensement des pratiques existantes, d'une information du public afin d'en faciliter l'accès, et d'actions communes entre les partenaires concernés afin d'en favoriser le développement.

214 **3.2. Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés**

215 Cinq à six millions d'âgés ont un engagement dans une association. Ils constituent un apport indispensable à la vie associative de notre pays. Conforter leur engagement, c'est reconnaître leurs compétences et leurs expériences, renforcer la cohésion sociale entre les générations ; c'est en outre un moyen reconnu de prévenir la perte d'autonomie.

216 Plusieurs instruments sont mis en place pour conforter cet engagement et créer un volontariat civique senior, non rémunéré, pour les âgés qui souhaitent mettre à disposition une grande partie de leurs disponibilités pour un projet associatif.

217 – *Créer un volontariat civique senior*

218 En France le bénévolat des âgés constitue une ressource importante pour le secteur associatif, notamment pour son vivier de dirigeants, dans un contexte où les associations ont besoin de renforcer leur ressource humaine bénévole.

219 La mise en œuvre d'un « volontariat civique senior », pendant du service civique dédié aux jeunes, avec des missions spécifiques, socialement utiles, mais sans rémunération, constitue l'un des moyens de mieux reconnaître leur engagement dans la société. Ce dispositif permettra de reconnaître des formes de bénévolat particulièrement engageantes (notamment par l'importance du temps consacré ou la nature des missions assumées). Les âgés trouveront ainsi un dispositif par lequel ils peuvent mettre à disposition leurs compétences et leurs envies. Les associations auront la possibilité de trouver une personne expérimentée ayant envie de s'engager pour partager ses connaissances. Cette reconnaissance doit contribuer à changer le regard de la société sur les âgés.

- 220 La valorisation de l'implication citoyenne et solidaire des âgés passe également par une reconnaissance par l'État de leur engagement au service de l'intérêt général, dans le cadre d'une cérémonie en préfecture ou en mairie.
- 221 Par ailleurs, le Président de la République a souhaité que 100 000 jeunes rejoignent le Service Civique d'ici 2017. Nombreux seront ces jeunes qui bénéficieront d'un tutorat par des âgés. Une transmission intergénérationnelle sera valorisée en tant que contrat de génération associatif, avec la remise d'une attestation spécifique.
- 222 – *Garantir la qualité et promouvoir le développement de la cohabitation intergénérationnelle*
- 223 La cohabitation intergénérationnelle se développe aujourd'hui grâce à l'action d'associations mettant en relation des âgés autonomes et des jeunes. D'un côté, les âgés profitent d'une présence rassurante et bienveillante, de l'autre, les jeunes bénéficient d'une chambre à moindre coût. Il s'agit là d'une solution peu coûteuse et qui apporte un véritable confort aux personnes âgées, dans un cadre qui n'est pas médico-social mais citoyen et solidaire. Cette pratique est à la croisée des chemins de plusieurs dispositions légales : ce n'est pas un contrat de location, car il n'y a pas de bail, ce n'est pas non plus un contrat de travail, mais il s'agit d'un engagement réciproque solidaire sans aucune contrepartie financière, que celle d'une participation aux charges lorsque les parties en conviennent.
- 224 La création d'un label spécifique pour les associations mettant en œuvre ce type de dispositif est un facteur de confiance pour les personnes âgées et les financeurs potentiels. La rédaction d'une Charte de la Cohabitation Intergénérationnelle et d'un modèle de convention type pouvant être conclue par la personne âgée et le jeune, permettra également de mieux sécuriser cette pratique.
- 225 – *Organiser la transmission et la solidarité intergénérationnelles*
- 226 La loi de refondation de l'école de la République réaffirme l'importance du dialogue entre l'école et les parents, les collectivités territoriales et le secteur associatif. L'engagement des élèves dans des projets éducatifs visant à favoriser la réussite éducative et les apprentissages pourra notamment concerner des projets avec des personnes âgées. D'ores et déjà, la réforme des rythmes scolaires a pu permettre à des personnes retraitées de participer à des activités périscolaires, en fonction de leurs compétences et des projets développés par les communes. Cette dynamique sera encouragée.

227 Chaque année, une journée nationale de la solidarité intergénérationnelle dans le système éducatif permettra de valoriser les projets intergénérationnels développés toute l'année.

228 Dans le même esprit, 2014 est l'année de la commémoration de deux guerres mondiales. Elle est l'occasion de mobiliser les personnes âgées autour du partage de leurs archives personnelles, civiles ou militaires, pour contribuer à laisser une trace de cette époque dont les protagonistes s'éteignent peu à peu. Une convention sera signée en le ministère chargé des anciens combattants, celui chargé des personnes âgées et de l'autonomie et l'Office national des anciens combattants, pour encourager le recueil d'archives civiles et leur conservation par les archives départementales.

229 **3.3. Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées**

230 – *Encourager le développement des universités du temps libre*

231 Depuis quarante ans, se sont créées, à côté des Universités et en s'appuyant sur leurs compétences et leur savoir-faire, des structures aux appellations diverses : Universités « ouvertes », « du temps libre », « du troisième âge », « pour tous », etc. Portées par des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPCSCP), des associations ou des collectivités territoriales, ces structures s'attachent à proposer des enseignements accessibles à tous, non diplômants, permettant de bénéficier du rayonnement de la culture universitaire. En offrant une éducation permanente aux âgés, elles contribuent à la prévention des effets néfastes du vieillissement.

232 Ces universités sont amenées à se développer dans les années à venir. À cette fin, une convention sera signée au 1^{er} semestre 2014 avec la Conférence des présidents d'université, l'Union française des universités de tous âges et l'Association des maires de France (AMF) afin de faire remonter les bonnes pratiques et les partager, et inciter les universités comme les collectivités territoriales à s'engager davantage dans cette démarche qui répond à une attente croissante des âgés. Cette convention permettra, grâce à la concertation des différents acteurs qu'elle implique, un déploiement mais surtout une meilleure coordination des activités collectives pédagogiques...

233 – *Garantir le droit aux vacances pour tous et l'accès à la culture*

234 Les âgés peuvent partir en vacances sans les contraintes des actifs, ce qu'il importe de favoriser. L'Agence nationale pour les chèques vacances

sera confortée dans le programme Seniors en Vacances, qui permet à 45 000 âgés de partir annuellement. Il importera de permettre à plus de départ d'âgés dépendants.

235 Au sein de la « Silver économie », le « Silver tourisme » sera développé, en particulier le volet visant à faire de la France un pays attractif sur le plan du tourisme pour seniors ou du tourisme bien-être. Ce Silver tourisme vise à attirer des âgés d'Europe pour des périodes courtes sur le sol français, notamment dans les stations balnéaires, vertes ou thermales.

236 De même, dans le domaine de la culture, les porteurs de projets d'éducation artistique et culturelle seront incités à développer une dimension intergénérationnelle, qu'il s'agisse de projets conçus en partenariat avec les enseignants et se déroulant en partie ou en totalité pendant le temps scolaire ou de projets se déroulant en-dehors de ce temps. C'est ainsi qu'en 2013, plusieurs parcours d'éducation artistique et culturelle ont permis d'impliquer des maisons de retraites médicalisées. Une attention particulière sera portée aux projets d'accès aux pratiques numériques permettant la création de lien social et intergénérationnel, l'apprentissage de nouveaux usages, la transmission et l'échange.

237 **4. Affirmer les droits et libertés des âgés**

238 **4.1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés**

239 Les droits fondamentaux de la personne humaine s'appliquent à tous les citoyens. Cependant, les conditions de vulnérabilité de certains âgés, particulièrement des grands âgés, rendent nécessaires la réaffirmation et l'explicitation de ces droits. La conciliation entre autonomie et protection des âgés doit être recherchée.

240 La démarche éthique peut seule garantir la juste réponse à la confrontation entre des principes contradictoires et pourtant individuellement légitimes (principe de liberté et nécessité de sécurité dans les établissements). Elles concernent également le champ des personnes handicapées.

241 – *Apporter une information adaptée pour permettre de choisir son projet de vie*

242 La loi consacre d'abord un droit fondamental pour les âgés en perte d'autonomie : celui de bénéficier d'un accompagnement et d'une prise en charge adaptés à leurs besoins dans le respect de leur projet de vie.

243 Elle consacre également le droit des âgés et de leurs familles d’être informés, afin d’éclairer leur choix. Les départements à travers le réseau des CLIC, la CNSA grâce à la mise en place d’un portail d’information, et d’autres structures telles que les CCAS, assurent la mise en œuvre de ces droits.

244 – *Faire mieux respecter les droits des âgés vulnérables et lutter contre les discriminations*

245 Dans le prolongement des travaux importants du Conseil National de la Bienveillance et des Droits des personnes âgées et handicapées (CNBD) et des saisines du Défenseur des droits la loi précise les droits des personnes âgées vulnérables, dans le cadre du corpus juridique des libertés fondamentales.

246 Il s’agit aussi de lutter contre les discriminations liées à l’âge qui sont en augmentation. Harcèlement moral, refus de conclure un bail ou un contrat de prêt en raison de l’âge sont régulièrement dénoncés par le Défenseur des droits. Celui-ci mène une enquête et fait des recommandations en faveur de l’octroi d’une réparation par indemnisation. La justice peut également être saisie directement au titre de la discrimination par l’âge.

247 Les anciens migrants, les lesbiennes, gays, bi et transsexuel(le)s ou les personnes séropositives cumulent bien souvent, lors de leur avancée en âge, les risques de discriminations.

248 **4.2. Renforcer la liberté d’aller et venir des personnes hébergées en établissement**

249 Il s’agit d’abord de réaffirmer la liberté d’aller et venir dans la liste des droits fondamentaux de la personne hébergée. Elle ne s’oppose pas à la protection mais en devient une composante. L’information et l’encadrement de toutes les adaptations à la liberté d’aller et venir qui seraient nécessaires pour la vie en collectivité est améliorée par la loi, qui pose également la règle de la proportionnalité et de la nécessité au regard de l’état de la personne et aux objectifs de prise en charge.

250 Les nouvelles technologies peuvent permettre de conjuguer les droits et aspirations fondamentales d’autonomie et d’améliorer sensiblement la qualité de vie et la liberté des personnes vulnérables dans les meilleures conditions de sécurité. Le Comité national de la bienveillance et des droits des personnes âgées et handicapées (CNBD) a élaboré une charte, basée sur les principes de subsidiarité et proportionnalité, en vue d’une

expérimentation auprès des établissements accueillant des personnes âgées. L'avis écrit du médecin et le consentement de la personne concernée conditionnent l'usage d'un dispositif de géolocalisation. Les pouvoirs publics s'engagent à tirer tous les enseignements de cette expérimentation, face au fort développement prévisible de ces technologies dans les années à venir.

251 4.3. Accompagner l'expression du consentement des personnes

252 La protection des personnes résidentes tient aussi à la qualité de la démarche d'accueil de l'établissement, à l'attention portée au consentement, dont l'expression est parfois délicate à recueillir, ainsi qu'à la qualité des contrats de séjour. La loi renforce la procédure d'acceptation du contrat de séjour au moment de la conclusion du contrat, en permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits. La publicité de la charte des droits et libertés est renforcée.

253 Conformément à la recommandation du Défenseur des droits, il est par ailleurs instauré une « personne de confiance » qui accompagne la personne âgée dans ses démarches et l'aidera dans ses décisions au sein de l'établissement médico-social, comme c'est déjà le cas pour les usagers de la santé.

254 4.4. Protéger les personnes vulnérables

255 – *Protéger les âgés contre la captation d'héritage, des dons et legs*

256 La Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires et les travaux du CNBD ont mis en exergue la vulnérabilité des âgés, qui sont davantage que l'ensemble de la population la cible de tentatives de captations de patrimoine ou d'héritage, en particulier par les sectes.

257 La loi vise à renforcer les dispositions pour protéger les âgés, en interdisant à toute personne intervenant au domicile au titre d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, de pouvoir bénéficier de dons, legs et avantages financiers de toute nature de la part de la personne visitée. L'équilibre relatif à la volonté de la personne est cependant respecté dans la mesure où les cadeaux d'usage demeurent possibles.

258 – *Protéger les âgés contre les clauses abusives*

259 Afin d'éviter les clauses abusives, certains délais pour rompre le contrat sont désormais encadrés par la loi. La commission des clauses

abusives et la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes ont dénoncé certains contrats d'hébergements pour personnes âgées qui obligent le résident ou sa famille à payer une somme d'argent pour une prestation qui ne sera pas effectuée. C'est pourquoi la loi prévoit différentes mesures pour limiter ces clauses.

260 – *L'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux de signaler les situations de maltraitance ou d'abus est inscrite dans la loi*

261 L'amélioration de la détection, du signalement et du traitement des faits de maltraitance représente un enjeu majeur. Le caractère contraignant de l'obligation de signalement des établissements sociaux et médico-sociaux est renforcée par une affirmation au rang législatif et non plus seulement par voie de circulaire. Elle s'impose pour tout événement présentant un danger immédiat ou un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être des résidents ou ayant pour conséquence la perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement. Une cellule départementale de coordination des acteurs concernés par le recueil, l'analyse et le traitement des situations de maltraitance va être expérimentée. L'objectif repose d'une part sur une clarification des informations préoccupantes et sur une structuration des acteurs locaux autour des ARS et des conseils généraux.

262 – *Étendre la protection des personnes sous mesure de protection juridique*

263 La loi étend la sauvegarde de justice « médicale » applicable dans les établissements de santé aux personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux.

264 La situation des mandataires physiques est améliorée : le document individuel de protection des majeurs leur est étendu et la procédure d'agrément permet de répondre aux besoins définis dans le schéma régional de la protection juridique des majeurs.

265 Le mandat de protection future, qui permet à toute personne d'anticiper librement sa protection, représente un atout pour la dignité, la liberté et le respect de la volonté des personnes. Des actions de communication, comme la réalisation de films, seront mises en œuvre par l'École des hautes études de la santé publique.

266 VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE

267 Le risque de perte d'autonomie est constamment présent dans la politique de l'âge. L'anticiper, le retarder, l'amoinrir c'est aussi y faire face. Lorsqu'il survient, la République doit être au rendez-vous pour réduire les inégalités, apporter l'appui du service public et soutenir toutes les expressions de la solidarité, au sein de la famille et au-delà. La solidarité nationale doit, avec la même exigence, permettre d'affronter les difficultés à demeurer au domicile et le choix ou la nécessité d'entrer en maison de retraite.

268 La politique d'accompagnement de la perte d'autonomie poursuit deux objectifs : permettre aux âgés d'exercer pleinement leur « libre choix », en donnant les moyens à ceux qui le souhaitent de rester à domicile dans de bonnes conditions, et garantir aux personnes susceptibles d'entrer en maison de retraite un accueil dans de bonnes conditions. Ce double objectif en direction à la fois du domicile et des établissements s'inscrit dans le respect des parcours de vie et de santé que les Français appellent de leurs vœux. La loi les met en œuvre sans les opposer ni stigmatiser une réponse par rapport à une autre. Pour ce qui est des personnes en situation de handicap, il s'agit d'installer la question de l'avancée en âge dans tous les projets d'accueil et d'accompagnement, à domicile ou en établissement.

269 À court terme, il importe de répondre à l'urgence des besoins des personnes en situation de perte d'autonomie. Bon nombre d'entre elles ne trouvent pas aujourd'hui les moyens financiers, humains et matériels de faire face à leur situation.

270 Les professionnels de l'accompagnement, au domicile comme en établissement, s'engagent fortement au service de l'intérêt des personnes et doivent être soutenus pour assurer la mission qui leur est confiée. Les modèles de financement et de tarification des établissements et services concernés doivent être rénovés pour accompagner la transformation profonde de l'offre qui est attendue.

271 1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent

272 En s'appuyant notamment sur les conseils généraux, en leur qualité de chefs de file des politiques de l'autonomie, la stratégie conduite porte sur toutes les dimensions de l'accompagnement à domicile : renforcement de l'APA à domicile, avec une augmentation des plafonds d'aide et une diminution du reste à charge, la reconnaissance et l'aide aux aidants, avec notamment le financement d'un droit au répit ; l'amélioration aussi de l'information des âgés et de leur famille, qui s'ajoutent à la solvabilisation

des aides techniques et des actions de prévention à domicile et à une consolidation de services à domicile.

273 1.1. Réformer l'APA à domicile

274 La création de l'APA en 2001 a marqué une rupture fondamentale dans la manière d'accompagner la perte d'autonomie des âgés en France. Alors qu'historiquement cette politique publique d'accompagnement relevait d'une logique d'assistance envers les plus nécessiteux, l'APA a permis de dépasser la logique d'aide sociale, conditionnée à des niveaux de ressources et de patrimoine, au profit d'une logique de prestation universelle et d'un plan d'aide global. La création de cette prestation a ainsi constitué une étape déterminante dans la reconnaissance d'un nouveau risque social financé par la solidarité nationale.

275 Plus de 10 ans après, cette prestation a prouvé son utilité et sa pertinence, comme en témoigne le nombre croissant des bénéficiaires : fin 2011, près de 1,2 millions de personnes bénéficiaient de l'APA, dont près de 700 000 à domicile (60 %). L'APA permet d'accompagner les plus dépendants mais aussi, et c'est essentiel, de préserver l'autonomie de ceux qui le sont moins.

276 Le principe de cette prestation universelle, au champ large, reposant sur une gestion de proximité, confiée aux conseils généraux, fait aujourd'hui consensus. Pour autant, dans sa mise en œuvre, la prestation connaît des limites la saturation des plans d'aide est devenue fréquente. C'était le cas d'un plan d'aide sur quatre en 2011, notamment dans les cas de perte d'autonomie lourde : 46 % des GIR 1 atteignent le plafond de leur plan d'aide. Le niveau de participation financière conduit des bénéficiaires modestes à renoncer à l'aide dont ils ont besoin, au prix d'une sous consommation des plans d'aide. Le ticket modérateur, qui dépend uniquement des ressources, croît mécaniquement avec l'importance du plan d'aide ce qui conduit à des taux d'effort élevés pour les personnes dont la perte d'autonomie est la plus forte. La qualité de l'intervention peut encore progresser, par une plus grande qualification des professionnels du domicile et une meilleure coordination des intervenants.

277 Par conséquent, si les personnes n'ont pas la possibilité de mobiliser les solidarités familiales ou leur patrimoine, elles renoncent à recourir à l'aide dont elles ont besoin, au risque d'entraîner une détérioration de leur état de santé et d'accélérer la perte d'autonomie. Cela peut aussi conduire à l'épuisement des aidants familiaux ou entraîner l'entrée en établissement non souhaitée. Pour les plus modestes, l'aide sociale à l'hébergement peut cependant être mobilisée.

278 D'autres limites de l'APA sont souvent mises en avant, par les familles comme par les professionnels, comme la diversité des pratiques en termes d'évaluation des personnes et de construction des plans d'aide qui est perçue comme une source d'iniquité à l'échelle du territoire national.

279 Le temps est donc venu d'un acte II de l'APA à domicile. Cette nouvelle étape est très attendue par les Français dont toutes les familles sont ou seront concernées par la problématique du maintien à domicile d'un parent âgé. Elle s'inscrit dans une réforme visant plus globalement à moderniser cette prestation, en diversifiant le contenu des plans d'aide, qui doivent mieux intégrer l'accès aux aides techniques et aux gérontechnologies ainsi que l'accueil temporaire, qui permet aussi d'apporter un répit aux proches aidants. Il s'agit également de renforcer l'équité sur le territoire, en travaillant avec la CNSA et les départements à une plus grande homogénéité des pratiques en matière d'évaluation et de construction des plans d'aide.

280 L'objectif de la réforme proposée sur l'APA à domicile est de rendre possible l'exercice d'un vrai libre choix par les personnes âgées en perte d'autonomie et donc de permettre à ceux qui le souhaitent, et le peuvent, de rester à domicile.

281 La loi s'appuie sur trois leviers complémentaires :

282 – *Améliorer l'accessibilité financière de l'aide pour tous*

283 La réforme allégera le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds grâce à la baisse du ticket modérateur. Pour la part du plan d'aide comprise entre 350 et 550 euros, le ticket modérateur pourra baisser jusqu'à 60 %. Pour la part allant au-delà de 550 euros, la baisse pourra atteindre 80 %. Cela représente une diminution significative du reste à charge pour les plus dépendants, les plus modestes et les classes moyennes. Parallèlement, le nouveau barème proposé garantit qu'aucun bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'acquiesce de ticket modérateur. Ces deux mesures de justice sociale sont déterminantes dans l'accès aux droits et le recours à l'aide, et permettent de lutter le non-recours, qui peut contribuer à l'aggravation de la perte d'autonomie, faute d'un accompagnement suffisant. Pour finir, améliorer l'accessibilité, c'est aussi simplifier les démarches, notamment en favorisant l'utilisation du chèque emploi service universel pour l'APA et le tiers payant aux services et en renforçant l'information sur les droits et les démarches pour y accéder grâce au portail internet qui sera hébergé par la CNSA.

284 – *Augmenter les plafonds des plans d'aide*

285 Les plafonds d'aide mensuels sont revalorisés de 400 € en GIR 1, de 250 € en GIR 2, de 150 € en GIR 3 et de 100 € en ~~GR~~ 4. Cet effort va bien au-delà d'un simple rattrapage de la hausse des coûts d'intervention depuis la création de l'APA. Il témoigne d'un choix volontariste en faveur du soutien à domicile. Il doit permettre à la fois l'augmentation du temps d'accompagnement à domicile, mais aussi l'élargissement de la palette de services mobilisables, afin d'adapter au mieux l'intervention aux besoins de la personne. Il couvre volontairement l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, indépendamment du GIR, afin d'agir en prévention dès l'apparition des premiers signes de la perte d'autonomie. L'effort de revalorisation est d'autant plus important que l'autonomie diminue, ce qui permet de rester à domicile le plus longtemps possible avec l'aide nécessaire.

286 – *Améliorer la qualité de l'intervention à domicile*

287 Cela passera par un renforcement de la qualification et de la coordination des intervenants, ce qui suppose de valoriser et de reconnaître les efforts de qualité dans le coût de l'intervention. Grâce au relèvement des plafonds d'aide et aux efforts complémentaires de l'État en direction de la branche de l'aide à domicile, des mesures ciblées de revalorisation des plus bas salaires et des frais de déplacement des intervenants seront mises en œuvres, afin de lutter contre la précarité et de contribuer à la stabilité des intervenants et à la professionnalisation du secteur, en cohérence avec les propositions des partenaires sociaux dans le cadre du dialogue social à l'échelle de la branche de l'aide à domicile.

288 **1.2. Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile**

289 La réforme de l'APA à domicile s'accompagne d'une refondation du secteur de l'aide à domicile. Il s'agit de sortir par le haut de la crise du modèle économique qui a souffert d'un manque de régulation et de répondre aux enjeux d'accompagnement et de prévention liés au vieillissement. Cette refondation repose sur trois piliers.

290 En premier lieu, le régime du mandatement des services autorisés par les départements doit être sécurisé, au sens du droit communautaire, en identifiant clairement les obligations d'intérêt général qui singularisent l'aide à domicile dans le champ des services à la personne : universalité, accessibilité, équité de traitement, continuité de la prise en charge. Dans le même temps, l'accès des services agréés à la procédure d'autorisation par les départements est facilité, dès lors qu'ils remplissent les conditions.

291 Il s'agit ensuite d'améliorer les outils d'évaluation des besoins et de diversifier l'offre de services au domicile. Si l'aide humaine a vocation à

rester centrale, il est également indispensable de donner une plus grande place aux aides techniques, aux nouvelles technologies de l'autonomie, à l'accueil temporaire ou à l'accueil familial. Le service rendu à l'utilisateur doit se moderniser, en particulier autour de bouquets de services plus diversifiés et mieux articulés. Les plans d'aide doivent favoriser une continuité d'interventions personnalisées en fonction des besoins et des attentes de la personne, qui nécessitent, au cas par cas, de combiner différentes formes d'aide, à domicile ou en dehors du domicile : sécuriser la salle de bains, organiser un accès hebdomadaire à l'accueil de jour, faire le lien entre l'aide à domicile et le médecin traitant, installer la téléassistance, etc.

292 La loi engage enfin la transition vers un nouveau modèle de tarification, fondé sur la contractualisation entre services à domicile et départements. La loi de finances pour 2012 a prévu la mise en œuvre d'expérimentations pour la tarification des services d'aide à domicile intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, lancées à l'initiative de l'Assemblée des départements de France (ADF) et des principales fédérations d'aide à domicile pour répondre aux difficultés du secteur et valoriser les exigences de qualité.

293 Ces expérimentations donnent lieu à la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui permettent un financement au forfait global, en contrepartie d'objectifs prévisionnels d'activité, de qualité et de continuité des services, et d'obligations d'intérêt général, comme les actions de prévention, l'accessibilité à tous les publics et la participation au parcours de santé. Ces expérimentations prévoient la possibilité d'adapter les plans d'aide à des besoins ponctuels et offrent une visibilité quant à leur participation, calculée sous forme forfaitaire, permettant ainsi, lorsque c'est nécessaire, d'alléger ou d'intensifier les plans d'aide sans incidence financière pour la personne.

294 La loi prévoit la poursuite de ces expérimentations jusqu'au 1^{er} janvier 2016. Un rapport d'évaluation sera présenté par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 30 octobre 2015.

295 Cette démarche de refondation est étendue aux personnes de GIR 5 et 6 grâce à l'implication des caisses de retraite dans ces expérimentations, et va au-delà de la réponse d'urgence apportée par le fonds de restructuration en direction des acteurs les plus en difficultés en engageant une véritable modernisation du secteur de l'aide à domicile, qui met en œuvre les efforts nécessaires de restructuration pour garantir l'efficacité de la gestion et inscrire l'activité dans la durée. Dans le même temps, ce secteur a vocation à bénéficier de l'activité supplémentaire liée à

l'augmentation des plafonds de l'APA, et donc à la multiplication du nombre d'heures réalisées au domicile des personnes. Le Gouvernement répond ainsi à la crise de l'aide à domicile en actionnant trois leviers complémentaires : la relance de l'activité, la reconnaissance des coûts d'intervention, et la sécurisation des financements.

296 La refondation de l'aide à domicile doit aussi passer par un rapprochement entre l'aide et le soin, grâce à une meilleure coordination de l'intervention des professionnels autour des personnes âgées du secteur sanitaire et du secteur médico-social. C'est pourquoi la loi consolide et approfondit les services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD), au travers d'une expérimentation visant à renforcer l'intégration des services et à faciliter le financement des actions de prévention.

297 2. Soutenir les aidants

298 Les proches aidants sont les personnes non professionnelles, soutenant au quotidien une personne âgée, qu'ils appartiennent ou non à sa famille. La majorité des âgés en perte d'autonomie bénéficie d'une aide de leur entourage. La moitié des aidants sont les enfants de la personne âgée et un tiers sont leur conjoint. Cette aide s'avère essentielle dans la perspective du maintien à domicile. Avec la prolongation de la durée de la vie dans les années à venir, cette réalité ne fera qu'augmenter, avec des aidants qui continuent d'être professionnellement actifs ou qui doivent assumer à la fois un soutien à leurs enfants et petits-enfants et aussi à leurs parents dépendants.

299 En 2008, 4,3 millions de personnes aident régulièrement au moins un de leurs proches âgés de 60 ans ou plus à domicile en raison d'une santé altérée ou d'un handicap. Restreint à la population des bénéficiaires de l'APA à domicile, le nombre de personnes aidées est fin 2011 d'environ 600 000 pour un nombre total d'aidants concernés d'environ 800 000. 62 % sont des femmes. Les aidants qui sont encore en situation professionnelle sont dans 88 % des cas des femmes.

300 20 % des aidants sont considérés aujourd'hui comme en situation de charge importante, synonyme de fatigue morale ou physique, avec des effets sur leur santé : 40 % des aidants dont la charge est la plus lourde se sentent dépressifs, 29 % déclarent consommer des psychotropes. Ils renoncent fréquemment à des soins, faisant passer la santé de l'aidé avant leur propre santé. Les professionnels de santé ne sont pas toujours assez sensibilisés à la prise en charge des aidants et les plans d'aide ignorent souvent la situation des aidants familiaux. L'épuisement des aidants peut également, dans certains cas, conduire à des situations de maltraitance passive ou active des âgés en perte d'autonomie.

301 Lorsque les aidants travaillent, ce qui est le cas de 40 % d'entre eux, les répercussions sur l'activité professionnelle sont réelles : ils renoncent à des opportunités, modifient leurs horaires de travail, etc. Enfin leur positionnement par rapport aux professionnels, qu'ils interviennent à domicile ou en établissement, est parfois difficile.

302 C'est pourquoi, il s'agit aujourd'hui de donner toute leur place aux aidants et aux bénévoles dans l'accompagnement du projet de vie de la personne, dans des conditions garantissant la complémentarité de leur intervention avec celle des professionnels. La loi reconnaît et consacre plus fortement le rôle des aidants. La réforme des retraites de 2013 a déjà constitué un premier pas vers une meilleure reconnaissance de leur rôle, avec la suppression de la condition de ressources pour bénéficier de l'assurance vieillesse des parents au foyer, garantissant une continuité dans les droits à retraite et l'ouverture d'une majoration de trimestres pour la prise en charge d'un adulte handicapé ou dépendant, à hauteur d'un trimestre pour trente mois de prise en charge à temps complet.

303 L'action gouvernementale en faveur des aidants s'articule autour de trois axes.

304 **2.1. Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'APA**

305 Il s'agit en premier lieu de mieux prendre en compte les aidants, leurs interventions, le cas échéant leur vulnérabilité et leur besoins de soutien (repérage des signes de fragilité, besoins de conseils, d'accompagnement, de répit), au moment de l'évaluation des demandes d'APA afin d'en tenir compte pour l'élaboration des plan d'aides et leur proposer si nécessaire des relais ou des actions d'accompagnement.

306 Accompagner les aidants, c'est aussi leur permettre de faire une « pause ». La loi crée dans l'APA à domicile un module dédié « droit au répit », qui permettra de solvabiliser une solution temporaire permettant à l'aidant de prendre du répit, lorsque le plafond du plan d'aide n'y suffit pas. Ce nouveau module est complémentaire de la revalorisation des plafonds des plans d'aide, qui permettra de dégager des marges de financement pour permettre, plus facilement qu'aujourd'hui, l'accès aux structures de répit.

307 Il peut s'agir d'heures d'aide à domicile supplémentaires, voire d'une présence continue, mais également d'un accueil exceptionnel en accueil de jour ou de nuit de recours à un hébergement temporaire.

308 Ce droit constitue une enveloppe d'aide pour l'année et par aidé. D'un montant qui pourra aller jusqu'à 500 euros annuels, au-delà du plafond de l'APA, il permettra par exemple de financer sept jours de séjour dans un hébergement temporaire. Il est ciblé sur les aidants des personnes les plus dépendants (GIR 1 et 2), en fonction de la charge pour l'aidant estimée par l'équipe d'évaluation médico-sociale : isolement (aidant unique), GIR, maladie d'Alzheimer, etc. À terme, pour garantir une évaluation plus homogène sur le territoire, pourra être développé un outil d'évaluation simple, destiné aux équipes médico-sociales comme aux professionnels de santé, pour repérer les aidants en difficulté.

309 Le « droit au répit » est complété par la création d'un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant, afin de prendre en charge temporairement la personne aidée au-delà des montants et des plafonds des plans d'aide. Cela suppose la mise en place d'une organisation spécifique pour répondre à ces situations qui constituent bien souvent des vecteurs d'accélération de la perte d'autonomie, d'entrée en institution non préparée ou d'hospitalisation non programmée et non justifiée sur le plan médical.

310 Le module dédié au sein de l'APA constitue un levier pour développer les dispositifs de soutien et de répit. Il s'agira à l'avenir de travailler à l'amélioration de la solvabilisation des structures d'accueil temporaire, dont le modèle économique actuel dégage un reste à charge trop souvent dissuasif pour les familles. Le développement et la diversification de l'offre de répit passe aussi dans la loi par l'expérimentation de prestations de relais à domicile assurées par un professionnel intervenant plusieurs jours consécutifs, également appelé baluchonnage, et le déploiement des plateformes d'accompagnement et de répit.

311 **2.2. Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants**

312 Si les bénévoles n'ont pas vocation à se substituer aux professionnels, les aidants ont néanmoins besoin d'être formés et accompagnés.

313 La CNSA se voit confier par la loi un rôle d'appui méthodologique sur l'accompagnement des aidants, et le périmètre des actions qu'elle cofinance dans ce champ est élargi aux actions d'accompagnement (café des aidants, ...). Au niveau départemental, les conseils généraux dans le domaine de l'autonomie assureront un rôle de coordination de tous les acteurs impliqués dans l'aide aux aidants. Pour améliorer l'accompagnement des aidants, les plateformes d'accompagnement et de répit seront développées et mieux outillées. La politique de prévention en termes de santé pour les aidants familiaux sera intensifiée. Cette

problématique sera également prise en compte dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Toutes les formes d'accompagnement, dès lors qu'elles auront fait la preuve de leur pertinence, devront être encouragées et développées : cafés des aidants, groupes de parole et d'échanges...

314 2.3. Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle

315 Faciliter le maintien en emploi des aidants, pour éviter les ruptures de parcours professionnels, et favoriser la conciliation de la vie professionnelle et de la vie d'aidant sont indispensables compte tenu des difficultés actuelles qu'ils rencontrent dans leur vie professionnelle et de l'effet bénéfique que peut avoir, pour un aidant, le fait de continuer à travailler. Cet objectif est encore plus important pour les femmes, qui constituent la majorité des aidants ; or plus l'interruption de travail est longue, plus il est difficile de se réinsérer professionnellement.

316 Le congé de soutien familial mérite d'être réformé. Il est inadapté car trop rigide et restrictif. L'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail signé par les partenaires sociaux en juin 2013 prévoit une poursuite de la négociation sur le sujet des congés familiaux. Le Gouvernement, particulièrement attentif à la négociation sur ce sujet entre partenaires sociaux, leur fera des propositions et proposera la traduction législative d'un accord le cas échéant.

317 Les entreprises, les administrations et les partenaires sociaux seront incitées à prendre en compte les proches aidants et notamment à faciliter l'aménagement du temps de travail en recensant les bonnes pratiques.

318 3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain

319 Acteurs essentiels de l'offre de soins et d'accompagnement sur les territoires, les établissements constituent une réponse alliant hébergement, aide à l'autonomie et à la santé, soutien à une vie sociale la plus riche possible.

320 La loi clarifie les missions des établissements « médicalisés » pour personnes âgées. Les maisons de retraite médicalisées doivent mieux intégrer le projet de soin dans le projet de vie de la personne, pour un accompagnement plus global qui préserve la singularité du parcours de vie tout en relevant les défis de la médicalisation. Le parcours d'autonomie n'est pas un parcours linéaire. Il peut y avoir des ruptures, mais aussi, heureusement, des réversibilités lorsque l'état de l'âgé s'améliore. La possibilité de ces réversibilités doit être prise en considération dans la construction des parcours et dans les projets d'établissement. Les maisons

de retraite médicalisée doivent être mieux intégrées dans leur territoire, en tant que lieu « ressources » intervenant en appui et en complémentarité de l'offre de service à domicile, aux familles et aux aidants, mais aussi de l'offre en accueil familial.

- 321 Dans ce contexte, la loi engage une réforme d'envergure qui vise d'abord à garantir davantage de transparence dans les tarifs et, à terme, à réformer la tarification des établissements.
- 322 Dès maintenant avec cette loi, des décisions importantes sont prises pour commencer à réguler les tarifs hébergement par plus de transparence et de respect des droits
- 323 La loi permet d'ores et déjà de mieux protéger les résidents et leurs familles en assurant davantage de transparence et en commençant à mieux réguler les tarifs. Dans un souci de plus grande transparence et pour rendre possible la comparaison des prix à prestation donnée, la loi prévoit la normalisation de la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations socles couvertes par les tarifs. Un ensemble de prestations et services « socle » sera défini par décret, distinct des autres tarifs et facturations supplémentaires éventuelles. Le portail internet qui sera hébergé par la CNSA permettra enfin à chaque personne d'accéder à une information claire et accessible sur les établissements, les tarifs appliqués et les aides pouvant être mobilisées.
- 324 Afin de mieux encadrer l'évolution des tarifs pour les résidents en établissement sur les places non habilitées à l'aide sociale (25 % du total), le ministère en charge des personnes âgées et de l'autonomie est désormais associé à la fixation du taux d'évolution des tarifs hébergement au côté des ministères en charge des finances. De plus, il est tenu compte d'un critère nouveau par rapport à la pratique actuelle dans la fixation de ce taux d'évolution afin de prendre en compte le pouvoir d'achat des âgés : celui de l'évolution du niveau des retraites déjà liquidées.
- 325 Le Gouvernement s'engage aussi fortement pour protéger les droits des résidents en établissement au travers des dispositions prévues par la loi relative à la consommation. Ainsi, les prestations d'hébergement qui n'ont pas été délivrées, postérieures au décès ou au départ d'un résident, ne peuvent plus être facturées. La loi relative à la consommation prévoit également l'obligation de dresser un état des lieux contradictoire à l'arrivée et au départ d'une personne hébergée en maison de retraite et l'interdiction de facturer les frais de remise en l'état de la chambre en l'absence d'un tel état des lieux.

- 326 Par ailleurs, afin qu'ils puissent assurer leurs missions dans les meilleures conditions et se prémunir contre les impayés, les établissements doivent bénéficier de recours judiciaires étendus. La loi offre désormais la possibilité à tous les établissements de saisir directement le juge aux affaires familiales pour gérer les situations potentiellement conflictuelles concernant le règlement de factures d'hébergement en maison de retraite médicalisée, notamment entre les enfants ou autres obligés alimentaires.
- 327 Des mesures de simplification de l'organisation et de la gestion des établissements hébergeant des personnes âgées seront approfondies dans le cadre d'un groupe de travail.
- 328 Plusieurs leviers existent pour améliorer l'efficacité de gestion des maisons de retraite et optimiser les fonds publics et les contributions financières des usagers. Un fonctionnement plus simple et plus lisible du secteur médico-social, permettra un accompagnement moins coûteux, avec un impact positif sur le reste à charge, et davantage adapté aux besoins des personnes âgées et de leurs familles.
- 329 Une partie des mesures figure dans cette loi avec la réforme des appels à projets. Les projets d'extension et de transformation de places se verront ainsi facilités. Cela permettra, par exemple, de transformer des lits d'hôpital en places en maison de retraite.
- 330 Il faut par ailleurs dans ce contexte promouvoir la responsabilité des gestionnaires, explorer les pistes de simplification, introduire plus de souplesse et d'objectivité dans la tarification et développer la contractualisation pluriannuelle et les mécanismes d'allocation de ressources associés.
- 331 Afin d'améliorer le système de pilotage et de gestion, trop complexe et peu lisible, un groupe de travail sera mis en place dès septembre 2014.
- 332 Le chantier de la réforme de la tarification sera ouvert, avec en perspective la mise en place d'une allocation plus simple et plus objective des financements des établissements, en tenant mieux compte des besoins des résidents et de la qualité de la prise en charge. Une meilleure connaissance des coûts des différentes composantes de la prise en charge des résidents, ainsi qu'une révision des outils de mesure des besoins d'accompagnement appuieront cette démarche.
- 333 Enfin, le développement d'une offre cohérente et diversifiée d'hébergement et d'accompagnement, répondant aux objectifs d'ouverture des établissements sur leur environnement, et d'intégration dans les projets

des établissements d'une réponse en matière d'accueil au titre du répit des aidants nécessite de revoir le système de tarification de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, dans une logique de « plateforme de services ».

334 Le chantier de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, qui s'ouvre en 2014, devra prendre en compte le sujet des modalités d'accueil des personnes handicapées vieillissantes en établissements pour personnes âgées ou handicapées.

335 Dans un deuxième temps, lorsque le redressement des finances publiques entrepris par le gouvernement l'aura permis, la réforme de l'accompagnement en établissement devra rendre l'offre plus accessible. En effet, l'accessibilité financière à cette réponse globale étant une véritable difficulté pour les moins aisés, mais également pour les classes moyennes, le gouvernement a l'objectif à terme de réduire le reste à charge pour les usagers et leurs familles.

336 4. Mieux accompagner la fin de vie

337 L'âge moyen de décès est aujourd'hui supérieur à 80 ans, les deux sexes confondus, et il augmente continument. Plus de la moitié des Français meurt à l'hôpital, dans des conditions souvent peu propices à une mort sereine. Selon le rapport annuel 2013 de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) consacré aux âgés, en 2012, 13 000 personnes âgées sont mortes aux urgences peu après leur admission. La politique de territorialisation des politiques de santé (PAERPA) vise en particulier à diminuer ces hospitalisations délétères. Par ailleurs, près de 90 000 personnes sont décédées en maisons de retraite médicalisées en 2012.

338 Accompagner la mort dans le grand âge de la façon la plus digne possible revêt aujourd'hui un enjeu fondamental. D'ores et déjà, il est nécessaire de :

339 – renforcer le recours aux équipes de soins palliatifs en établissement avec une exigence particulière pour les situations de grande détresse (isolement social et familial, perte d'autonomie physique lourde). L'objectif de 100 % de maisons de retraite médicalisées en lien avec une équipe mobile de soins palliatifs doit être rapidement atteint (75 % actuellement) ;

340 – développer la formation des professionnels intervenant en maisons de retraite médicalisées ou à domicile. Les médecins coordonnateurs et les soignants doivent être mieux formés à la communication et à la réflexion

éthique autour des questions de fin de la vie. Compte tenu du rôle déterminant des médecins traitants et des médecins coordinateurs, des actions de formation « en équipe » doivent être mises en place en lien avec les équipes mobiles ou les réseaux de soins palliatifs existants ;

③41 – ne pas ignorer la question de la fin de vie lors de l’élaboration et de l’actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, et recueillir les souhaits de la personne ;

③42 – développer l’accès à une infirmière de nuit, en particulier en mutualisant les postes si le nombre de places ne justifie pas la présence d’un professionnel dédié. Lorsqu’un établissement dispose d’une infirmière de nuit le taux d’hospitalisation baisse de 37 % (rapport de l’Observatoire national de la fin de vie) ;

③43 – développer le recours à l’hospitalisation à domicile en maison de retraite médicalisée quand la nature et la gravité des symptômes le justifie. Seuls 8 % de ces structures font appel à l’HAD pour accompagner la fin de vie, alors qu’il permet un renforcement important des soins infirmiers et permet un accès facilité au matériel médical et paramédical.

③44 **5. Favoriser l’accès à l’accueil temporaire et l’accueil familial**

③45 L’accueil temporaire et l’accueil familial répondent à des besoins réels des personnes âgées comme des personnes en situation de handicap. Renforcer ces formes d’accueil constitue un chantier important pour les années à venir.

③46 **5.1. Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd’hui l’accueil temporaire**

③47 L’accueil temporaire s’adresse à la fois aux âgés et aux personnes en situation de handicap. Il s’entend comme un accueil organisé pour une durée limitée à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement temporaire. Il vise à organiser une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée des besoins de la personne âgée, à un bilan, une situation d’urgence, ou une transition entre deux prises en charge. Il permet aussi à l’entourage de bénéficier de périodes de répit.

③48 À l’avenir ces formes d’accueil temporaire devraient correspondre à une demande croissante de souplesse des modes de prise en charge. Or aujourd’hui les missions et le maillage territorial des structures d’accueil temporaire sont très hétérogènes et la place dans l’offre globale de prise en charge mal définie. Les professionnels manquent également d’une

formation adéquate pour répondre aux exigences d'adaptabilité de ce dispositif. Enfin, le modèle économique de ce type d'accueil est peu attractif. L'acte II de la réforme de la politique de l'autonomie doit pouvoir répondre à ces différents enjeux et permettre aux âgés de bénéficier plus facilement d'un accueil temporaire de qualité.

349 5.2. Encourager le déploiement de l'accueil familial

350 L'accueil familial de personnes âgées et de personnes adultes en situation de handicap constitue une forme alternative entre le domicile et l'établissement. Il offre à ceux qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus rester chez eux un cadre de vie familial, qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé. Il peut répondre à un besoin d'accueil durable ou à un besoin d'accueil temporaire comme l'accueil de jour, l'hébergement temporaire pour la personne accueillie, pour les aidants,... Dans l'objectif de répondre aux attentes et aux besoins divers et personnalisés, c'est une offre de service que la loi permettra de développer.

351 L'accueil familial ne représente aujourd'hui qu'une très faible part de l'offre de service d'accompagnement sur l'ensemble du territoire. La loi prévoit donc des mesures pour développer une offre de qualité impulsée et contrôlée par les départements, des droits pour les personnes accueillies et pour les personnes accueillantes.

352 Ainsi un référentiel précisera les critères d'agrément par les départements. Les règles en sont mieux définies, en permettant de préciser le profil des personnes susceptibles d'être accueillies, de spécialiser ou de restreindre le contenu et la portée de l'agrément suivant les caractéristiques des candidats accueillants, et de préciser la durée et le rythme d'accueil.

353 La loi garantit désormais les mêmes droits aux personnes en accueil familial qu'aux résidents des établissements sociaux et médico-sociaux. Elle donne le même accès aux dispositifs prévus pour faciliter l'exercice de ces droits en cas de difficulté, comme le recours à une personne qualifiée ou à une personne de confiance. La prise en compte des besoins et attentes spécifiques de la personne accueillie sera inscrite dans le contrat d'accueil.

354 Par ailleurs, la déclaration de rémunération sera simplifiée, grâce à l'utilisation du chèque emploi service universel.

355 Pour les accueillants une formation obligatoire, quantifiée en volume d'heures permettra d'assurer un accueil de qualité et de prendre en compte dans le cadre du Plan Métier une possibilité de parcours professionnel.

Enfin, sous couvert de l'accord des partenaires sociaux, gestionnaires de l'assurance chômage, l'affiliation des accueillants au régime constituerait un progrès majeur. En effet, jusqu'ici, en l'absence de contrat de travail, les accueillants familiaux de gré à gré ne pouvaient l'être. Désormais, la rémunération des accueillants familiaux obéira, à titre dérogatoire, au même régime fiscal et de cotisations sociales que les salaires. Leur rémunération sera assujettie à cotisations, et ils bénéficieront en conséquence, en période de chômage, du régime d'assurance, comme n'importe quel salarié. En sécurisant les périodes de chômage entre deux périodes d'accueil, cela permettra de rendre plus attractive cette offre de service amenée à se développer au regard des attentes des personnes âgées.

356 6. Simplifier les outils de pilotage de l'offre sur le territoire

357 Dans les années qui viennent, les autorités compétentes en matière de planification, d'autorisation, de financement et de pilotage, au premier rang desquels les conseils généraux et les ARS, auront de plus en plus à travailler à l'organisation de l'offre pour l'améliorer et la faire évoluer en fonction des besoins, dans un souci de bonne allocation des financements publics. Faciliter la réorganisation de l'offre passe notamment par la simplification des règles relatives aux appels à projets. La loi le permet, sur la base du bilan de plusieurs années de mise en œuvre du régime créée en 2009. Le dispositif en vigueur est allégé en conciliant la transparence de l'information nécessaire au secteur et la souplesse nécessaire à l'évolution et l'adaptation de l'offre existante.

358 Le recours à la procédure d'appel à projets n'est obligatoire que pour les créations d'établissements ou services. La loi dispense de la procédure d'appel à projet les extensions mineures, définies par décret, et clarifie les cas d'exonération. Les transformations affectant un établissement social et médico-social changeant de catégorie de public bénéficiaire ou un établissement de santé se convertissant en ESSMS peuvent être désormais dispensées du recours à l'appel à projet dès lors que leur projet donne lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs (CPOM).

359 À l'avenir, l'amélioration de l'organisation de l'offre sur les territoires, passera par des coopérations renforcées entre établissements et services. La loi va le favoriser en clarifiant les règles applicables en matière d'autorisation pour les groupements de coopération sociaux et médicaux sociaux.

360

VOLET 4 : LA GOUVERNANCE

361

La gouvernance de la politique de l'âge répond à deux exigences : celle de l'égalité sur le territoire et celle de la proximité. Elle doit aussi impliquer les âgés eux-mêmes selon le principe porté haut et fort par les personnes en situation de handicap « Rien pour nous sans nous ». Très concrètement enfin, son objet est de simplifier la vie des âgés et de les accompagner au plus près de leurs besoins et de leurs aspirations.

362

Renouveler la gouvernance de la politique de l'autonomie est la condition de la réussite des nombreux chantiers ouverts pour les années à venir. La première exigence est démocratique. Notre priorité est donc de donner la parole aux âgés. Ils doivent être écoutés mais aussi associés à la construction de cette politique dans tous ses aspects. La nouvelle gouvernance doit aussi permettre de simplifier la vie des âgés et de leur famille en leur offrant des lieux d'accueil d'information, d'orientation et d'accompagnement plus intégrés et en proximité sur tout le territoire. Cela passe notamment par un rapprochement des acteurs et une meilleure coordination des actions.

363

La gouvernance de la politique de l'autonomie se doit aussi d'être efficace. La consécration du rôle de la CNSA comme « maison commune de l'autonomie » participe de cette recherche d'efficacité. En outre, celle-ci suppose de renforcer les liens entre les ARS et les conseils généraux. Elle doit contribuer à décloisonner les politiques, les acteurs, les publics, pour prendre en compte le champ très large de l'adaptation de la société au vieillissement et se mobiliser sur des objectifs et projets communs. Le décloisonnement des acteurs passe aussi par une meilleure lisibilité des financements affectés à cette politique majeure de la Nation. Connaître l'effort national de dépenses pour l'autonomie des personnes âgées, en retraçant l'ensemble des financements engagés par tous les acteurs impliqués (État, Conseils généraux, caisses de retraite, ...) permettra aux Français de mesurer et de suivre l'effort global réalisé pour la politique de l'âge.

364

Enfin, dernière condition de la réussite, la gouvernance doit être souple, adaptable aux réalités locales, s'appuyer sur les initiatives des acteurs locaux, et en même temps garante de l'équité sur l'ensemble du territoire.

365

1. Au niveau national : une participation des âgés renforcée au service d'une politique du vieillissement plus transversale

366

1.1. Créer un Haut Conseil de l'Âge contribuant à élaborer cette politique globale

367 La loi crée un Haut Conseil de l'Âge (HCA), pour donner davantage la parole aux âgés sur tous les sujets et porter une politique nationale globale de promotion de l'autonomie des âgés et d'adaptation de la société au vieillissement, en mobilisant toutes les politiques publiques qui y contribuent.

368 Ce Haut Conseil est placé auprès du Premier ministre. Il se substituera au Conseil National des Retraités et des Personnes Agées (CNRPA) et au comité « avancée en âge ». Le Haut conseil a aussi vocation à s'articuler avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) sur les questions transversales de droits et de bienveillance pour les âgés et les personnes en situation de handicap. Il comprend trois collèges : usagers, professionnels et institutions.

369 Il est chargé de rendre des avis sur toutes les questions de société et de politique publique liées à l'âge et au vieillissement. Il fait des propositions au Gouvernement pour fixer le cadre national d'une politique globale de l'autonomie des âgés. Il peut en outre s'autosaisir sur toute question relative au champ de l'âge, comme par exemple se prononcer sur la qualité et l'utilité des objets et dispositifs relevant de la Silver économie. Il assurera le suivi de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

370 **1.2. Renforcer la CNSA en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale**

371 Après presque 10 ans d'existence, la loi consacre le rôle de « maison commune » de l'autonomie de la CNSA au niveau national, tête de réseau de la mise en œuvre de la politique d'aide à l'autonomie. Elle contribuera dans les années à venir au pilotage opérationnel de la mise en œuvre d'une stratégie globale, agissant sur l'ensemble des facteurs de perte d'autonomie, le plus en amont possible. Elle se voit reconnue explicitement dans sa responsabilité du suivi et de l'efficacité de la dépense médico-sociale couverte par l'assurance maladie aux côtés de la CNAMTS. Dans le respect de la libre administration des collectivités locales, elle doit aussi contribuer à faire prévaloir dans le champ médico-social un double objectif de maîtrise de la dépense et d'équité territoriale dans la réponse aux besoins.

372 La loi élargit les compétences de la CNSA, notamment en lui confiant un rôle d'appui méthodologique et d'harmonisation des pratiques en matière d'APA à l'instar des missions qu'elle exerce auprès des Maisons départementales de la perte d'autonomie (MDPH), une mission d'information du grand public sur les aides et services liés à la compensation de la perte d'autonomie, notamment par l'animation du portail

internet destiné aux âgés et une mission relative aux aides techniques et à la prévention et une mission de soutien aux aidants. Elle accompagnera enfin la modernisation et la refondation du secteur de l'aide à domicile.

③73 Outre le renforcement de ses compétences, son rôle de « maison commune » se traduit aussi par une modification de la gouvernance de la CNSA, avec l'entrée au conseil d'administration de la CNAMTS, de la CNAV et du RSI.

③74 **1.3. Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation**

③75 Les services offerts aux âgés en perte d'autonomie et leurs aidants souffrent aujourd'hui d'un déficit de transparence et de lisibilité. En effet, la multiplicité et la complexité des intervenants sociaux, sanitaires et médico-sociaux ne facilitent pas la réponse aux besoins multiples des parcours de vie des personnes. L'accompagnement de la perte d'autonomie, comme l'aide aux aidants, passe ainsi par une amélioration de l'information et de l'orientation des âgés et de leurs aidants.

③76 La loi reconnaît un droit à l'information et crée un dispositif global d'information et d'orientation, à travers un portail internet dédié et articulé avec l'offre de services des départements, des caisses de retraite et de leurs opérateurs locaux, à commencer par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Le portail offrira une porte d'entrée unifiée pour rendre plus visible et lisible un service public d'information et d'accompagnement des âgés et de leurs aidants. Géré par la CNSA, il s'appuiera sur les données disponibles au niveau national et local, et viendra en complément des modes d'accompagnement existant déjà sur le terrain. Il est également convenu d'expérimenter une réponse téléphonique nationale de premier niveau adossée au portail internet. Ce dispositif s'inscrit bien sûr plus globalement dans le cadre de la réforme de la gouvernance et de la préfiguration du futur service public d'information en santé.

③77 **2. Au niveau local : une meilleure coordination des acteurs au service des âgés**

③78 Les orientations de la réforme territoriale permettront de mieux répondre aux besoins des usagers en favorisant une réponse coordonnée autour de leurs besoins, en identifiant précisément les responsables de la politique d'autonomie et les instances dans lesquelles est construite, mise en œuvre et évalué cette politique. Des mesures de coordination devront assurer la mise en cohérence des deux projets de lois.



PROJET DE LOI
relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

NOR : AFSX1404296L/Bleue-1

ETUDE D'IMPACT

2 juin 2014

SOMMAIRE

Préambule.....	5
La programmation des moyens	6
TITRE I - ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (articles 3 à 8)	9
Chapitre 1er : l'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention.....	9
Articles 3 à 5 – Conférence des financeurs.....	9
Chapitre 2 : l'action sociale inter régimes des caisses de retraite.....	14
Articles 6 et 7 - Coordination des caisses de retraite entre elles et avec les départements.....	14
Chapitre 3 : lutte contre l'isolement.....	17
Article 8 - Modification des contours de la section IV du budget de la CNSA	17
TITRE II - ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT (articles 9 à 28)	20
.....	20
Chapitre 1er : vie associative	20
Articles 9 et 10 - Attestation de tutorat et volontariat civique sénior	20
Chapitre 2 : habitat collectif pour personnes âgées (articles 11 à 15).....	24
Section 1 : les résidences autonomie et les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées.....	24
Article 11 - Résidences autonomie.....	24
Article 12 - Harmoniser et simplifier les dispositions applicable aux contrats conclus dans les logements-foyers	29
Article 13 – Tarif hébergement des établissements pour personnes âgées	31
Article 14 - Intégrer au répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS) les logements des logements-foyers relevant de l'article L. 633-1 et les logements des centres d'hébergement et de réinsertion sociale mentionnés à l'article L. 345-1 du CASF.....	32
Section 2 : les autres formes d'habitat avec services	35
Article 15 - Résidences services.....	35
Chapitre 3 : territoires, habitat et transports (articles 16 à 18).....	42
Article 16 – Programmes locaux de l'habitat.....	42
Article 17- Elargissement des commissions communales et intercommunales d'accessibilité aux personnes âgées.....	44
Articles 18 – Transports.....	45
Chapitre 4 : droits, protection et engagements des personnes âgées (articles 19 à 28).....	51
Section 1 : droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées	51
Article 19 - Droits des personnes âgées à un accompagnement et à l'information	51
Articles 20 et 21 - Précision d'écriture au code de l'action sociale et des familles	52

Article 22 – Affirmation des droits de la personne âgées lors de son entrée dans un établissement d’hébergement	52
Et dispositions relatives à la personne de confiance	54
Section 2 : protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles.....	57
Articles 23 et 24 – Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles.....	57
Article 25 - Signalements effectués par les établissements.....	58
Section 3 : protection juridique des majeurs	60
Article 26 - Document individuel de protection des majeurs.....	60
Article 27 - Procédure d’agrément des mandataires individuels.....	63
Article 28 - Extension de la procédure simplifiée de sauvegarde de justice médicale aux personnes hébergées dans un établissement médico-social.....	66
TITRE III - ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D’AUTONOMIE (articles 29 à 45)....	67
Chapitre 1er : revaloriser et améliorer l’APA à domicile	67
Articles 29 et 30 - Revaloriser et améliorer l’APA à domicile	67
Chapitre 2 : refonder l’aide à domicile.....	81
Articles 31 à 33 - Services d’aide et d’accompagnement à domicile.....	81
Article 34 - Expérimentation portant sur les SPASAD.....	87
Chapitre 3 : soutenir et valoriser les aidants	89
Articles 35 à 37 - Soutenir et valoriser les aidants	89
Chapitre 4 : dispositions financières relatives à l’APA et au soutien et à la valorisation des aidants.....	98
Article 38 - Dispositions financières relatives à l’APA et au soutien et à la valorisation des aidants	98
Chapitre 5 : soutenir l’accueil familial	100
Article 39 – Soutenir l’accueil familial	100
Chapitre 6 : clarifier les règles relatives aux EHPAD	
Articles 40 et 41 - Tarif hébergement socle, taux plafond d’évolution des tarifs, publicité des tarifs par la CNSA.....	106
Article 42 - Saisine du juge des affaires familiales par les EHPAD de droit privé ...	110
Article 43 - Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale	111
Chapitre 7 : améliorer l’offre sociale et médico-sociale sur le territoire.....	111
Article 44 - Groupement de coopération sociale ou médico-sociale	111
Article 45 - Réforme des appels à projets	113
TITRE IV - GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L’AUTONOMIE (articles 48 à 55)	
.....	126
Chapitre 1 : gouvernance nationale.....	126
Sections 1 et 2 : Articles 46 à 48 – Haut Conseil de l’âge et Caisse nationale de la solidarité pour l’autonomie	126

Section 3 : systèmes d'information	131
Articles 49 à 51 –Systèmes d'information	131
Chapitre 2 : gouvernance locale	135
Section 1 : Articles 52 à 54 – Gouvernance locale	135
Section 2 : organisation du contentieux de l'aide sociale	138
Article 55 autorisant le gouvernement à prendre par ordonnance des mesures visant à réformer le contentieux de l'aide sociale relevant des juridictions mentionnées aux articles L134-1 et L134-2 du code de l'action sociale et des familles.	138
TITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES A L'OUTRE-MER	140
Article 56: Conditions d'application en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion en Martinique, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.....	140
Article 57: Adaptation des règles de calcul des concours de la CNSA aux collectivités d'Outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy.	144
TITRE VI - DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES	148
Article 58 - Evaluation de l'application de la loi	148
Article 59 - Entrée en vigueur différée des dispositions de l'article	
Article 60 - Entrée en vigueur différée des dispositions de l'art. 11	148
Article 61 - Entrée en vigueur différée au 1er janvier 2016 des dispositions de l'art. 14	148
Article 62 - Dispositions relatives à la modification des contrats de séjour, des documents individuels de prise en charge, des règlements de fonctionnement et des livrets d'accueil en cours d'exécution à la date de promulgation de la loi (art. 22). .	148
Article 63 - Entrée en vigueur de la réforme de l'APA	149
Article 64 - Entrée en vigueur des dispositions relatives à l'accueil familial (cf. art. 41)	149
Article 65 - Non application des dispositions de l'article 40 relatives à l'identification d'un tarif hébergement socle dans les EHPAD, aux contrats en cours	149
Article 66 - Abrogation différée de l'art. L. 232-17 à la date de publication des décrets nécessaires à l'entrée en vigueur des mesures	149
ANNEXES	150
Annexe n°1 Plan pour les métiers de l'autonomie	
Annexe n°2 Effets sur l'égalité entre les hommes et les femmes	
Annexe n°3 Consultations	
Annexe n°4 Textes d'application	

Préambule

Alors que 25% des Français ont plus de 60 ans aujourd'hui, proportion qui atteindra 30% en 2060, ce projet de loi d'orientation et de programmation a pour objectif de mobiliser l'ensemble des politiques publiques permettant d'anticiper cette évolution démographique majeure, marquée par l'allongement de la vie. Il inscrit en conséquence la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et interministériel.

Le projet de loi a été élaboré à l'issue de deux mois et demi de concertations approfondies avec l'ensemble des acteurs intéressés. Une restitution de la concertation a été effectuée par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre délégué aux personnes âgées et à l'autonomie le 12 février 2014 devant l'ensemble des acteurs concernés.

Plusieurs mesures de cette loi concernent également les personnes handicapées ; leur impact sera analysé au fur et à mesure des différents articles du projet, selon qu'ils leur sont ou non applicables. Outre les éléments contenus dans le cœur de l'étude d'impact relatifs à la parité, selon les articles du projet de loi, une annexe (annexe n°2) à part entière porte sur l'égalité entre les hommes et les femmes, tout comme est jointe une annexe relative au plan métier (annexe n°1), compte-tenu de l'importance qu'il revêt pour renforcer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées.

La programmation des moyens

L'article 17 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2013 du 3 décembre 2012 prévoit l'instauration de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Celle-ci est prélevée depuis avril 2013 à hauteur de 0,3 % sur les pensions de retraite, de préretraite (pour les salariés et non-salariés) et d'invalidité, dès lors que l'impôt sur le revenu acquitté par les bénéficiaires de ces pensions dépasse 61 euros. Les retraités les plus modestes en sont donc exonérés.

Cette recette sera, dès la mise en œuvre de la loi, intégralement affectée au financement de la réforme.

L'équilibre financier sera ajusté au fur et à mesure de la montée en charge des mesures nouvelles, et s'appuiera en particulier, pour la première étape, sur la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), soit un montant estimé à 645 millions d'euros par an. La CASA répondra bien à sa vocation et sera affectée à cet objet dès l'entrée en vigueur de la loi.

S'agissant du volet anticipation et prévention de la loi, l'un des enjeux majeurs consiste à développer les aides techniques, qui constituent un facteur clé de prévention (en évitant par exemple les chutes) et permettent aux âgés de vivre à leur domicile y compris lorsqu'ils subissent une perte d'autonomie. Il s'agit de donner la priorité au domicile lorsque cette solution est souhaitée par la personne âgée et adaptée à ses besoins. Ainsi 140 millions d'euros seront consacrés à une meilleure solvabilisation des aides techniques et au financement des actions collectives de prévention dans le cadre des moyens délégués aux départements, dont ils décideront l'usage avec leurs partenaires au sein d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, créée par la loi.

Les départements seront également appelés à piloter un nouveau « forfait autonomie », qui permettra de conforter et renforcer les actions de prévention réalisées par les logements-foyers, renommés « résidences autonomie », pour un montant de 40 millions d'euros à l'issue de la montée en charge du dispositif.

L'adaptation de la société au vieillissement, comme la priorité donnée au domicile, imposent de conduire un effort particulier dans le domaine du logement des âgés. La première priorité consistera à soutenir l'effort d'adaptation des logements privés, qui sera notamment porté par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), dans le cadre d'un « plan » pour l'adaptation de 80 000 logements privés sur la période 2014-2017. Le financement de ce plan sera assuré par l'ANAH (47 millions d'euros en 2014) dont le budget sera abondé d'un versement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un montant de 40 millions d'euros.

Dans le même objectif, le recours au microcrédit pour financer les travaux d'adaptation sera favorisé. Une fraction de la CASA, à hauteur de 4 millions d'euros, sera utilisée à cette fin, pour constituer ou abonder un fonds de garantie et permettre de développer cette offre de financements pour celles et ceux qui n'ont pas accès au crédit bancaire classique. Ces fonds reviendront à la CNSA dès 2018 et la fin du plan national d'adaptation des logements. Ce dispositif de microcrédit permettra de compléter les financements mis en place par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'ANAH, quand ces derniers ne couvrent pas l'intégralité du coût de l'investissement.

Outre les logements traditionnels, l'offre de logements dits « intermédiaires » permet de répondre aux besoins des âgés qui ont besoin d'un accompagnement pour préserver leur autonomie. 40 millions d'euros seront consacrés sur deux ans à un plan d'aide à l'investissement, qui bénéficiera aux « résidences autonomie », en complément des 10 millions déjà attribués en 2014. Par ailleurs, 1 million d'euros sera consacré chaque année pour la formation des accueillants familiaux.

Le volet « accompagnement de la loi » vise à rendre effectif le droit des âgés à vivre à leur domicile. Pour concrétiser cet engagement, la loi renforce l'allocation personnalisée d'autonomie. Chaque année 375,65 millions d'euros supplémentaires seront consacrés à l'APA à domicile. Pour permettre d'augmenter le niveau d'aide dont pourront bénéficier les âgés à domicile, les plafonds d'aide de l'APA seront revalorisés, quel que soit le groupe iso-ressources (GIR) de la personne, pour un montant estimé à 153 millions d'euros par an à l'issue de la montée en charge (hors impact du nouveau ticket modérateur sur les nouveaux plafonds). Pour diminuer le reste à charge à domicile des personnes dont les plans d'aide sont les plus lourds, le ticket modérateur sera diminué, représentant un effort financier supplémentaire de 197 millions d'euros par an.

Le renforcement de l'APA participe de la refondation de l'aide à domicile. Celle-ci passe également par une amélioration de la qualité de l'intervention à domicile et par un renforcement de la qualification et de la coordination des intervenants. La professionnalisation et la diversification des services rendus par les services d'aide à domicile doivent être prises en considération et valorisées. Un effort est également réalisé pour permettre l'agrément par l'Etat de deux avenants importants pour la branche de l'aide à domicile concernant la situation des bas salaires et la revalorisation des indemnités kilométriques pour un montant annuel de 25,65 millions d'euros.

La reconnaissance du rôle des aidants et le renforcement de l'aide aux aidants sont des objectifs prioritaires de la loi. Un « droit au répit » est créé afin de permettre à l'aidant d'une personne très peu autonome de s'absenter quelques jours en garantissant que le relais sera pris auprès de l'aidé (heures d'aide supplémentaires à domicile voire présence continue ou accueil exceptionnel en accueil de jour ou recours à un hébergement temporaire). De plus, un dispositif d'urgence est mis en place pour accompagner les âgés dont l'aidant est hospitalisé. Près de 80 millions d'euros par an seront consacrés à ces deux dispositifs. En outre, les moyens de la CNSA sont élargis pour contribuer au financement d'actions de soutien et d'accompagnement des aidants, à hauteur de 5 millions d'euros par an.

Les montants financiers figurent dans la présente étude d'impact à titre indicatif : ils correspondent aux moyens financiers supplémentaires qu'il est envisagé d'allouer aux mesures prévues dans le cadre de ce projet de loi d'orientation et de programmation. L'engagement effectif de ces moyens relève annuellement des lois financières, puis des documents budgétaires de la CNSA.

Tableau récapitulatif des dépenses prévisionnelles en année pleine

<i>VOLET ANTICIPATION ET PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE</i>	185 000 000 €
Améliorer l'accès aux aides techniques et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Développer les actions collectives de prévention – Articles 3 et 4	140 000 000 €
Créer un forfait autonomie en logements-foyers permettant de développer les actions de prévention – Article 11	40 000 000 €
Contribution au Fonds de compensation du handicap	5 000 000 €
<u><i>VOLET ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT</i></u>	<u>84 000 000 €</u>
<u><i>Financement sur la CASA au cours de la montée en charge</i></u>	
<u><i>Garantir le financement d'un plan autonomie géré par l'ANAH pour l'adaptation de 80 000 logements privés (dépense sur deux ans) – cf. rapport annexé</i></u>	<u>40 000 000 €</u>
<u><i>Fonds de garantie du microcrédit (dépense sur 3 ans) – cf. rapport annexé</i></u>	<u>4 000 000 €</u>
<u><i>PAI pour les résidences autonomie (dépense sur 2 ans)- cf. rapport annexé</i></u>	<u>40 000 000 €</u>
<i>VOLET ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE</i>	460 000 000 €
APA DOMICILE : Revaloriser le plafond des plans d'aide (en prenant en compte l'impact de la baisse du ticket modérateur) – Articles 29	153 000 000 €
APA DOMICILE : Alléger le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds (diminution du ticket modérateur) – Article 29	197 000 000 €
APA DOMICILE : Améliorer les conditions de travail du secteur de l'aide à domicile – cf. rapport annexé	25 000 000 €
Consolider les moyens de la CNSA pour élargir les aides aux actions de soutien et d'accompagnement des aidants – Article 8	5 000 000 €
Appui et formation pour l'accueil familial – Article 8 et chapitre V du titre III	1 000 000 €
Créer un droit au répit pour les aidants – Article 36	78 000 000 €
Prendre en charge les aidés dont l'aidant est hospitalisé – Article 36	
TOTAL des financements sur la CASA à l'issue de la montée en charge	645 000 000 €

TITRE I - ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE (articles 3 à 8)

Chapitre 1er : l'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention

Articles 3 à 5 - Conférence des financeurs

I. Diagnostic et justification de l'intervention

Les aides techniques ainsi que les actions collectives ont un rôle primordial pour retarder la perte d'autonomie, d'une part afin d'induire des changements de comportement et permettre l'appropriation de messages de prévention, et d'autre part pour améliorer la sécurité, faciliter le soutien à domicile et rassurer l'entourage de la personne.

Concernant tout d'abord des aides techniques, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet théoriquement de contribuer à leur prise en charge dans le cadre du plan d'aide, conformément aux dispositions de l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles. Toutefois, malgré l'existence de cette prestation, le besoin reste mal satisfait. Les aides techniques paraissent sous prescrites au regard de leur utilité pour les personnes âgées et il subsiste d'importants restes à charge. Ainsi, les aides techniques ne représentaient en 2002 que 8% du plan d'aide moyen, les besoins en aide humaine au domicile étant souvent importants et étant privilégiés au regard des plafonds de prise en charge. 50% des allocataires de l'APA déclaraient avoir besoin d'au moins une aide technique ou d'un aménagement de leur logement, non financé par l'APA (*Etude DREES 2005*). Le caractère mensuel du versement de l'APA est également peu adapté pour des dépenses ponctuelles qui peuvent être élevées. De plus, dans une grande majorité des cas, le manque de compétences en ergothérapie dans les équipes médico-sociales des départements rend difficile l'évaluation des besoins.

Les caisses de retraite interviennent par ailleurs en matière d'aides techniques, pour les personnes ne relevant pas de l'APA, et ce parfois en coordination avec l'agence nationale de l'habitat (ANAH). Mais cette offre reste variable selon les caisses.

S'agissant des actions collectives de prévention, de nombreuses initiatives ont vu le jour mais elles restent à ce stade disséminées, peu lisibles et peu identifiables par les âgés. Les acteurs sont nombreux, mais éparpillés. L'insuffisance de programmation et de coordination met en exergue l'absence du cadre stratégique que procurerait un plan national pour la promotion de la prévention collective.

II. Description des objectifs poursuivis

Le présent projet de loi vise dès lors, dans un objectif d'amélioration des politiques de prévention de la perte d'autonomie, à favoriser le soutien à domicile des personnes âgées en confiant aux départements, qui bénéficieront en outre d'un concours financier de la CNSA, la présidence d'un dispositif départemental *ad hoc*, dit conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

La création de ce dispositif, prévu aux articles 2, 3 et 4 du présent projet de loi, répond à trois objectifs stratégiques :

- permettre aux acteurs actuels de poursuivre et de développer les actions de prévention qu'ils mènent déjà pour faire face aux besoins sur les territoires, en coordonnant leurs interventions ;
- offrir de véritables leviers d'actions supplémentaires aux différents partenaires en matière de prévention ;
- aboutir à une simplification et une amélioration pour les usagers concernés, grâce aux échanges entre les différentes parties prenantes au sein de la conférence.

Par ailleurs, ce dispositif permettra :

- d'améliorer le financement pour les personnes âgées et de faciliter le recours aux aides techniques, par le recours à des achats groupés ou à des centrales d'achat,
- de développer les actions collectives de prévention, dans le cadre d'une stratégie coordonnée entre les différents acteurs locaux et d'une planification sur les territoires,
- de soutenir les actions de prévention menées dans les résidences autonomie ou mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes âgées,
- de soutenir des actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie.

A titre illustratif, ce dispositif aura les impacts suivants :

- Il facilitera l'accès des personnes âgées, notamment des plus modestes, aux dispositifs de téléassistance et de domotique (comme par exemple les chemins lumineux antichute). Actuellement, 4% des personnes âgées de plus de 60 ans disposent d'une téléalarme (soit 556 000 personnes). Il s'agit du deuxième besoin le moins satisfait exprimé par les personnes âgées (Etude DREES 2003), ce qui représente 3% des personnes âgées (Etude DREES 2012). Le dispositif développera également les aides à la mobilité, sachant que 134 000 personnes âgées ont besoin d'une première aide à la mobilité et 132 000 d'une deuxième aide à la mobilité (Etude DREES 2012). Pour ce faire, le dispositif pourra promouvoir la mise en place de marchés publics.
- Il donnera des moyens supplémentaires pour développer des programmes intégrés d'actions collectives ciblées autour des priorités fixées par l'Etat (activité physique adaptée, marche-mobilité-équilibre, prévention des chutes, nutrition, sommeil...). En 2013, les ateliers prévention de la CNAV et des CARSAT ont profité à 35 000 retraités. Les objectifs sont de doubler le nombre des bénéficiaires d'ici à 2017 et de proposer une offre accessible sur tout le territoire dans le cadre de la démarche inter régimes.
- Il décidera de la programmation des actions d'animation au sein de chaque résidence autonomie éligible au forfait autonomie (cf. article 11, 10° du projet). Ces actions seront tournées sur un objectif de prévention relatives par exemple à la nutrition, l'accès aux droits ou encore la stimulation cognitive.
- Il permettra par ailleurs de développer la mission de préservation ou de restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne des services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées, conformément à l'article D. 312-6 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agira de promouvoir

des actions de prévention telles que la lutte contre l'isolement, la formation à une alimentation équilibrée ou encore l'aide aux déplacements.

- Il permettra enfin de proposer aux proches aidants de personnes âgées des actions de soutien (information, formation, soutien psychologique, échanges entre pairs...) sur l'ensemble du territoire départemental, sur la base d'une analyse commune aux différents financeurs actuels de ces actions (département, ARS, caisse de retraite de base et complémentaire) de l'offre existante et des besoins non couverts.

III. Options possibles et nécessité de légiférer

Il n'existe pas jusqu'à présent d'instance formalisée chargée de coordonner les acteurs de la prévention afin de financer des actions individuelles et collectives de prévention. Il s'agit donc de créer un dispositif nouveau, associé à un financement national supplémentaire et pérenne. Le recours à une disposition législative est dès lors nécessaire.

Le renforcement de l'APA, qui permet déjà le financement d'aides techniques individuelles, s'il modifierait moins l'ordonnancement juridique, en s'appuyant sur une prestation existante, ne permettrait pas de répondre à l'objectif global de prévention dans la mesure où, d'une part, l'APA ne peut être versée aux personnes valides (en GIR 5 et 6) et, d'autre part, elle ne finance pas les actions collectives.

La création d'un fonds dédié aurait quant à elle été beaucoup plus lourde en gestion pour l'ensemble des acteurs, tant au niveau local que national.

L'option retenue présente au contraire des avantages en termes de souplesse de fonctionnement local. Ce dernier sera en effet défini par les membres eux-mêmes, dans le règlement intérieur. Il est attendu de la mesure une coordination des acteurs et un « effet de levier » sur les financements qu'ils consacrent à la prévention de la perte d'autonomie.

La mesure est financée, pour ce qui concerne les départements, par une enveloppe dédiée de 180M€. Du point de vue des démarches des usagers, le dispositif est neutre. Il n'est en effet pas prévu que la conférence des financeurs se substitue aux différentes équipes évaluant les besoins. En revanche, ces équipes sauront mieux à quel acteur recourir du fait de l'élaboration, par l'ensemble des financeurs potentiels d'un programme coordonné de prévention.

IV. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Présentation synthétique de l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales des dispositions envisagées

Si le présent projet de loi n'a pas d'impact en termes macroéconomique et environnemental, il comporte des impacts microéconomiques, financiers, budgétaires et sociaux.

2. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

- Impacts économiques

En termes microéconomiques, le recours à des modes d'achat et de mise à disposition innovants d'aides techniques devrait impacter, à court terme les prix de ces aides à la baisse pour les usagers, et à plus long terme favoriser une régulation des prix du marché. Une expertise informelle entre la DGCS et l'UGAP a permis de mettre en exergue une économie pouvant aller sur certains produits jusqu'à 30%. En contribuant à assurer la solvabilité de ces aides, il favorise en outre le développement de la filière silver-économie. Le projet de loi prévoit en effet la promotion de centrales d'achat d'aides techniques, pouvant porter par exemple sur la téléassistance. En parallèle, le contrat de filière silver-économie, signé le 12 décembre 2013, prévoit la définition d'un cadre national d'achat pour la téléassistance (action 1.5). La conférence des financeurs, avec les moyens financiers qui lui seront délégués, permettra également de créer de nouvelles possibilités de financement des gérontechnologies, qui font partie intégrante de la filière silver-économie.

- Impacts financiers et budgétaires

La fraction de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) affectée au financement de cette mesure pour les départements sera inscrite, conformément aux dispositions prévues aux articles 3 et 4 du projet de loi, à la section V du budget de la CNSA.

- Impacts sociaux

Le présent projet de loi améliore la prévention de la perte d'autonomie et le soutien à domicile en favorisant l'élaboration d'un programme coordonné des actions de prévention et des moyens qui y seront consacrés par les différents acteurs territoriaux compétents en la matière. Les financements de chacun de ces acteurs seront ainsi mis en perspective au regard des besoins du territoire.

- Impacts sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Il est important de préciser à ce sujet les conditions de vie des femmes et des hommes âgés, parmi lesquelles on constate une plus grande précarité des femmes âgées. En effet, à l'écart de revenu entre femmes et hommes croissant avec l'âge, s'ajoute la circonstance que dans l'actuelle génération de personnes très âgées, la plupart des femmes ont peu ou pas cotisé et, par la suite, perçoivent des pensions de droit propre très faibles, une pension de réversion ou bien le minimum vieillesse. Ainsi, les femmes âgées de plus de 75 ans sont dans une situation plus défavorable que les hommes du même âge. Leur taux de pauvreté dépasse de plus de 5 points celui des hommes¹. À titre d'illustration, le montant de retraite perçu par les femmes est nettement plus faible que celui des hommes : en 2008, les hommes percevaient en moyenne par mois, un montant total de pension brut de 1 749 euros, alors que les femmes disposaient de 1 165 euros mensuels, soit un montant inférieur de 33 % à celui des hommes². Toutefois, il est important de préciser que les écarts de droits propres entre femmes et hommes se réduisent peu à peu, sans pour autant se résorber dans les prochaines décennies. Il existe chez les retraitées un lien systématique entre l'âge et le montant de la retraite de droit direct perçu : plus les retraitées sont jeunes, plus elles bénéficient de prestations réduites car elles ont eu plus fréquemment des carrières complètes.

¹ Ministère des Droits des femmes, *Chiffres clés de l'égalité entre les femmes et les hommes*, édition 2012, Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cava-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2010.

² *Ibid*, Source: EIR 2008, DREES.

Ainsi, les mesures prévues dans ces articles visant à développer et à soutenir les actions de prévention de la perte d'autonomie, auront un levier direct auprès des publics les plus précaires, composé en grande majorité de femmes âgées.

3. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Le présent projet de loi n'a pas d'impact global, positif ou négatif, sur l'emploi public. Les départements ont la responsabilité de présider la conférence, d'en organiser les travaux et d'en assurer le secrétariat. Les membres obligatoires (dont l'ARS, l'ANAH et les régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie) doivent désigner un ou des représentants et participer à la conférence. Les autres collectivités territoriales ou membres volontaires devront également désigner un ou des représentants et ainsi participer régulièrement à la conférence.

La CNSA aura la responsabilité de verser les concours aux départements (forfait autonomie, accès aux aides techniques et actions collectives de prévention), de collecter les rapports d'activité et les données nécessaires au suivi et enfin d'animer le réseau des conférences en vue de favoriser l'équité entre les différents territoires.

4. Impact sur les personnes physiques et morales

La conférence des financeurs est ouverte à toute personne physique ou morale souhaitant participer à ses travaux, dès lors qu'elle participe au financement des politiques de prévention de la perte d'autonomie sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

V. Textes d'application

Un décret en Conseil d'Etat sera nécessaire pour l'application de ces dispositions.

VI. Présentation des consultations menées

Consultations obligatoires

Organismes de sécurité sociale au titre notamment de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale.

Consultations non obligatoires

Conseil national des retraités et des personnes âgées, associations représentant les personnes âgées, Assemblée des départements de France dans le cadre de la concertation préalable à l'élaboration du projet de loi.

VII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

1. Présentation des moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention

Le présent chapitre prévoit qu'un décret en conseil d'Etat précisera ses modalités d'application. Un décret spécifique à la détermination des conditions des ressources des bénéficiaires pour l'accès aux aides techniques est également prévu.

En termes de moyens budgétaires, une fraction de la CASA sera affectée à la section V du budget de la CNSA, qui versera ensuite les concours aux départements.

En termes de moyens organisationnels, le président du conseil général, en sa qualité de président de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, veillera à mettre à disposition un secrétariat ainsi que des locaux de réunion.

2. Présentation du suivi de la mise en œuvre

Le projet de loi prévoit une remontée d'informations des départements à la CNSA, au plus tard le 30 juin de chaque année. Les informations requises sont les suivantes :

- Le nombre de demandes et d'actions financées par le département dans le cadre de la conférence, par type d'actions,
- Les dépenses par type d'action,
- Le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires des actions.

Le défaut de transmission de ces informations fait obstacle à tout nouveau versement au département à ce titre.

3. Evaluation

Les informations communiquées par les départements permettront à la CNSA de conduire l'évaluation du dispositif.

Chapitre 2 : l'action sociale inter régimes des caisses de retraite

Articles 6 et 7 - Coordination des caisses de retraite entre elles et avec les départements

I. Diagnostic et justification de l'intervention

Les organismes d'assurance maladie et d'assurance vieillesse développent auprès de leurs ressortissants une action sociale de prévention et de lutte contre l'exclusion consignée dans les conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion qu'ils signent avec l'Etat.

La loi du 20 juillet 2001 et la création de l'allocation personnalisée d'autonomie ont recentré l'action sociale des régimes de retraite sur la prévention précoce, la préservation de l'autonomie et l'accompagnement des personnes âgées autonomes (relevant des GIR 5 et 6 de la grille Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources -AGGIR), non éligibles à la nouvelle prestation. L'enquête « handicap santé 2008 » de l'INSEE estimait à 516.000 le nombre de personnes en GIR 5 et 6 ayant besoin d'être aidées dans leurs activités domestiques et de la vie courante, mettant en évidence l'importance du non recours aux aides résultant de l'insuffisance et de la complexité des dispositifs.

En mai 2011, les conseils d'administration de la CNAV, de la MSA et du RSI ont adopté une déclaration commune affirmant leur implication dans une politique active à destination des retraités. Un comité de pilotage de coordination des politiques d'action sociale et de prévention de la perte d'autonomie en faveur des retraités fragilisés CNAV-MSA-RSI,

installé le 17 juillet 2012, donne l'impulsion aux convergences entre leurs politiques d'action sociale respectives et à leur déclinaison sur les territoires.

Cette situation appelle une nouvelle étape dans la dynamique inter-régimes ainsi amorcée, d'une part, pour asseoir une approche commune, interbranches, maladie-vieillesse de l'action sociale et de ses bénéficiaires, d'autre part, pour formaliser une offre commune coordonnée et mutualisée, également accessible sur les territoires, de parcours de prévention garantissant l'équité de traitement des retraités, quel que soit leur régime d'affiliation. Elle implique de faire face à deux enjeux :

- se doter des outils de détection des personnes présentant un risque élevé de perte d'autonomie et les plus éloignées de l'accès aux droits, lesquelles doivent constituer la cible prioritaires d'actions proactives de prévention,
- et assurer un continuum dans l'accompagnement des personnes en posant le principe de la reconnaissance mutuelle, par les départements et les caisses de sécurité sociale, de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées dont ils ont la charge.

Le présent chapitre prévoit en conséquence que la CNAV, le RSI et la MSA concluent avec l'Etat une convention fixant les principes et les objectifs de la politique coordonnée de préservation de l'autonomie conduits par les régimes qu'ils gèrent.

II. Objectifs

Mettre la préservation de l'autonomie au cœur des politiques publiques de l'âge et développer une culture de la prévention, qui fait l'objet du titre I du présent projet de loi relatif à l'anticipation de la perte d'autonomie, implique :

- d'améliorer l'accès aux droits et d'identifier, à partir des informations disponibles, les ressortissants que leur situation sociale, leur état de santé et leur environnement qualifient pour bénéficier en priorité des prestations d'action sociale et de prévention des organismes de sécurité sociale ;
- d'ériger, à la demande et avec le soutien de l'Etat, la démarche et la coordination inter-régimes comme le mode d'exercice de l'action sociale des régimes de retraite de base et complémentaires, en concordance avec les conventions d'objectifs et de gestion et avec les objectifs d'équité et d'accessibilité ;
- d'assurer la continuité et la fluidité des prises en charge et des accompagnements en posant la règle de l'opposabilité des évaluations de la perte d'autonomie entre départements et caisses de retraite, afin de simplifier la vie et les démarches des personnes âgées.

III. Nécessité de légiférer

Le recueil et l'échange d'informations individuelles, même rendues anonymes, entre organismes autorisés à les détenir - en l'occurrence les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale (aussi bien les régimes vieillesse que les régimes d'assurance maladie)- nécessitent une habilitation législative tandis qu'un décret en Conseil

d'Etat, pris après avis de la Commission informatique et libertés, en fixera l'étendue et en encadrera les modalités.

L'action sociale et de prévention des caisses de retraite et les conventions d'objectifs et de gestion qui en fixent les objectifs et les budgets figurent dans la partie législative du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime. Faire de la démarche inter-régimes le fondement de l'action sociale de ces caisses nécessite une assise législative.

Enfin, il importe que l'opposabilité des évaluations ne soit pas laissée à l'initiative ou à la bonne volonté des organismes qui en ont la charge mais devienne la règle commune d'une prise en charge des personnes âgées sans rupture de prestation et/ou de parcours, qui oblige également les départements et les caisses de retraite.

IV. Impacts des dispositions

- impact économique, financier et budgétaire

La mutualisation de l'offre de prévention, des outils et des prestations est un facteur évident d'une meilleure distribution sur le territoire et d'une meilleure accessibilité ; elle met fin aux doublons et favorise l'efficacité d'actions ainsi mises en cohérence et rendues visibles à ceux qu'elles concernent. L'opposabilité des évaluations devrait ainsi libérer du temps et des moyens humains au profit des personnes âgées et de leur accompagnement.

- impact social

Ces dispositions sont de nature à permettre aux publics présentant le risque de perte d'autonomie le plus élevé et qui en sont les plus éloignés d'accéder aux droits et prestations qui les concernent (personnes en situation de rupture telles qu'une hospitalisation, un veuvage, personnes en situation de précarité, travailleurs migrants...) et donc à accroître l'efficacité des politiques de prévention et à réduire les inégalités en termes de vie et de santé que le vieillissement accentue (renoncement aux soins dentaires, lunettes, prothèses auditives).

V. Textes d'application

Un décret en Conseil d'Etat est prévu pour définir les modalités d'échanges d'informations sur leurs ressortissants entre les caisses d'assurance maladie et les caisses d'assurance vieillesse.

VI. Présentation des consultations menées

Consultations obligatoires

Organismes de sécurité sociale au titre de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale.

Consultations non obligatoires

Conseil national des retraités et des personnes âgées, associations représentant les personnes âgées, réseau associatif fédéré dans la cadre de la mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés, ADF, AMF, CNSA, dans le cadre de la vaste concertation préalable à l'élaboration du projet de loi.

Par ailleurs, la CNIL a été saisie du projet de loi le 17 février 2014 et a rendu son avis le 3 avril 2014

Chapitre 3 : lutte contre l'isolement

Article 8 - Modification des contours de la section IV du budget de la CNSA

I. Diagnostic et justification de l'intervention

La crise de la canicule, en 2003, a mis en lumière l'isolement dont souffrent de très nombreuses personnes âgées. Cette situation a un impact non seulement sur la qualité de vie des personnes concernées, mais aussi sur la santé publique, car l'isolement entraîne le déclin cognitif des personnes âgées.

Malgré l'importance du rôle des bénévoles intervenant auprès des personnes âgées isolées, à l'heure actuelle, la CNSA ne concourt pas à leurs dépenses de formation.

Par ailleurs, la CNSA peut prendre en charge des dépenses de formation des personnels des services d'aide et d'accompagnement apportant au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées, mais il lui est à ce jour impossible de contribuer au coût de la formation de leurs autres personnels.

Enfin, si l'article L.14-10-5 indique qu'elle finance les dépenses de professionnalisation des métiers du domicile, cette rédaction ne désigne pas clairement la formation des aides à domicile en emploi direct.

II. Objectifs

L'objet de l'article 8 est à la fois :

- de permettre à la CNSA de financer la formation et le soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- d'élargir le champ des actions que peut soutenir la CNSA à l'accompagnement des proches aidants des personnes âgées, ce qui inclut leur formation, déjà éligible, mais aussi différentes actions de soutiens telles que les cafés des aidants, les groupes de pairs, etc.
- de permettre à la CNSA de financer la formation des personnels administratifs des services à domicile et des personnes directement employées au domicile ;
- d'abonder pour ce faire la section IV du budget de la CNSA d'une fraction du produit de la CASA.

Le rapport consacré à la mobilisation nationale pour la lutte contre l'isolement des personnes âgées (Monalisa) commandé par la ministre délégué aux personnes âgées et à l'autonomie a été remis le 12 juillet 2013 devant plusieurs centaines de bénévoles et l'ensemble des grands réseaux associatifs.

Deux chartes adoptées en octobre 2013 ont pour objet de structurer l'organisation et le déploiement du projet :

- La charte nationale Monalisa définit les principes de fonctionnement et les engagements de partenaires engagés dans Monalisa,
- La charte de l'équipe citoyenne définit la constitution et les missions des équipes citoyennes Monalisa, permettant ainsi le déploiement du projet sur tout le territoire.

Plusieurs départements témoins abordent désormais une phase d'expérimentation (Gard, Lot, Nord, Gironde, Val de Marne, Creuse, Nièvre et Moselle).

III. Nécessité de légiférer

Les charges financées par la section IV de la CNSA et les recettes de cette section sont prévues au IV de l'article L.14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. L'ajout d'une nouvelle recette et de nouvelles natures de charges nécessite donc un texte législatif.

IV. Impacts des dispositions

L'article prévoit l'affectation à la section IV de 4% au plus de la fraction du produit de la CASA affectée à la section V de la CNSA.

Cette disposition contribuera au déploiement du bénévolat de type associatif, afin de faire de la lutte contre l'isolement des âgés un axe majeur de l'implication citoyenne (déploiement d'équipes citoyennes autour des âgés avec référents qualifiés d'équipes). La formation des équipes participera notamment de la mise en cohérence des actions de lutte contre l'isolement menées aujourd'hui de façon distincte sur le terrain.

Elle est de nature à lutter contre l'isolement des femmes âgées, qui sont plus nombreuses que les hommes.

Elle permettra, tant par l'élargissement du périmètre des actions visant les proches aidants éligibles que par les moyens financier complémentaires dédiés, d'augmenter le nombre et la diversité des actions de formation et d'accompagnement des proches aidants tant des personnes handicapées que des personnes âgées proposées sur les territoires, et d'assurer une plus grande équité territoriale dans l'accès de ces aidants aux soutiens qui leur seraient utiles.

En pratique, l'objectif est d'inclure dans toutes les conventions signées entre la CNSA et les départements pour la modernisation de l'aide à domicile un volet « aidant », qui ne figure actuellement que dans un tiers environ de conventions. Les actions cofinancées dans ce cadre auront fait l'objet au préalable d'une programmation dans le cadre de la conférence des financeurs prévue par l'article 3 du projet de loi.

Sa mise en œuvre nécessitera des dispositions réglementaires en vue d'adapter les articles R.14-10-49 à R.14-10-51 à l'élargissement du périmètre de la section IV opérée par la loi.

V. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires :

Conseil national des retraités et des personnes âgées, associations représentant les personnes âgées, réseau associatif fédéré dans la cadre de la mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés, assemblée des départements de France, association des maires de France, conseil national consultatif des personnes handicapées, dans le cadre de la concertation préalable à l'élaboration du projet de loi.

TITRE II - ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT (articles 9 à 28)

Chapitre 1er : vie associative (articles 9 et 10)

Articles 9 et 10 - Attestation de tutorat et volontariat civique sénior

I. Diagnostic et justification de l'intervention

En France, le bénévolat des âgés constitue une ressource importante pour le secteur associatif qui doit, pour dynamiser ses projets et activités, faire face à un besoin constant de renouvellement des bénévoles engagés. En 2013 près de 4 millions (3 900 000), soit 30 % des 12 700 000 bénévoles associatifs ont de plus de 65 ans. En outre, de nombreux bénévoles de plus de 65 ans³ y assument des responsabilités ; ils représentent en effet 48 % des présidents d'associations.

Si le nombre de bénévoles ne cesse de croître, le secteur associatif est confronté à un phénomène de distorsion de la pyramide des âges. Au 1^{er} janvier 2013, 17,5 % des 65,8 millions d'habitants en France, sont âgés d'au moins 65 ans ; soit 1,4 point de plus qu'en 2003⁴, le nombre de 60 ans ou plus a augmenté de 23,4 % en dix ans. Leur part devrait atteindre 31% en 2035 selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), progressant ensuite à un rythme moins soutenu.

Cette évolution devrait se traduire par un engagement associatif accru. Toutefois, le taux d'engagement des aînés progresse moins vite que l'engagement bénévole en général depuis 2010. Celui des plus de 65 ans est ainsi passé de 38 à 36 % - alors qu'il s'accroît fortement pour les autres tranches d'âge.

L'évolution démographique de la France s'accompagne donc d'une modification des comportements : les « nouveaux » âgés, contrairement à leurs aînés, ont une implication plus disparate et choisissent souvent d'autres formes d'activités que l'engagement associatif bénévole : cumul emploi-retraite, engagement informel, familial ou occasionnel.

Cependant les besoins sociaux augmentent, notamment dans les domaines relevant de la solidarité nationale et du fait du vieillissement de la population. Ceci constitue un défi pour les associations.

On estime à plus de 1.7 milliard d'heures le volume de travail bénévole en 2011 soit 1.072.000 ETP en 2011⁵. En revanche, les acteurs du monde associatif estiment que 42,2 % des structures peinent à renouveler leurs dirigeants et que 33 % ont du mal à trouver les bénévoles dont les qualifications leur seraient utiles. La professionnalisation du secteur nécessite par ailleurs la mobilisation de compétences et de savoir-faire spécifiques pour lesquels des anciens actifs constituent une importante plus-value.

³ Enquête IFOP 2013 pour France Bénévolat et le Crédit Mutuel

⁴ INSEE – tableau de l'économie française. Edition 2013

⁵ Tchernonog V, Le paysage associatif français – Juris Editions 2013

II. Objectifs

Le chapitre consacré à la vie associative a pour objet de favoriser l'intégration sociale des âgés par la reconnaissance de leur utilité sociale solidaire, tout à la fois en favorisant et en valorisant leur engagement au service de l'intérêt général.

Il s'agit de surcroît de consacrer leur action en faveur du renforcement de la cohésion sociale lorsqu'ils s'engagent, en qualité de tuteurs, dans une transmission intergénérationnelle.

Favoriser l'engagement des nouveaux aînés et garantir le transfert de connaissances dans une perspective d'échanges des savoirs intergénérationnels, de mixité sociale et de lien social constitue un enjeu important, dans un contexte de croissance de la vulnérabilité des publics.

L'investissement des âgés dans la vie associative irrigue les associations qui tirent utilement parti de la compétence de ces générations, au bénéfice de la collectivité et au service du lien social et de la solidarité, notamment intergénérationnelle. En outre, leur implication dans des activités associatives contribue à lutter contre l'isolement et la dégradation de l'image de soi. Elle participe donc non seulement de l'adaptation de la société au vieillissement, mais aussi de la prévention de la perte d'autonomie.

Favoriser l'engagement des âgés nécessite cependant une adaptation des missions et de leurs contraintes aux aspirations de cette nouvelle génération qui souhaite s'impliquer sans replonger dans le contexte contraint et minué de la vie professionnelle.

La reconnaissance symbolique de l'engagement au service de l'utilité sociale est essentielle à la réussite de la démarche : 74 % des bénévoles qui se sont engagés entre 50 et 60 ans indiquent l'avoir fait pour se rendre utile à la société⁶. Les enquêtes menées auprès de retraités mettent en évidence leur aspiration à des activités socialement reconnues, à « servir à quelque chose » et à établir un nouvel équilibre de vie marqué par la fin du travail rémunéré.

III. Etat du droit et nécessité de légiférer

Favoriser l'engagement des âgés au service de l'intérêt général, notamment dans une perspective intergénérationnelle, suppose de mettre en place une reconnaissance formelle de leur utilité sociale au travers d'un statut souple, adapté à leurs modalités particulières d'implication.

L'adoption d'un statut *sui generis* en dehors du cadre juridique du droit du travail nécessite de légiférer au minimum sur les personnes physiques et morales intéressées, de préciser l'absence de lien de subordination et de contrepartie financière à l'activité produite. Par ailleurs, le bénéfice de titre repas du volontaire exonéré de charges sociales et fiscales impose de légiférer.

L'article L.120-17 du code du service national qui prévoit qu'une attestation de service civique senior peut être délivrée, dans des conditions définies par l'Agence du service civique, à la personne qui contribue à la formation civique et citoyenne ou au tutorat des personnes

⁶ CerPhi-France bénévolat – La France bénévole 2008.

effectuant un engagement de service civique, n'est pas appliqué. Une amélioration rédactionnelle est nécessaire pour préciser le champ des personnes physiques concernées et les conditions de cette attestation.

Elle devait rendre plus visible le rôle des personnes âgées assurant une mission de tuteur ou contribuant à la formation civique et citoyenne d'un jeune engagé en service civique.

IV. Dispositif juridique

L'article 9 modifie l'article L.120-17 du code du service national afin de préciser qui sont les tuteurs âgés et de préciser la nature des transmissions de savoirs et de compétences attendues dans le cadre de ce tutorat intergénérationnel.

L'article 10 procède à la création d'un volontariat civique sénior, dispositions qui sont insérées au sein du code de l'action sociale et des familles en raison de la spécificité de ce volontariat. Il est réservé aux personnes âgées de soixante ans et plus justifiant de l'ouverture de leur droit à pension auprès du régime général ou d'un régime spécial d'assurance vieillesse. La mission d'intérêt général s'effectue auprès d'une personne morale à but non lucratif, en France ou à l'étranger. Les conditions et les modalités d'exécution de la collaboration entre le volontaire et la personne morale sont exclusives de tout lien de subordination et ne relèvent pas du code du travail. Le volontaire bénéficie du remboursement des frais réellement engagés dans le cadre de sa mission et peut bénéficier de titres-repas du volontaire exonérés de charges.

V. Impact de la disposition envisagée

Impact budgétaire

L'impact budgétaire prévu pour cette disposition reste faible ; il résulte pour l'essentiel de l'exonération de charges patronales et fiscales du titre-repas volontaire. Compte-tenu du plafond de valeur du titre ouvrant droit à exonération, 5.33 euros en 2014, le coût des exonérations de charges fiscales, contributions ou cotisations sociales est limité.

Le tuteur d'un engagé en service civique bénéficie d'une attestation, une carte portant reconnaissance de son engagement en qualité de tuteur dont le coût de maquettage et d'édition est à la charge de l'Etat. L'évaluation budgétaire est minime.

Impact social

L'investissement des âgés dans la vie associative contribue à lutter contre l'isolement et la dégradation de l'image de soi. Elle participe donc non seulement de l'adaptation de la société au vieillissement, mais aussi de la prévention de la perte d'autonomie.

Une corrélation positive a en effet été observée entre participation associative et bon état de santé⁷. Plusieurs études menées, notamment aux Etats-Unis, Canada ou au Pays-Bas ont

⁷ Rapport de recherche –Intérêts d'être bénévole, Novembre 2011.

démontré l'existence d'un lien direct entre activité bénévole et amélioration du bien-être physique et psychologique des âgés.⁸

Cette constante étudiée dans d'autres pays ne peut toutefois être évalué précisément à l'heure actuelle en France.

Impact économique

Cette mesure est sans impact économique.

Impact sur l'emploi

Les dispositions n'ont a priori pas d'impact sur l'emploi mais permettrait aux jeunes de bénéficier de connaissances et compétences transmises dans le cadre du tutorat qui peuvent favoriser leur accès au marché du travail.

Impact sur l'égalité entre femmes et hommes

Si le taux d'engagement bénévole des femmes est légèrement supérieur à celui des hommes, les premières représentant 51 % des 12.7 millions de bénévoles en 2013, on constate qu'il décroît fortement chez les femmes âgées de plus de 65 ans.

Compte tenu des évolutions démographiques et du nombre de femmes, proportionnellement plus nombreuses que les hommes, continuant à travailler après l'âge minimum de départ à la retraite, il convient de favoriser leur engagement en les aidant à passer cette étape et à trouver un cadre d'activité formalisé, adapté à leurs aspirations.

VI. Textes d'application

Un décret précisera les modalités d'organisation des relations entre le volontaire et la personne morale ainsi que les conditions de délivrance d'un certificat de volontaire civique senior et des titres-repas du volontaire.

VII. Consultation obligatoire

Conformément au décret n°2011-773, le Haut conseil à la vie associative est saisi de tous les textes législatifs et réglementaires comportant des dispositions spécifiques relatives au financement, au fonctionnement ou à l'organisation de l'ensemble des associations. Le volontariat civique senior qui favorise l'engagement des âgés au service de l'intérêt général notamment dans des associations impacte le fonctionnement et l'organisation humaine de celles-ci.

⁸ Bruder E, L'influence du bénévolat sur la santé des bénévoles, 2010

Chapitre 2 : habitat collectif pour personnes âgées (articles 11 à 15)

Section 1 : les résidences autonomie et les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées

Article 11 - Résidences autonomie

I. Etat du droit et diagnostic

1. Etat du droit actuel

Le logement foyer est défini à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation comme « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privés meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective* ». S'agissant de l'accueil de personnes âgées et de personnes handicapées, les logements-foyers sont également des établissements sociaux qui relèvent des 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Sont logements-foyers les établissements qui accueillent des résidents majoritairement autonomes puisque le GIR moyen pondéré de l'établissement en doit pas dépasser 300 et que le pourcentage de personnes âgées en GIR 1 et 2 ne doit pas dépasser 10% de la capacité autorisée de l'établissement. Au-delà de ces seuils les logements-foyers ont dû se transformer en EHPAD en application des dispositions de l'art. 48 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

Certains logements-foyers bénéficiaient cependant au 31 décembre 2005, d'une autorisation de dispenser des soins, ce qui leur a permis de conserver le bénéfice d'un forfait-soins leur permettant de financer la rémunération de professionnels soignants. Ce sont 298 établissements qui perçoivent ce « forfait soins ». La capacité installée correspondante atteint 17 985 places, et la somme totale versée par l'assurance maladie est estimée à près de 27 M€.

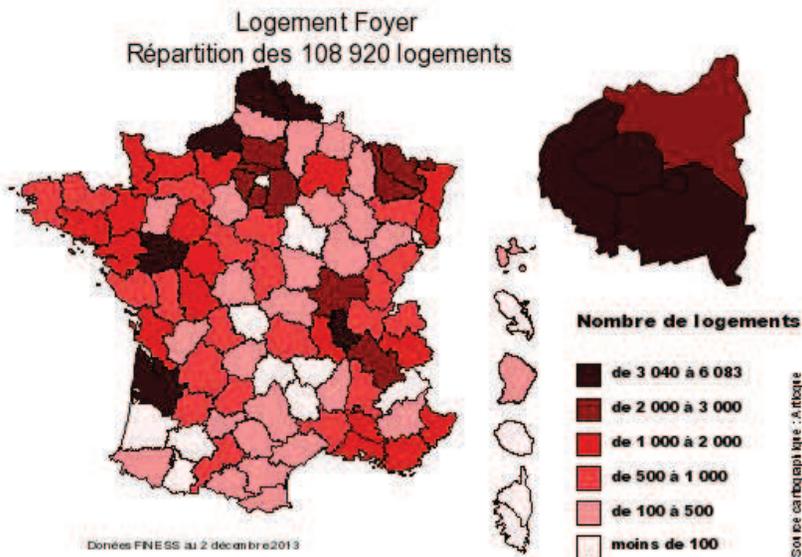
2. Diagnostic

Les logements-foyers pour personnes âgées autonomes se sont développés à compter des années soixante-soixante-dix dans le cadre des politiques d'amélioration de l'habitat. Le rapport Laroque de 1962 s'en est fait le promoteur et les définit comme des « *logements individuels assortis de services collectifs implantés dans un même immeuble ou à défaut à proximité immédiate* ».

Cette offre de logements indépendants (principalement des T1), est située le plus souvent en centre-ville et propose aux résidents des équipements et des services à la carte. Elle constitue un mode d'habitat « intermédiaire » entre le domicile et l'institution.

Sur les résultats de l'enquête EHPA 2011 conduite par la DREES, cette offre de logements foyers représente 108 920 places installées (15% des structures hébergeant des personnes âgées), réparties dans 2 233 logements foyers. 71 580 résidents étaient accueillis en logement-foyer au 31 décembre 2011, dont 63% relevant du GIR 6, 14% du GIR 5, 17% du GIR 4, 4% du GIR 3 et 2% du GIR 2 (A noter cependant que le GIR de 30% des résidents n'est pas renseigné).

Cette offre de logement foyer est relativement diffuse au niveau national avec quelques départements atypiques ; certains disposant d'une offre très limitée (Landes, Gers, Indre, Nièvre, Lozère...). A contrario, d'autres départements sont bien dotés (Seine-Maritime, Nord, Pas de Calais et Paris – petite couronne).



Majoritairement gérés par des centres communaux d'action sociale (près de 70 % du parc national), mais également par le secteur associatif non lucratif (28%), cette offre de logements souffre d'une faible visibilité. Elle apporte pourtant une réponse pertinente aux besoins de diversification des modes d'hébergement.

Il s'agit d'une offre habilitée à l'aide sociale à hauteur de 52 % (extraction FINESS de juillet 2013). Elle permet de faire face à l'isolement des personnes âgées valides ou devenues fragiles, à un coût pour les finances publiques et pour les résidents inférieur à celui des EHPAD (dont plus d'une place sur dix est actuellement occupée par des personnes valides).

Cette offre concerne un public plus jeune à l'entrée que celui accueilli en EHPAD ; son développement constitue donc une perspective plus immédiate pour faire face au choc démographique à venir.

Le contenu des éléments de diagnostic s'appuie largement sur les conclusions du rapport sur l'habitat collectif des personnes âgées, diligenté à la demande de la Ministre déléguée aux

personnes âgées. Rédigé par la Direction générale de la cohésion sociale dans le cadre d'un groupe de travail interministériel avec l'ensemble des fédérations gestionnaires de ces établissements, les bailleurs sociaux et l'ADF, de mars à septembre 2013, il a été publié en janvier 2014⁹.

De nouvelles formes d'habitat avec services se développent en dehors de la réglementation médico-sociale. Elles rencontrent dans l'ensemble un écho favorable auprès des personnes âgées et constituent un marché à part entière. S'il paraît opportun d'encourager cette évolution, compte-tenu des enjeux démographiques à venir, il est également nécessaire de rénover le cadre et l'action des établissements sociaux répondant aux besoins d'habitat avec services et relevant de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002.

Les formes d'habitat avec services ne constituent pas nécessairement une étape intermédiaire, au sein d'un « parcours résidentiel » qui commencerait au domicile ordinaire et s'achèverait en EHPAD. En effet, la plupart des résidents n'entrent jamais en EHPAD. Ce type d'habitat avec services constitue une réelle opportunité, un choix pérenne, et accessible financièrement, permettant de faire face dans de bonnes conditions au vieillissement de la population.

Dans ce contexte de besoins croissants et de moyens contraints, le projet de loi a pour ambition d'apporter une meilleure visibilité à ces établissements pour les rendre plus dynamiques et attractifs.

II. Le dispositif juridique proposé : un cadre rénové pour les résidences autonomie

Les dispositions de l'article L. 313-12 du CASF sont modifiées :

Il est proposé en premier lieu de modifier la dénomination des logements-foyers et de les désigner sous l'appellation de « résidences autonomie ». Cette mesure permettra de mieux identifier cette offre et de valoriser dans son appellation même la mission de prévention de la perte d'autonomie de ces établissements.

En deuxième lieu, l'article 11 du projet de loi confère aux résidences autonomie une mission de prévention concourant à préserver l'autonomie de leurs résidents, à organiser leur accès à des actions de prévention collectives et à faciliter, à leur demande, l'accès aux services d'aide et de soins. Il s'agit de systématiser cette mission dans l'ensemble des logements-foyers.

L'affirmation de la mission de prévention de la perte d'autonomie des résidences autonomie prévue par la loi est complétée par la mise en place d'un socle minimal de prestations devant être proposées aux résidents. Ces prestations, qui peuvent être ou non internalisées, sont un service de sécurité 24h/24h, un service de restauration, l'accès à un service de lingerie et l'organisation d'actions de prévention collective (nutrition, mémoire, sommeil, activités physiques, équilibre et prévention des chutes, lien social, qui jouent un rôle essentiel pour rester en bonne forme physique et psychologique). Ces prestations socles seront en outre opposables à l'issue d'un délai de 5 ans, au cours duquel les établissements pourront progressivement modifier leur organisation pour satisfaire cette exigence.

⁹ Ce rapport est consultable en ligne à l'adresse suivante : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportHabitatCollectifPA.pdf>

En troisième lieu, cet article prévoit le versement d'une aide modulable dite « forfait autonomie », aux logements-foyers ne percevant pas de forfait-soins. Cette aide est gérée par le département, et financée au moyen du concours qu'il reçoit de la CNSA. Elle sera versée sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens permettant notamment de définir les engagements de l'établissement à servir les prestations sociales précitées. Le forfait autonomie permettra le recours à des professionnels formés à l'accompagnement de publics présentant des fragilités psychologiques et/ou psychiques, et/ou sociales. Il permettra soit de recruter des personnels d'animation, au besoin mutualisés avec d'autres établissements, en charge de l'organisation et de la mise en œuvre de la mission de préservation de l'autonomie, soit de financer des intervenants externes réalisant des animations et/ou proposant des ateliers de prévention.

En quatrième lieu, cet article modifie les règles permettant de vérifier que l'établissement reste un lieu accueillant des personnes principalement autonomes. Il prévoit au I de l'article L. 313-12 du CASF de substituer au seuil actuel de dépendance moyenne de l'établissement, à savoir le « GIR moyen pondéré » 300, aujourd'hui difficile à évaluer et à tenir à jour, deux seuils calculés en pourcentage du nombre total des résidents, qui seront définis par décret (15% de personnes en GIR 3 et 10% de personnes en GIR 1 et 2).

Cette mesure a pour objectif de sécuriser les gestionnaires qui pourront désormais se référer à des règles claires portant sur la limitation de l'effectif des seules personnes en perte d'autonomie.

En cinquième lieu, cet article autorise, sous certaines conditions, l'accueil de personnes légèrement dépendantes. En effet, le dispositif crée une possibilité pour la résidence autonomie ayant passé une convention avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ou un professionnel de santé et avec un EHPAD, d'accueillir les personnes relevant de GIR 4.

Selon l'enquête DREES – EHPA 2011, 77% des résidents en logement foyer autonomie relèvent du GIR 5 et 6. Le Gir moyen pondéré (GMP) moyen est de l'ordre de 194, soit un GMP nettement inférieur au seuil réglementaire de 300, même si ce résultat est à nuancer au regard de l'absence de la mention du GIR pour 30% des résidents.

III. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Présentation synthétique de l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales des dispositions envisagées

Si le présent projet de loi n'a pas d'impact en termes macroéconomiques, il comporte des impacts financiers, budgétaires et sociaux.

Impact financier et budgétaire lié à la création du forfait autonomie

Sur la base du dernier recensement de la capacité installée en nombre de places de logements foyers, soit 108 920 places pour 2 233 logements foyers¹⁰ et des travaux menés par la DGCS en lien avec la CNSA sur les dépenses de forfait soins finalisés fin 2013, il est possible

¹⁰ Enquête DREES- EHPA 2011.

d'estimer à 1 935 le nombre des logements foyers qui ne bénéficieraient pas du forfait soins prévus au I ter de l'article L.313-12 du CASF, soit 90 935 places.

Ainsi, le déploiement du forfait autonomie au profit des résidences autonomie disposant d'une autorisation au sens de l'article L.313-1 du CASF et ne percevant pas le forfait soins, nécessite un besoin de financement de 40 M€.

Cette hypothèse est construite sur la base minimum de 0,6 ETP de poste d'animateur au sein de chaque résidence autonomie éligible au forfait. Sur la base d'un coût du poste animateur estimé à 35 600 € par an, charges comprises, il s'agira ainsi de financer l'équivalent de près de 1 120 ETP animateurs (1 935 résidences autonomie * 0,6 ETP animateur).

Compte-tenu du coût, charges comprises, d'un poste d'animateur évalué à 35 600 € par an, le besoin de financement serait donc estimé à près de 40 M€ (1 120 ETP X 35 600 €), soit 438 € par place et par an.

Cette mesure de rénovation des logements-foyers conduira les départements à :

- identifier un public cible pour lequel la résidence autonomie apportera une réponse plus appropriée qu'une entrée en EHPAD,
- recenser l'offre existante et identifier les facteurs d'évolution en apportant une expertise globale pour chacun d'eux, en retenant notamment les critères liés à l'état de vétusté du cadre bâti, la conformité aux règles de sécurité incendie, l'implantation géographique locale de l'établissement, la capacité de la structure à établir des partenariats de proximité afin d'inscrire le résident dans un parcours résidentiel cohérent,
- planifier les mesures nécessaires d'adaptation, de transformation, d'extension ou le cas échéant de fermeture lorsque le cadre n'est pas adapté.

Impact en termes d'économies et de créations d'emplois

Le versement du forfait autonomie aura un effet levier pour faire évoluer le parc des résidences autonomie. La mise en place de ce forfait devrait permettre de créer 1 120 ETP au niveau national.

S'agissant de l'exigence de fourniture des prestations socles minimales, à échéance de 5 ans, les travaux conduits avec les fédérations de gestionnaires tendent à montrer que très peu d'établissements ne pourront y satisfaire. Il n'y a donc pas d'impact négatif à attendre de ce point de vue sur l'emploi.

Impact social

Le présent projet de loi améliore la prévention de la perte d'autonomie et le soutien à domicile, conformément aux orientations générales du projet de loi. Il prend en compte la situation des personnes handicapées vieillissantes qui peuvent prétendre à l'accès à cette offre d'habitat moyennant la mise en place d'un suivi assuré par un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et par le biais de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Le financement du forfait autonomie, délégué par la CNSA, relèvera des départements dans le cadre de la nouvelle conférence des financeurs. Les départements ont la responsabilité de présider la conférence et d'assurer son organisation et son secrétariat. La CNSA aura la responsabilité d'assurer le versement des concours, de faire remonter les rapports d'activité et les données nécessaires à leur suivi, et enfin d'animer le réseau des conférences en vue de garantir une équité territoriale entre les départements.

IV. Textes d'application

Le dispositif proposé et notamment les dispositions réglementaires d'application prévues au 4° de cet article vont permettre de clarifier et simplifier les règles de calcul du groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré des personnes pouvant séjourner en résidence autonomie. Ce dispositif apportera une sécurité juridique aux gestionnaires qui pourront se baser sur des règles claires portant sur la limitation des effectifs des seules personnes en perte d'autonomie du logement- foyer en le consacrant bien comme un logement.

Le décret mentionné au troisième alinéa du 10° de cet article définira les prestations minimales individuelles et collectives concourant à la prévention de la perte d'autonomie.

Le décret mentionné au quatrième alinéa du 10° de cet article déterminera les dépenses prises en charge et les conditions dans lesquelles le département fixera le montant du forfait autonomie .

Article 12 - Harmoniser et simplifier les dispositions applicable aux contrats conclus dans les logements-foyers

I. Etat du droit et diagnostic

1. Cadre législatif et réglementaire actuel

Certains logements-foyers, notamment ceux accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées relèvent à la fois du code de la construction et de l'habitation (notamment de l'article L. 633-1) et du code de l'action sociale et des familles. Certaines de ces dispositions, particulièrement celles relatives au contrat d'accueil dans ces établissements ne sont pas totalement harmonisées.

L'article L.342-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit ainsi que le contrat est conclu à durée indéterminée alors que l'article L.633-4 du code la construction et de l'habitation (CCH) indique que la durée du contrat d'occupation est d'un mois reconduit tacitement à la seule volonté de la personne logée. L'article L. 311-4 du CASF relatif aux établissements et services sociaux et médico-sociaux habilités à l'aide sociale ne prévoit aucune disposition sur la durée du contrat et renvoie au contrat lui-même la fixation de cette durée.

Un règlement de fonctionnement est prévu pour chaque établissement et service social ou médico-social en application des dispositions de l'article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles. Le contenu de ce dernier est défini par les articles R. 311-33 à 37. Le CCH

prévoit quant à lui la signature d'un contrat d'occupation qui vaut acceptation du règlement intérieur prévu à l'article L.633-2 du code de la construction et de l'habitation.

2. Difficultés rencontrées dans l'application des textes et la nécessité de légiférer

Les gestionnaires des logements-foyers font régulièrement part des difficultés qu'ils rencontrent dans l'appréhension de cette double législation qui présente quelques contradictions.

Ainsi, selon une enquête de l'UNCCAS de 2011¹¹, seuls 36 % des logements-foyers de leur réseau ont mis en place un projet d'établissement et « 28 % des logements-foyers déclarent encore disposer d'un règlement intérieur et 19 % de contrats d'occupation. Le recours à ces outils, issus du code de la construction et de l'habitation, au détriment des outils de la loi de 2002-2, reflète une réelle difficulté qu'ont les logements-foyers, à la fois logement social et établissement social et médicosocial, à appréhender cette double source de droit. »

Cette difficulté a également été mise en évidence par la DGCCRF, à l'occasion d'un contrôle effectué auprès de 133 établissements.¹²

Il est donc proposé de lever la contradiction entre les deux codes sur la durée du contrat de séjour, en faisant prévaloir les dispositions du code de l'action sociale et des familles, jugées plus adaptées au public fragile qui y est accueilli.

Par ailleurs, cette mesure permettra une similarité pour l'intitulé et le contenu des documents contractuels annexés pour ce qui relève du règlement intérieur et du règlement de fonctionnement. En effet, l'appellation des documents annexés au contrat diffère d'un code (règlement intérieur pour le CCH) à l'autre (règlement de fonctionnement pour le CASF).

L'absence d'harmonisation sur ce point supposerait que soient annexés au contrat deux formes différentes de règlements. Avec cette mesure d'harmonisation le règlement de fonctionnement tenant lieu de règlement intérieur, les gestionnaires de structures auront un seul document à annexer au contrat de séjour. De plus, la mention relative au règlement intérieur étant également présente dans la convention APL, il est également préconisé de modifier l'article 5 de celle-ci.

II. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

Le présent projet de loi n'a pas d'impact en termes macroéconomique, financier, budgétaire et environnemental, il s'agit de simplifier et d'harmoniser le droit positif.

Impact social

Sur le plan social, l'harmonisation de la législation constitue une simplification, en faisant clairement prévaloir les règles relatives au contrat de séjour et au règlement de fonctionnement du CASF, sur celles du CCH. Cette disposition apportera par voie de conséquence une meilleure lisibilité de la relation contractuelle liant le gestionnaire au résident. Elle clarifiera d'une part le point de savoir s'il faut recourir à l'élaboration d'un

¹¹ Enquêtes et observations de l'UNCCAS – Octobre 2012 n°4.

¹² Note d'information DGCCRF n°2007-117 – 4 Juin 2007.

règlement de fonctionnement ou d'un règlement intérieur et d'autre part la durée des contrats applicables aux séjours des personnes âgées et des personnes handicapées dans les logements-foyers désormais dénommés « résidences-autonomie ».

III. Présentation des consultations

Consultations non obligatoires : fédérations gestionnaires des logements-foyers, CNRPA, CNCPPH.

Article 13 – Tarif hébergement des établissements pour personnes âgées

I. État du droit

Les prestations des établissements pour personnes âgées dont les places ne sont pas habilitées à l'aide sociale, sont fixées et contrôlées dans des conditions mentionnées aux articles L. 342-2 à L. 342-6 du CASF. Plusieurs catégories d'établissements relèvent de ces dispositions qui prévoient que le tarif hébergement est fixé librement à l'entrée d'un nouveau résident au sein de l'établissement et évolue ensuite chaque année dans la limite d'un pourcentage fixé par arrêté du ministre chargé de l'Economie et des finances, compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services.

Ainsi l'article L.342-1 prévoit que sont soumis aux dispositions du présent chapitre (établissement pour personnes âgées) :

1° Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement ;

2° Les mêmes établissements, lorsqu'ils n'accueillent pas à titre principal des bénéficiaires de l'aide sociale pour la fraction de leur capacité au titre de laquelle ils ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;

3° Les établissements conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale pour les prestations non prises en compte dans le calcul de la redevance définie aux articles R. 353-156 à R. 353-159 du code de la construction et de l'habitation ;

4° Les établissements d'hébergement pour personnes âgées habilités au titre de l'aide sociale, dans les conditions précisées au I de l'article L. 342-3-1.

II. Diagnostic

La rédaction actuelle du 3° de cet article génère insécurité juridique des opérateurs et confusion dans l'esprit des résidents. L'intégralité de la redevance semble soumise à une augmentation annuelle en fonction de l'indice de référence des loyers, alors qu'une composante de cette redevance n'y est juridiquement pas soumise et relève des dispositions de ce chapitre du code de l'action sociale et des familles.

Certaines charges de fonctionnement des établissements ne figurent pas dans la liste des charges récupérables prévue par le décret de 1987 (par exemple charges liées au fonctionnement de la cuisine). Cependant ces charges ne correspondent pas non plus à des

prestations (le repas est une prestation - les frais de fonctionnement de la cuisine payés par tous les résidents, y compris ceux qui ne prennent pas leur repas, ne sont pas une prestation).

III. Dispositif juridique proposé

L'article 13 modifie l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles pour préciser que seule la part de la redevance qui n'est pas assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables est librement fixé lors de la signature du contrat de séjour et varie ensuite dans la limite du pourcentage fixé annuellement par le ministre de l'économie.

Il s'agit de séparer les deux modes de tarification des prestations pour cette catégorie spécifique d'établissements. Ainsi, pour la catégorie des prestations dont le prix est libre lors de la signature du contrat, la révision est encadrée par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances. Pour la seconde catégorie de prestations figurant sur une liste déterminée, elles sont revalorisées annuellement dans le cadre de la fixation du loyer et des redevances maximums des conventions conclues en application de l'article L.351-2 du code de la construction et de l'habitation.

IV. Impacts des dispositions envisagées

Impact social

Concernant les usagers, les modifications apportées permettent de renforcer le droit à l'information du résident et participent ainsi à l'amélioration de la qualité de la prise en charge du séjour.

V. Textes d'application

Le présent projet de loi n'a pas d'impact en droit européen ou international.

VI. Présentation des consultations

Consultations non obligatoires : fédérations gestionnaires des établissements pour personnes âgées

Article 14 - Intégrer au répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS) les logements des logements-foyers relevant de l'article L. 633-1 et les logements des centres d'hébergement et de réinsertion sociale mentionnés à l'article L. 345-1 du CASF

I. Diagnostic

Le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux a été créé le 1^{er} janvier 2011 en lieu et place de l'enquête sur le parc locatif social (EPLS) réalisée entre 1987 et 2010 auprès des bailleurs sociaux par le Service de l'observation et des statistiques (SOeS) placé auprès du ministère en charge du logement.

Ce répertoire a pour objectif de dresser l'état global du parc de logements locatifs de ces bailleurs sociaux au 1^{er} janvier d'une année (nombre de logements, modifications intervenues au cours de l'année écoulée, localisation, taux d'occupation, mobilité, niveau des loyers, financement et conventionnement).

L'information nécessaire à l'alimentation et à la mise à jour du répertoire est fournie par les bailleurs logement par logement et elle est systématiquement transmise par les bailleurs au SOeS par un moyen dématérialisé. Le non-respect de l'obligation de fournir chaque année les renseignements nécessaires est sanctionné d'une amende de 100 € par tranche de 100 logements.

Les informations du répertoire font l'objet d'une diffusion large. Les modalités de communication de données détaillées sont prévues par le code de la construction et de l'habitation:

- Les préfets de région et de département, les conseils généraux et les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) délégataires des aides à la pierre reçoivent systématiquement toutes les informations relatives aux logements de leur territoire.
- Les conseils généraux, communes et EPCI compétents en matière de programme local d'habitat reçoivent, à leur demande, toutes les informations relatives aux logements de leur territoire.
- Les personnes morales de droit public, les personnes privées chargées d'une mission de service public dans le domaine du logement reçoivent sur demande les informations du répertoire, pour tout logement. Les bailleurs du champ du répertoire, leurs unions, fédérations et associations, reçoivent également sur demande toutes les informations du répertoire, pour tout logement, sous réserve que le bailleur ne s'y soit pas opposé.
- Toute personne a accès aux informations sur les caractéristiques principales du logement pour tout logement à l'exception des logements des sociétés d'économie mixte (SEM) ne donnant pas lieu au versement de la cotisation prévue à l'article L. 452-4 du CCH. Ces informations sont librement disponibles sur un site Internet gouvernemental (<http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr>).

II. Objectifs poursuivis et nécessité de légiférer

Les informations transmises concernent aujourd'hui les logements locatifs sur lesquels les bailleurs sociaux sont titulaires d'un droit réel immobilier (pleine propriété ou bénéficiaire d'un bail emphytéotique, à réhabilitation ou à construction) ou usufruitiers.

Actuellement, le répertoire ne couvre pas les logements-foyers accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants, ni les résidences sociales. C'est donc une importante partie du parc locatif social qui n'y est pas recensée et qu'il s'agit d'intégrer.

III. Le dispositif juridique proposé

L'article 14 vise à intégrer dans le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS) prévu par l'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation, les logements des CHRS.

IV. Points de vigilance

La mise en œuvre juridique et technique de cette mesure nécessite une date d'application différée. Il est donc proposé une entrée en vigueur de la mesure au 1er janvier 2016 ; les premières données disponibles relatives à cet élargissement de périmètre seront donc celles de l'année 2015.

En effet, cette mesure appellera un important travail partagé entre les services statistiques des ministères en charge du logement et des affaires sociales que sont, d'une part, le SOeS et, d'autre part, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui gère notamment le fichier FINESS des établissements sociaux et médico-sociaux afin de permettre une bonne articulation entre les deux outils.

Par ailleurs, le Gouvernement travaille à une urbanisation croissante entre les différents systèmes d'information des ministères afin d'accélérer le traitement des données et de limiter les instructions multiples.

V. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

Cette mesure, outre qu'elle améliorera la connaissance de ces établissements, facilitera le travail d'inventaire nécessaire à l'application des obligations de développement d'une offre de logement social prévues par l'article 55 de la loi Solidarité et Renouvellement urbain. En effet, aujourd'hui, les bailleurs opèrent une transmission unique pour l'alimentation du répertoire sauf pour leur parc en logements-foyers et en centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) pour lesquels les services déconcentrés de l'Etat et les bailleurs doivent continuer d'inventorier les logements « à la main ». Cette mesure constituera donc une source de simplification importante tout en permettant une meilleure consolidation des données.

Il est difficile d'estimer le nombre de logements concernés par la mesure, voici cependant quelques repères au 31/12/2012 (source : DGCS, DREES - *Finess* et DHUP) :

- près de 92 400 places dont la moitié correspond à des anciens foyers de travailleurs migrants et foyers jeunes travailleurs transformés ;
- environ 140 foyers de travailleurs migrants non encore transformés en résidences sociales ;
- environ 347 foyers de jeunes travailleurs non encore transformés en résidences sociales ;
- environ 11 500 places ouvertes en pensions de famille ;
- 108 920 logements en logements-foyers.
- 4 677 logements-foyers hébergeant des personnes handicapées adultes (FAM, Foyer de vie, Foyer de travailleurs handicapés, MAS...) :¹³
- Près de 40 000 places sont ouvertes dans les CHRS.

Le nombre de bailleurs sociaux qui alimentent le répertoire est d'environ 800.

Impact financier et budgétaire

La fourchette de coût pour réaliser les développements informatiques nécessaires pour adapter le répertoire sera comprise entre 250 et 300 000 €.

¹³ : Enquête DREES – ES 2008

VI. Textes d'application :

La tenue du répertoire est réalisée par le Service de l'observation et des statistiques (SOeS) auprès du ministère en charge du logement, en liaison étroite avec la Direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature (DGALN), et avec la participation des organisations professionnelles représentatives des bailleurs sociaux.

La mise en œuvre de la mesure nécessite de modifier les dispositions réglementaires suivantes :

- L'article R. 411-3 du code de la construction et de l'habitation qui décrit les informations gérées dans le répertoire ainsi que les modalités de communication de son contenu à des tiers.
- L'arrêté du 5 janvier 2010 précise les données à transmettre et leur organisation en fichiers.

Section 2 : les autres formes d'habitat avec services

Article 15 - Résidences services

I. Etat du droit et diagnostic

1. Un secteur en fort développement

Depuis une trentaine d'années, sous différentes appellations, telles que « résidences-services » ou « avec services », « résidences du troisième âge », « résidences pour personnes âgées », « résidences-retraite », s'est développée la commercialisation d'immeubles, soit par accession à la propriété de lots, soit par la location de lots, en proposant un logement non meublé, ainsi que des services plus ou moins diversifiés.

Ces résidences services s'adressent à des personnes âgées autonomes, valides et semi-valides de plus de 60 ans, qui désirent vivre en appartement ou en maison, tout en profitant de la convivialité et de la sécurité assurées par les équipes sur place.

Elles sont constituées d'appartements individuels (de 1 à 4 pièces) et de maisons de plain-pied. Elles ont pour objectif de procurer aux résidents une indépendance de vie et de garantir une convivialité dans des lieux de vie adaptés et aménagés tels que : restaurant, salon ou espace forme. Elles sont sécurisées (accueil 7/7 jours, interphone, portails aux accès de la résidence,...) et adaptées à une clientèle âgée (ascenseurs, équipement des appartements...).

Suivant leurs besoins, les résidents peuvent également choisir des services complémentaires : assistance 24 h sur 24, restauration à l'unité, en demi-pension ou en pension complète, ménage, blanchisserie, etc.

Les résidences seniors ciblent principalement deux tranches d'âge parmi les plus de 60 ans :

- Les seniors « actifs » (60-74 ans), population dynamique qui commence une nouvelle vie et effectue parfois un déménagement post-retraite pour plus de confort et en prévention de l'entrée dans la vieillesse.
- Les seniors « fragilisés » (74-84 ans), âge de la perte de dynamisme où commence la prise de conscience des difficultés liées au vieillissement et de ses conséquences dans la vie quotidienne. Le critère déterminant lors un déménagement est généralement le rapprochement vers la famille ou les proches.

Une forte progression de ces populations est attendue à l'horizon 2030, avec l'entrée dans l'avancée en âge des « baby boomers ». Cette génération serait également beaucoup plus réceptive aux concepts originaux et aux alternatives au parcours résidentiel traditionnel (soutien au domicile historique le plus longtemps possible, puis entrée en institution).

Ce marché, qui représente déjà un nombre non négligeable de personnes âgées, est donc amené à croître durant les années à venir. Fin 2012, 41 000 seniors de 60 ans ou plus vivaient dans des résidences seniors¹⁴ (sur un total de 15,4 millions de seniors logés) pour 374 résidences en exploitation et 32 000 logements. En 2015, selon un scénario médian, ces chiffres pourraient être portés à 64 000 seniors accueillis dans 50 000 logements répartis dans 580 résidences.

A l'heure actuelle, ces lieux de vie sont principalement implantés dans les zones littorales tempérées (notamment grand arc atlantique et grand sud). Toutefois, cette situation semble amenée à évoluer : en effet, les opérateurs sortent progressivement de leur zone de confort afin de s'installer sur des territoires moins favorables et certains nouveaux entrants choisissent de se concentrer sur ces segments du marché.

Il existe actuellement trois grands modèles de résidences seniors :

- **Le modèle de syndic de propriété (dit ancien modèle) :** le loyer comprend les charges de copropriété, les services de base¹⁵ gérés par la copropriété et les services dit « services avancés »¹⁶ gérés par la copropriété. Ce type de résidences services a été construit dans les années 1970 à 1990 et n'a plus été utilisé depuis. Il est difficile d'estimer le nombre de résidences service qui fonctionnent sur ce modèle.

Ce modèle donne un accès illimité à un large panier de services, permet la maîtrise de la qualité des services, et offre des conditions particulièrement propices à un accompagnement organisé et coordonné des seniors « fragilisés » (rôle assuré par un référent salarié). Cependant ce modèle présente des limites. Il est rigide, les charges sont réparties une fois pour toutes en fonction de la taille du lot et il est coûteux à la longue en raison des charges élevées et incompressibles. La gestion des services par le syndic de copropriété est également complexe et source de risque de conflits d'intérêts.

¹⁴ Le marché des résidences seniors à l'horizon 2015, Xerfi Precepta 2013

¹⁵ Les services de base comprennent : l'assistance aux démarches administratives, des animations et activités proposées quotidiennement, le goûter, un parcours personnalisé et l'accès à tous les espaces

¹⁶ Les services avancés comprennent : la restauration, la téléassistance, les activités de bien-être, les services à la personne, y compris les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les services infirmiers

- **L'exploitation intégrée (dit modèle intermédiaire)** : le loyer comprend les charges de copropriété, les services de base sous forme « forfaitaires » tout comme les services avancés et/ou « à la carte » qui sont internalisés. Ce modèle offre des tarifs qui restent mesurés, une flexibilité accrue comparée à la gestion par le syndic de copropriété pour les clients qui peuvent choisir les prestations, une bonne maîtrise de la qualité des services gérés par une équipe de salariés (les exploitants sont en possession d'un agrément qualité) et des conditions propices à l'accompagnement organisé et coordonné des seniors « fragilisés » (rôle assuré par un référent salarié). Toutefois, ce modèle permet difficilement d'atteindre le point d'équilibre de l'exploitation compte-tenu du nombre de salariés qui augmente les charges fixes, rapporté à la grande variabilité du nombre de prestations et d'heures de services réalisées et nécessite d'assurer la gestion d'une équipe au sein de la résidence.
- **L'exploitation sous-traitée** : les charges de copropriété sont limitées aux charges classiques d'une copropriété augmentées d'une part mutualisée qui correspond à des services de base non individualisables. Ce modèle est plus adapté aux personnes âgées dotées de revenus modestes et offre une grande flexibilité dans la consommation des prestations selon leurs envies, leurs besoins et leurs ressources. La sous-traitance permet de recourir à des prestataires spécialisés et évite que le syndic intervienne lui-même dans la gestion de ces services.

2. Le cadre législatif et réglementaire actuel

Les résidences services sont des structures qui offrent des services collectifs aux personnes y vivant. Leur régime juridique repose sur le statut de la copropriété des immeubles bâtis (loi n° 65-557 du 10 juillet 1965). Le logement représente le principal et les services l'accessoire.

Avec la loi du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement (ENL), les résidences services soumises au statut de la copropriété font l'objet d'un cadre législatif. L'article 95 de cette loi a introduit un nouveau chapitre IV bis dans la loi du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis. Les nouveaux articles 41-1 et suivants sont ainsi consacrés aux résidences-services soumises au statut de la copropriété et prévoient ainsi la possibilité pour le syndicat de copropriétaires de modifier le règlement de copropriété afin d'étendre l'objet du syndicat à la « *fourniture de services spécifiques, notamment de restauration, de surveillance, d'aide ou de loisirs* ».

Le décret n° 2010-391 du 20 avril 2010 modifiant le décret n° 67-223 du 17 mars 1967 pris pour l'application de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis précise les modalités d'application des mesures relatives aux résidences-services. Il prévoit en particulier les mentions minimales que doit comporter la convention en vertu de laquelle les services sont apportés par un tiers, les obligations comptables auxquelles sont soumis les syndicats de copropriétaires qui fournissent eux-mêmes les services et les dispositions applicables en cas de contestation.

L'article 41-1 inséré dans la loi du 10 juillet 1965 dispose que « *le règlement de copropriété peut étendre l'objet d'un syndicat des copropriétaires à la fourniture, aux occupants de*

l'immeuble, de services spécifiques, notamment de restauration, de surveillance, d'aide ou de loisirs. Ces services peuvent être procurés en exécution d'une convention conclue avec des tiers. Le statut de la copropriété des immeubles bâtis est incompatible avec l'octroi de services de soins ou d'aide et d'accompagnement exclusivement liés à la personne, qui ne peuvent être fournis que par des établissements et des services relevant du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles ».

L'article 41-3 inséré par la loi ENL dans la loi du 10 juillet 1965 distingue deux catégories de charges et en précise les modes de répartition.

Il dispose que « *les charges relatives aux services spécifiques créés sont réparties conformément au premier alinéa de l'article 10¹⁷. Les charges de fonctionnement de ces services constituent des dépenses courantes au sens de l'application de l'article 14-1¹⁸. Toutefois, les dépenses afférentes aux prestations individualisées ne constituent pas des charges de copropriété* ».

Si les dépenses communes relatives à la structure du bâtiment et à sa conservation entrent dans les dépenses communes visées par l'article 10 (al. 2)¹⁹ de la loi, les dépenses relatives aux services spécifiques qui ont été créés dans la résidence-services entrent dans les dépenses afférentes aux services et éléments d'équipement communs ; elles sont, en conséquence, réparties selon le critère de l'utilité (art. 10, al. 1). Il s'agit des services de restauration, de surveillance, d'aide ou de loisirs etc. Les copropriétaires sont donc tenus de participer à ces charges en fonction de l'utilité que ces services présentent à l'égard de chaque lot, indépendamment de l'utilité qu'ils en ont effectivement, ces charges sont dues même lorsqu'un logement reste inoccupé après l'accueil du propriétaire en EHPAD ou après son décès.

En revanche, les dépenses afférentes aux prestations individualisées ne constituent pas des charges de copropriété (art. 41-3, al. 2²⁰), que les services spécifiques soient intégrés ou conventionnés. Ainsi, dans certaines résidences services, les prestations fournies à certains copropriétaires répondant aux exigences spécifiques de leur état de santé ou pour satisfaire une demande qui leur est propre (coiffure, soins esthétiques, etc.) leur sont directement facturées par le fournisseur du service.

La loi prévoit en outre que les syndicats des résidences services peuvent être agréés en tant que « services à la personne » même s'ils ne se consacrent pas exclusivement à cette activité. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a en effet modifié les dispositions de la loi du 25 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, pour ouvrir le

¹⁷ Art. 10 al. 1 : « Les copropriétaires sont tenus de participer aux charges entraînées par les services collectifs et les éléments d'équipement commun en fonction de l'utilité que ces services et éléments présentent à l'égard de chaque lot ».

¹⁸ Il s'agit des « dépenses courantes de maintenance, de fonctionnement et d'administration des parties communes et équipements communs de l'immeuble » (art. 14-1).

¹⁹ Art. 10 al. 2 : les copropriétaires « sont tenus de participer aux charges relatives à la conservation, à l'entretien et à l'administration des parties communes proportionnellement aux valeurs relatives des parties privatives comprises dans leurs lots ».

²⁰ Art. 41-3 : « Les charges relatives aux services spécifiques créés sont réparties conformément au premier alinéa de l'article 10. Les charges de fonctionnement de ces services constituent des dépenses courantes au sens et pour l'application de l'article 14-1.

Toutefois, les dépenses afférentes aux prestations individualisées ne constituent pas des charges de copropriété.

bénéfice de l'agrément de services à la personne aux résidences-services, par dérogation à la règle de la condition d'activité exclusive prévue à l'article L. 7232-1-2 du code du travail.

L'instauration d'une dérogation pour les résidences services avait pour objectif de favoriser le développement de cette formule d'habitat pour les personnes âgées et les personnes handicapées, en leur permettant de bénéficier, au titre des prestations assimilables à des activités de services à la personne proposées à leurs résidents, les mêmes avantages sociaux et fiscaux que les organismes se consacrant exclusivement à des activités de services²¹ à la personne.

Toutes les activités proposées par les résidences-services ne relèvent pas de l'agrément prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail. Seuls relèvent de cet agrément, les services qui répondent aux critères de définition des services à la personne au sens du code du travail. Le premier de ces critères est le lieu de délivrance des prestations, qui est le domicile privé du bénéficiaire. Le second critère est le caractère individuel des prestations.

Aussi les résidences-services qui sollicitent un agrément au titre d'activités de services à la personne doivent-elles identifier parmi les services qu'elles offrent à leurs résidents, sur la base de ces deux critères et de la liste des activités définies à l'article D. 7231-1, ceux de leurs services qui relèvent de l'agrément et respecter les intitulés d'activités retenus par cet article. Les services peuvent de ce fait être procurés directement par le syndicat (on parle alors de services intégrés) ou être fournis par un prestataire, dans le cadre d'une convention (on parle alors de services conventionnés).

Alors que dans une copropriété « classique », les copropriétaires bénéficiaires de services collectifs, c'est-à-dire des services réalisés dans l'intérêt de la copropriété par des personnes rémunérées à cet effet, n'ont qu'à s'acquitter des dépenses de fonctionnement (dépenses d'infrastructures et de personnel, réputées nécessaires à leur permanence), en fonction de l'utilité que ces services présentent à l'égard de chaque lot (et non personnellement), dans les résidences services, les copropriétaires doivent non seulement s'acquitter de ces charges mais aussi des dépenses liées aux prestations individualisées qui sont nombreuses.

Le mode de calcul de leur participation est fixé par le règlement de copropriété.

3. Les difficultés rencontrées dans l'application des textes et la nécessité de légiférer

Le statut actuel des résidences-services peut être source de problèmes pour les copropriétaires et les résidents ou leurs ayant droits pour plusieurs raisons.

Les propriétaires d'appartements en résidences-services rencontrent en premier lieu des difficultés lorsqu'ils souhaitent vendre leur bien (même parfois pour un euro symbolique), le louer ou effectuer une donation. L'existence de charges de services incompressibles (encore appelées redevance journalière obligatoire - environ 600 à 800 euros/mois) sont à l'origine de cette difficulté. Le propriétaire a l'obligation de payer des charges de service incompressibles que l'occupant soit à son domicile, absent et même décédé tant qu'aucune vente n'a été réalisée, les services étant attachés à l'appartement et non à la personne.

²¹ La mise en œuvre de ces dispositions est précisée par la circulaire d'application DGCIS n°1-2012 du 26 avril 2012

En deuxième lieu, ces difficultés sont renforcées par la complexité de l'identification de la nature des dépenses (charges liées au contrat de services, charges de copropriété) et des modes de répartition de celles-ci. Alors que dans une copropriété ordinaire, les charges liées à la gestion des parties communes entraînent une répartition au tantième, dans les résidences services, il existe deux types de charges différents : les charges liées à la gestion des parties communes réparties au tantième et les charges fixes (encore appelées charge de fonctionnement : article 41-3 de la loi du 10 juillet 1965 modifiée) de service, réparties selon le critère de l'utilité à l'égard de chaque lot et non en fonction de leur utilisation. Seules les dépenses afférentes aux prestations individualisées ne constituent pas des charges de copropriété (art. 41-3, al. 2 loi de 1965 modifiée), que les services spécifiques soient intégrés (c'est-à-dire sans recours à un prestataire extérieur) ou conventionnés (convention conclue avec un tiers). Ces dépenses correspondent à la contribution payée lors de chaque utilisation des services.

En troisième lieu, la rigidité à la baisse de ces charges renforce les difficultés présentées ci-dessus. En effet, la suppression de ces services (hors prestations individualisées) et donc de charges fixes pour les propriétaires ou pour leurs locataires ne peut intervenir qu'en vertu d'une décision prise à la majorité qualifiée de l'assemblée générale des copropriétaires (article 41-4 de la loi de 1965 modifiée) ou à l'occasion d'un contentieux (art. 41-5 de la loi de 1965 modifiée).

En quatrième lieu, la possibilité ouverte par la loi qu'un syndic de copropriétaires preste lui-même les services obligatoirement acquittés, en sus des charges de copropriété ordinaires, crée un risque de conflit d'intérêts. Celui-ci est accentué par le fait que les propriétaires occupants ou locataires ne peuvent pas facilement modifier la liste des services prestés (qu'il s'agisse de services à la personne ou d'autres services obligatoirement acquittés).

II. Les objectifs poursuivis et le dispositif juridique prévu

Le projet propose de modifier pour l'avenir le modèle économique des résidences-services afin d'améliorer la protection du consommateur.

L'article 14 du projet de loi modifie les articles 41-1 à 41-5 de la loi du 10 juillet 1965 pour introduire une distinction entre les services spécifiques individualisables et ceux qui ne le sont pas. Il prévoit la définition de leurs caractéristiques par décret.

Le projet de loi précise que le règlement de copropriété peut prévoir l'affectation de certaines parties communes à la fourniture de services spécifiques individualisables. A cette fin, la fourniture de ces services est effectuée dans le cadre d'une convention stipulée à titre gratuit avec un tiers prestataire, pour cinq ans renouvelables, évitant ainsi la signature d'un bail commercial et un alourdissement des charges, La convention fixe les conditions d'utilisation des parties communes affectées à ces services et de la contribution aux charges y afférant.

L'assemblée générale des copropriétaires choisit chaque prestataire et approuve la convention passée avec lui précisant les conditions de facturation des services proposés, à la majorité des voix de tous les copropriétaires. A défaut de majorité, si le projet recueille un tiers au moins de ces voix, l'assemblée peut procéder à un second vote et se prononcer à la majorité des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte, une nouvelle assemblée générale, réunie dans les trois mois, se prononce à la majorité simple. La désaffectation de parties

communes requiert en revanche une majorité des deux tiers des copropriétaires et entraîne la résiliation des contrats de prêt et de fourniture de services.

Le conseil syndical présente à l'assemblée générale le bilan annuel de l'exécution de chaque convention.

Afin d'éviter tout risque de conflit d'intérêt le projet de loi précise que le syndic, l'un de ses préposés ou de ses proches ne peut être le prestataire de services.

Pour informer les résidents locataires sur le fonctionnement des services, il est créé, au sein des résidences services, un conseil des résidents. Il est réuni par le syndic avant la tenue de l'assemblée générale des copropriétaires. Il est informé et donne son avis notamment sur les besoins de création ou de suppression de services. Pour sa bonne information, il est remis à tout futur locataire ou acheteur d'un lot dans la résidence, un compte-rendu des réunions du conseil des résidents.

Enfin, le code du travail est modifié afin de retirer aux résidences services la possibilité de déroger au principe de l'activité exclusive des organismes prestataires de services d'aide à la personne conformément aux dispositions du CASF sur ce point.

III. L'impact des dispositions envisagées

L'impact économique

Les résidences services relèvent du secteur économique privé. L'administration ne dispose que de très peu de données sur ces structures, notamment celles qui accueillent des personnes âgées. Toutefois, les plaintes récurrentes de propriétaires amènent à proposer l'évolution du modèle actuel pour toutes les futures résidences-services. La question reste posée de l'évolution des actuelles résidences-services fonctionnant sur le modèle d'un syndic gérant lui-même les services, dont les dépenses sont comptabilisées en charge communes, indépendamment de la consommation réelle des services. Afin d'avoir une meilleure visibilité sur l'impact de cette réforme sur les résidences services fonctionnant sur l'ancien modèle, le Gouvernement a demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et au Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD) de diligenter un audit conjoint des structures existantes. Cet audit qui sera remis au mois de septembre 2014, a pour but d'objectiver les difficultés que l'ensemble de ces résidences ou certaines d'entre elles rencontreraient si des mesures transitoires prévoyaient leur basculement progressif vers le nouveau modèle défini par le projet de loi.

L'impact pour les usagers

Le dispositif proposé, en distinguant clairement les services spécifiques individualisables de ceux qui ne le sont pas, permettra de renforcer les droits des résidents, locataires ou propriétaires. La mise en place d'un contrat de services obligatoire avec un ou des prestataires externes permettra de distinguer les charges individualisables en fonction de la réalité des services consommés ainsi qu'une meilleure identification des charges de copropriété individualisables.

Cette clarification facilitera les transactions pour la revente d'un logement par le propriétaire, ou encore de sa mise en location. L'institution du conseil des résidents et la fourniture des comptes rendus de ses réunions, à un acheteur ou un locataire potentiel d'un logement dans une résidence avec services apportera une transparence utile sur les services proposés et leur mode de gestion.

IV - Présentation des consultations

Consultations non obligatoires : CNRPA, fédérations gestionnaires d'ESMS, associations représentant les gestionnaires de résidences-services, associations d'usagers.

Chapitre 3 : territoires, habitat et transports (articles 16 à 18)

Article 16 - Programmes locaux de l'habitat

Cet article consiste à prévoir que les programmes locaux de l'habitat mentionnent désormais des objectifs en matière de développement d'une offre nouvelle et d'adaptation des logements existants afin de répondre aux besoins des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, liée à l'âge ou au handicap.

Les programmes locaux de l'habitat (PLH) établis au niveau des communes et intercommunalités doivent à l'avenir servir de supports à des politiques coordonnées d'adaptation de l'habitat au vieillissement et à la perte d'autonomie.

Le projet de loi garantit désormais que les programmes locaux de l'habitat prennent en compte le sujet du logement des âgés ou des personnes handicapées. Le programme local de l'habitat devra prendre en compte les besoins liés aux besoins des personnes handicapées ou en perte d'autonomie.

Les outils de programmation (dont les PLH et les schémas départementaux) doivent également permettre de prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés ou des personnes handicapées qui dépassent les milieux urbains denses. Une attention particulière doit être portée d'une part au logement des âgés en perte d'autonomie et des personnes handicapées en milieu rural, souvent éloigné d'une offre de services facilement accessible et d'autre part au vieillissement des habitants des territoires périurbains qui est l'un des défis des 10 à 20 ans à venir.

Institué par la première loi de décentralisation du 7 janvier 1983, le programme local de l'habitat (PLH) s'est progressivement imposé comme le document stratégique de programmation et de mise en œuvre des politiques locales de l'habitat. Par apports successifs le législateur a considérablement renforcé sa portée juridique afin d'en faire un dispositif créateur de droits et de devoirs qui couvre désormais 66% de la population française (soit 43.2 millions d'habitants).

Le nombre de PLH est en augmentation continue. Au 1er janvier 2013 :

- 643 PLH (617 en 2012) ont été recensés au niveau national (DOM inclus) dont 330 (307 en 2012) sont issus de démarches volontaires.

- 24,7 % (23,3% en 2012) des communes sont impliquées dans une procédure d'adoption ou de renouvellement de PLH.
- Environ ¼ des EPCI à fiscalité propre ayant la compétence habitat ont engagé la démarche de se doter d'un PLH.

Le PLH est l'expression d'un projet territorial

Pour les collectivités territoriales, l'habitat reste un facteur clé du développement local au même titre que l'urbanisme et les déplacements. Il exprime la stratégie politique de la commune ou de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) en matière d'habitat sur les 6 années à venir, constituant ainsi un outil précieux d'aide à la décision.

En effet la démarche impose des choix de développement, dans le cadre de laquelle les collectivités territoriales vont évaluer les besoins en logement et en hébergement des ménages installés au sein de l'agglomération (ou du bassin de vie) en fonction du contexte local (évolution démographique et économique, fonctionnement des marchés locaux), et, bâtissent en réponse aux problématiques observées un programme « annualisé » couvrant les 6 années du document, une typologie de logements (PLUS, PLAI, PLS, accession sociale, ..) ainsi que la territorialisation des objectifs et des actions, qui décline par commune le nombre et les types de logements à construire, les moyens mobilisés pour atteindre ces objectifs, ainsi que l'échéancier prévisionnel de leurs réalisations.

Le PLH permet également de :

- coordonner les acteurs et les projets en structurant le débat local et en articulant les politiques sectorielles pour prendre compte des autres dimensions du développement territorial ;
- contractualiser :
 - avec l'État : signature des conventions de délégation, fixation des objectifs SRU
 - avec les bailleurs : définition du zonage du supplément locatif social (SLS), association à l'élaboration des conventions d'utilité sociales (CUS)

Documents partenariaux et transversaux, les PLH doivent mettre en œuvre un ensemble de politiques dont le choix des outils, actions et opérations et de leur combinaisons est laissé à l'appréciation des collectivités porteuses de ce document de programmation et de leurs collaborateurs.

Enfin, le PLH doit être conçu comme un outil de suivi de la politique locale ce qui nécessite :

- une évaluation prévue à l'origine et qui doit permettre des adaptations et de constituer la matière pour son renouvellement : délibération et bilans annuels sur l'avancement, bilan à 3 ans et à 6 ans sur les résultats ;
- des actions et des objectifs clairement définis (dont on peut mesurer la réussite)
- des objectifs adaptés au contexte particulier du territoire.

Particulièrement lorsqu'il est adossé à une délégation des aides à la pierre, le PLH apparaît donc aujourd'hui comme un levier puissant pour répondre aux enjeux du vieillissement de la

population en termes d'habitat, qu'il s'agisse de développer une offre nouvelle de logement adapté à la perte d'autonomie ou de mettre en œuvre une politique d'adaptation du parc de logements existant. Jusqu'à présent, les collectivités territoriales ont insuffisamment pris la mesure de l'impact du vieillissement démographique sur leurs politiques de l'habitat et, trop souvent, les PLH ne considèrent cette question que par le prisme de l'offre médico-sociale. Or, le véritable enjeu pour répondre aux besoins des personnes âgées se trouve dans l'adaptation du parc existant. En effet, dans la grande majorité des cas, les personnes âgées vivent dans un logement ordinaire et souhaitent y rester le plus longtemps possible.

Le PLH constitue un support efficace pour aborder la question de la perte d'autonomie de manière transversale. C'est pourquoi, il est proposé de modifier l'article L.302-1 du code de la construction et de l'habitation afin que les programmes locaux de l'habitat définissent les objectifs et les principes d'une politique visant à répondre aux besoins liés au vieillissement et ainsi d'inciter les collectivités à mieux intégrer cette problématique dans leurs politiques de l'habitat.

- **Mise en œuvre**

La mesure ne nécessite pas de prendre un texte d'application spécifique, l'article R. 302-1-2 du code de la construction et de l'habitation prévoyant déjà que le PLH puisse comporter un volet destiné à l'habitat des personnes âgées et des personnes handicapées :

« Le document d'orientation énonce, au vu du diagnostic, les principes et objectifs du programme local de l'habitat et indique notamment :

[...]

f) Les principaux axes d'une politique d'adaptation de l'habitat en faveur des personnes âgées et handicapées ;

Aucune disposition différée d'entrée en vigueur n'est nécessaire. La mesure sera appliquée au fur et à mesure de la révision des PLH.

Article 17 - Elargissement des commissions communales et intercommunales d'accessibilité aux personnes âgées

La loi du 11 février 2005 a rendu obligatoire la création de commissions communales pour l'accessibilité aux personnes en situation de handicap dans toutes les communes de plus de 5 000 habitants. En juillet 2012, 86 % des commissions communales avaient été créées. Cette commission, qui dresse le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports, est chargée d'établir un rapport annuel présenté en conseil municipal. Sa composition, laissée à la discrétion du maire, doit comprendre des représentants de la commune, des associations d'usagers et des associations représentant les personnes en situation de handicap.

Les âgés ne sont pas spécifiquement représentés dans ces commissions, même si certaines des associations représentatives de retraités ou personnes âgées peuvent y figurer au titre des « associations d'usagers ». En renforçant la place des âgés au sein de ces commissions, leur rôle dans le chantier de l'accessibilité du bâti et des transports est conforté.

Désormais, les « commissions communales d'accessibilité aux personnes en situation de handicap » deviennent les « commissions communales d'accessibilité et d'adaptation aux personnes en situation de handicap et aux âgés ». Les associations représentant les âgés deviennent membres de la commission, aux côtés des associations représentant les personnes en situation de handicap, les associations d'usagers et les représentants de la commune.

Article 18- Transports

I. Diagnostic et justification de l'intervention

1. Présentation de l'enjeu de la réforme et du problème à résoudre

Description de la situation de référence et présentation des parties prenantes concernées, de leurs comportements et de leur perception de la situation

Le rapport de Luc Broussy de janvier 2013, ainsi que les différentes études sur la mobilité des seniors font les constats suivants :

- Le passage à la retraite entraîne une baisse de la mobilité

Le nombre moyen de déplacements réalisés quotidiennement par individu décroît progressivement dès 65 ans, et de façon assez nette après 75 ans, avec généralement une diminution progressive des facultés physiques. De plus après 65 ans, l'aire des déplacements se réduit progressivement, les trajets étant de plus en plus orientés vers les commerces et les services de proximité.

- la marche est un moyen de transport essentiel qui reste très développé pour les seniors

C'est même le mode majoritaire chez les plus de 85 ans, et le nombre quotidien de leurs déplacements à pied dépasse celui des 45 - 54 ans.

- cependant la mobilité des seniors est plus motorisée qu'avant, et cette tendance est inquiétante au regard des enjeux de développement durable

Les seniors se déplacent aujourd'hui essentiellement en voiture, avec un taux de motorisation des ménages historiquement élevé : En 2010 85 % des ménages seniors possédaient une voiture contre 64 % en 1994. Outre les impacts vis-à-vis des enjeux climatiques et énergétiques, cette évolution induit des difficultés pour les seniors lorsqu'ils arrivent à un âge où le cumul de plusieurs handicaps ne leur permet plus de conduire, le renoncement à la voiture est alors ressenti comme une véritable mort sociale.

- les piétons âgés sont très exposés aux accidents de la circulation

65% des tués piétons ont plus de 65 ans, et 37% ont plus de 75 ans. Rapportée à la population (9%), cette classe d'âge est la plus touchée. Leur moindre résistance physique au choc ne peut être considérée comme seul facteur explicatif.

- Un faible usage des transports collectifs

Alors que la population des seniors augmente, leur part dans la fréquentation des transports publics reste très faible. 61% des personnes âgées n'utilisent jamais le réseau de transport urbain et seules 20% d'entre elles ont un abonnement de transport en commun, et ce avec un vrai décrochage à l'âge de 80 ans, pouvant renforcer l'isolement.

Dans les agglomérations, le coût n'est pas un motif essentiel de ce faible usage des transports collectifs, les seniors bénéficiant la plupart des réseaux de réductions tarifaires. Les raisons invoquées sont davantage liées au caractère parfois anxiogène de l'utilisation des transports publics (bruits, foule, bousculade, coup de frein...), à un accès difficile à l'information, à un sentiment de maillage insuffisant du réseau, à l'indisponibilité des transports à la demande ou au manque d'accessibilité.

La politique des autorités organisatrices des transports urbains (AOTU) pour la mise en accessibilité des transports publics aux personnes à mobilité réduite avant le 13 février 2015, comme prévu dans la loi 2005-102 du 11 février 2005, a pourtant permis de grands progrès ces dernières années :

En 2012 90% des autobus sont à planchers bas (100 % à Paris), 69 % sont dotés de palette d'accès aux fauteuils roulants et les systèmes d'annonces sonores et visuelles concernent respectivement 65 et 72 % du parc. La progression des équipements d'accessibilité est également visible sur le parc métro, tramway et guidé sur pneu. Désormais près de la moitié des rames sont dotées d'espace pour les fauteuils roulants et de systèmes d'annonces sonores et visuelles. Ces équipements bénéficient pleinement aux personnes âgées.

- *Enjeux de l'intervention*

Favoriser l'usage des transports publics urbains (et de la marche) par les personnes âgées est un enjeu à la fois :

- social : pour éviter aux personnes âgées qui perdent la capacité de conduire de sombrer dans l'isolement,
- économique : c'est un moyen de faire des économies par rapport à l'usage d'une voiture particulière ;
- sanitaire : cela conduit à marcher davantage et à entretenir la forme physique des personnes ;
- environnemental : cela permet de réduire en particulier la pollution de l'air et les nuisances sonores en donnant une alternative aux PA en cas de restrictions à la circulation automobile en ville.

- *Problèmes à résoudre :*

1. Adapter les politiques de mobilité urbaine aux besoins spécifiques des personnes âgées
2. Faire mieux connaître l'offre de transport public aux personnes âgées.

2. Justification de l'intervention

1. Intégrer la prise en compte des personnes âgées dans les PDU

Dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, les autorités organisatrices des transports urbains (AOTU) sont tenues de réaliser un plan de déplacements urbains (PDU) qui détermine des objectifs en matière de transport des personnes et des marchandises, de circulation et de stationnement. Tous les modes de transports sont concernés, ce qui se traduit par la mise en place d'actions en faveur des modes de transports alternatifs à la voiture particulière : les transports publics, les deux-roues, la marche...

Les objectifs des PDU sont définis par l'article L.1214-2 du code des transports. Parmi ces objectifs, l'accessibilité des transports aux personnes à mobilité réduite est prise en compte : « *le plan de déplacements urbains vise à assurer : (...) 2° le renforcement de la cohésion sociale et urbaine, notamment l'amélioration de l'accès aux réseaux de transports publics des personnes handicapées ou dont la mobilité est réduite* ».

La modification législative vise à mentionner explicitement les personnes âgées comme public bénéficiaire de la politique d'accessibilité des transports.

A noter que d'autres objectifs du PDU mentionnés à l'article L.1214-2 sont particulièrement favorables aux personnes âgées, comme un meilleur partage de l'espace public pour sécuriser les déplacements et le suivi de l'accidentologie des piétons.

2. Développer les services de conseil en mobilité pour les personnes âgées dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants pour leur faire connaître l'offre de transport

L'article L.1231-8 al.4 du code des transports prévoit que dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, les AOTU mettent en place un « service de conseil en mobilité » pour les employeurs et les gestionnaires d'activités générateurs de déplacements.

La modification législative proposée consiste à étendre ces services de conseil en mobilité à des publics peu familiarisés avec les transports publics et avec les systèmes d'information existants (dont les personnes âgées) et pour lesquels un conseil individualisé leur en faciliterait l'accès.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

Les objectifs stratégiques sont :

1. d'une part la prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées dans la politique de transport des agglomérations de plus de 100 000 habitants ;
2. et d'autre part faire mieux connaître l'offre de transport public et augmenter leur utilisation par les personnes âgées.

Ces objectifs se traduisent par deux mesures législatives :

1. Intégrer un volet vieillissement dans les PDU ;
2. Mettre en place des services de conseil en mobilité pour les personnes âgées.

III. Options possibles et nécessité de légiférer

1. Pour la prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées dans la politique de transport des agglomérations : l'option alternative est de considérer que la législation actuelle en matière d'accessibilité des transports aux personnes handicapées et à mobilité réduite est suffisante pour répondre aux préoccupations des personnes âgées. Cette solution n'a pas été retenue car elle a l'inconvénient de ne pas prendre en compte la spécificité de ce public par rapport aux autres personnes à mobilité réduite (voir diagnostic au I).

2. Pour développer une meilleure connaissance de l'offre de transport public et augmenter leur utilisation par les personnes âgées : au niveau local c'est l'autorité organisatrice qui définit, le cas échéant en lien avec son opérateur, sa politique commerciale, tarifaire et sa communication. Ne pas légiférer consisterait à s'en remettre complètement au volontariat des AOTU. Pour s'assurer que actions spécifiques de communication soient menées en direction de ce public (et également d'autres publics fragiles) dans toutes les grandes agglomérations françaises et limiter ainsi les différences locales il est donc proposé de renforcer les obligations des AOTU de plus de 100 000 habitants en la matière.

IV - Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Présentation synthétique de l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

	Volet vieillissement dans les PDU	Services de conseil en mobilité pour les personnes âgées
Impacts financiers et budgétaires pour les AOTU	Néant (cf. accessibilité)	200 K€ /agglomération/ an 12M€ au total pour les 60 AO/an
Impacts économiques	idem	Non monétarisés ; création d'emplois de conseillers e mobilité
Impacts sociaux	idem	Non monétarisés, lutte contre l'isolement et gains en termes de santé
Impacts environnementaux	idem	Non monétarisés ; lutte contre la pollution et la congestion

2. Évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

A. Impacts économiques :

1. Volet vieillissement dans les PDU : impact néant
2. Services de conseil en mobilité pour les personnes âgées :
 - l'impact économique est essentiellement lié à la création des emplois de conseil en mobilité et la réalisation de campagnes de communication ;
 - l'impact éventuellement positif en termes de recettes commerciales des transports publics est difficile à évaluer, mais est a priori faible étant donné les réductions tarifaires dont bénéficient les personnes âgées dans la majorité des réseaux.

B. Impacts financiers et budgétaires pour les administrations publiques :

- Volet vieillissement dans les PDU : impact négligeable, pris en compte dans le cadre des obligations relatives à l'accessibilité ;
- Services de conseil en mobilité pour les personnes âgées :

Une enquête sur les services conseils en mobilité a été réalisée par l'ADEME en 2010 auprès de 50 structures (collectivités ou associations de communes, syndicats mixtes, chambres de commerce et d'industrie - CCI -, transporteurs, associations, services de l'État). Seule la moitié de ces structures a renseigné les questions relatives aux moyens financiers alloués. La

difficulté de renseigner ce type de coût découle du fait qu'un certain nombre de ces coûts sont des coûts cachés : service hébergé dans des locaux déjà utilisés pour une autre fonction, utilisation des moyens généraux alloués à une autre activité...

Les coûts du conseil en mobilité s'avèrent être essentiellement de deux natures : les frais de personnel et les frais de communication.

Les frais de personnel sont relativement variables d'une structure à une autre. Par exemple :

- Les CCI interrogées consacrent en général 1 à 2 équivalents temps plein (ETP) aux missions de conseil en mobilité dont le coût est évalué entre 0 €/an (coût caché) et 70 000 €/an.
- Les associations interrogées (Aid'auto, Droit au vélo) consacrent la totalité de leur effectif salarial à cette mission et l'évaluent entre 35 000 €/an et 190 000 €/an. Ces chiffres sont à analyser a priori avec prudence.

Les frais de communication sont également variables mais beaucoup plus classiques et dépendent de l'envergure et de la nature de la campagne menée par les structures interrogées.

D'autres coûts peuvent s'ajouter en cas de centrale de mobilité avec service d'information multimodale ou de mesures ponctuelles (proposition d'essais gratuits de nouveaux modes de transport, démarches de marketing individualisé...).

Ainsi, pour une agglomération de 120 000 habitants²², les coûts estimés annuellement sont les suivants :

- 300 k€ pour les salaires
- (+100 k€ pour le fonctionnement de la centrale de mobilité multimodale)
- 50 k€ pour les campagnes de communication larges
- 50 k€ pour l'essai temporairement gratuit du TP

Total : 400 K€/an (hors centrale de mobilité)

Ces coûts concernent l'ensemble des publics ciblés : les salariés (dans le cadre du conseil apporté aux entreprises pour la réalisation de leur PDE), mais également, malgré l'absence d'obligation, les personnes en situation de précarité, les seniors, les jeunes...

Pour l'extension des obligations en termes de conseil en mobilité pour les « publics cibles » (y compris les personnes âgées) on peut estimer le coût à 200K€ environ pour l'ensemble des publics cibles (y compris personnes défavorisées, jeunes, nouveaux arrivants...) par agglomération, soit 12 M€/an pour 60 AOTU de plus de 100 000 habitants en France.

Le conseil en mobilité uniquement pour les personnes âgées a un impact financier beaucoup plus faible mais dont le montant n'est pas pertinent au regard de la mise en place d'un service qui est à destination de plusieurs publics.

A noter que le projet de loi sur la cohésion urbaine vise également la mise en place de services d'aide à la mobilité pour les personnes défavorisées.

22 Dans les grandes agglomérations de plus grande taille, les coûts sont plus élevés mais des économies d'échelle sont possibles a contrario.

C. Impacts sanitaires et sociaux

Les impacts sociaux (éviter l'isolement aux personnes âgées qui perdent la capacité de conduire) et sanitaires (pratique de la marche et à meilleure forme physique) n'ont pas pu être évalués à ce stade pour les PA.

D. Impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Les mesures destinées à promouvoir la mobilité des personnes âgées ont des effets bénéfiques sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans la ville.

« Principal enjeu pour la ville « désirable et durable »[...] : rejeter les modèles urbains obsolètes qui excluent et divisent la population afin de refonder un mieux vivre ensemble. Or, les référentiels urbains, conçus comme universels, s'avèrent pensés en priorité pour un modèle d'homme jeune, actif et valide.

Ainsi, les mesures proposées dans le projet de loi dans le troisième chapitre du titre II concernant le territoire et les transports, que ce soit à travers l'intégration d'un volet vieillissement dans les Plans de déplacements urbains ou l'extension aux seniors des « Services conseils en mobilité » dans les agglomérations de plus de 100.000 habitants, sont des mesures qui bénéficient indirectement à une plus grande égalité entre les femmes et les hommes dans la ville, et notamment dans l'accès à l'espace public, tant d'un point de vue des ressources publiques que du lien social.

E. Impacts environnementaux

Les impacts environnementaux (réduction de la pollution de l'air et les nuisances sonores) n'ont pas pu être évalués à ce stade.

V. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires

- AMF : association des maires de France
- AMGVF : association des grandes villes de France
- ARF : association des régions de France
- CNCPH : conseil national consultatif des personnes handicapées
- GART : groupement des autorités régulatrices du transport
- CEREMH : Centre d'expertise et de recherche sur les enjeux de la mobilité et du handicap
- CEREMA : centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement.
- FNAUT : fédération nationale des usagers des transports
- Prévention Routière
- OMS : organisation mondiale de la santé
- RFVADA : réseau francophone des villes amies des aînés
- UTP : union des transports publics et ferroviaires

VI. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

1. Présentation des moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention (textes d'application, moyens budgétaires, organisationnels...) : aucun texte d'application ne sera nécessaire

2. Présentation du suivi de la mise en œuvre / évaluation

Une étude sera à lancer par le MEDDE avec l'appui de son réseau scientifique et technique

Chapitre 4 : droits, protection et engagements des personnes âgées (articles 19 à 28)

Section 1 : droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées

Article 19 - Droits des personnes âgées à un accompagnement et à l'information

I. Diagnostic et justification de l'intervention

Le code de l'action sociale et des familles reconnaît, à l'article L. 113-1, le droit à toute personne âgée de 65 ans et « *qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental* » de bénéficier d'une aide à domicile, d'un placement chez des particuliers ou en établissement. Il précise ainsi le contenu de l'aide sociale aux personnes âgées et en pose les fondements juridiques.

II. Description des objectifs poursuivis

L'objectif est de consacrer les droits des personnes âgées en perte d'autonomie éligibles à l'APA à un accompagnement adapté respectant leur projet de vie ainsi qu'un droit à l'information, pour elles et leurs familles, pour leur permettre de choisir leur mode de vie de façon éclairée. Ces droits sont une composante essentielle de l'ensemble des dispositions proposées dans le présent projet de loi au profit des personnes âgées en perte d'autonomie.

III. Options possibles et nécessité de légiférer

Le droit à l'aide sociale a été reconnu aux personnes âgées par le législateur. Par ailleurs, les articles L. 114-1 et L. 114-1-1 consacrent le droit des personnes handicapées à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale et à la compensation des conséquences du handicap. Les présentes mesures supposent donc une disposition législative.

IV. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Conséquences sociales Il est attendu que les droits des personnes âgées soient mieux respectés, que ces personnes soient mieux accompagnées et informées dans leur parcours de vie.

2. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Les départements, et l'ensemble des acteurs chargés des politiques locales de l'autonomie, devront prendre en compte cette dimension dans la mise en œuvre de leur action.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

Le ministère des affaires sociales et de la santé veillera à l'effectivité des dispositions en lien avec les acteurs locaux.

Articles 20 et 21 - Précision d'écriture au code de l'action sociale et des familles

Les articles 20 et 21 ont pour objet d'apporter une modification sémantique au chapitre 1^{er} du Titre III du livre II et à l'article L 231-4 du code de l'action sociale et des familles participant de la reconnaissance des droits des personnes âgées. Celles-ci ne sont pas en effet « placées » dans un établissement d'hébergement, mais plus justement « accueillies » dans de tels établissements.

Article 22 – Affirmation des droits de la personne âgées lors de son entrée dans un établissement d'hébergement (articles L 311-3 à L 311-4-1 CASF) et dispositions relatives à la personne de confiance (article L.311-5-1 CASF)

A - Affirmation des droits de la personne âgée lors de son entrée dans un établissement d'hébergement (articles L 311-3 à L 311-4-1 CASF)

I. Diagnostic et justification de l'intervention

1. Présentation de l'enjeu de la réforme, du problème à résoudre et justification de l'intervention

Le code de l'action sociale et familiale prévoit plusieurs conditions au séjour d'une personne dans un établissement, visant à protéger ses droits.

Les droits fondamentaux s'appliquent à tout individu. La vulnérabilité des personnes âgées en établissement et les contraintes liées à la vie en collectivité doivent cependant être appréhendés de manière concrète afin d'éviter l'infléchissement du respect de ces droits au moment de l'entrée en établissement. La réaffirmation de la liberté d'aller et venir, comme un droit et une obligation à respecter, renforce son caractère intangible.

L'état de fragilité que peuvent connaître certaines personnes âgées, justifie un renforcement de la procédure d'acceptation du contrat et la possibilité de désigner une personne de confiance.

Trois principes fondateurs doivent donc guider l'action : nécessité, proportionnalité et subsidiarité.

L'article 22 prévoit en conséquence de ;

- Renforcer l'affirmation de la liberté d'aller et venir en établissement appréhendée à la fois comme un droit pour la personne et comme une obligation à respecter pour l'établissement ;

- Modifier le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge afin d'encadrer les éventuelles adaptations, contractuellement consenties, à la liberté d'aller et venir ;
- Garantir le caractère personnel, libre et éclairé du consentement de la personne, ainsi que son changement d'avis ;
- Prévoir les cas de résiliation du contrat et les délais de préavis ;
- Assurer une plus grande publicité de ces droits par leur affichage, notamment dans le cadre de la charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Le respect des droits de la personne est amélioré au travers de cette disposition. Cette mesure renforce en outre la protection des personnes âgées accueillies dans le secteur médico-social.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

Il s'agit d'une part de mieux garantir le respect des droits de la personne âgée et d'autre part, de faire de l'entrée dans un établissement pour personne âgée une décision personnelle et éclairée. Le droit de rétractation pendant 15 jours suivant l'entrée en établissement, le délai de réflexion de 48 heures avant toute rupture du contrat, la précision apportée quant aux cas de résiliation ainsi que le renvoi à un texte réglementaire pour fixer la durée du préavis doivent permettre de clarifier les règles relatives au contrat de séjour.

Ces précisions sont apportées au regard des recommandations de la commission des clauses abusives ainsi que les résultats des enquêtes menées par la DGCCRF qui montrent encore un certain nombre de difficultés. L'enquête rendue publique en mai 2013, réalisée auprès de 311 établissements dans 74 départements fait apparaître un taux d'infraction élevé puisque près de 59% d'anomalies ont été relevées. 178 avertissements ont ainsi été donnés, 13 procès-verbaux établis, 18 injonctions formulées.

Les rapports d'enquête font en effet état de clauses dénoncées par la Commission des clauses abusives (recommandation n° 08-02). Les enquêteurs ont notamment relevé les clauses ayant pour objet :

- de fixer des durées de préavis dont la durée est quelquefois très excessive,
- de permettre à l'établissement de percevoir une somme forfaitaire destinée à la remise en état des lieux après la libération de la chambre occupée par la personne âgée ;
- de permettre à l'établissement de facturer la totalité du prix de l'hébergement d'un mois en cas de décès ou de libération de la chambre en cours de mois.

Plusieurs de ces clauses abusives ont fait l'objet de dispositions dans le cadre du projet de loi relatif à la consommation (facturation au décès du résident, état des lieux à l'entrée et à la sortie de l'établissement ...).

III. Options possibles et nécessité de légiférer

Un meilleur encadrement des droits des personnes âgées relève de la loi.

IV - Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

Ces dispositions ont un impact sur le fonctionnement des établissements accueillant des personnes âgées, dans la mesure où elles nécessiteront un entretien approfondi lors de l'entrée en établissement. En effet, si le principe du contrat de séjour est désormais ancien, il est ici clairement réaffirmé la recherche du consentement de la personne et de sa libre expression, ce qui nécessitera une adaptation des conditions d'entretien avec la personne. Les gestionnaires d'établissement devront s'organiser en conséquence. Il n'est pas possible d'évaluer de manière quantitative le surplus de temps occasionné par ces évolutions, tant la pratique des établissements en la matière est hétérogène. On peut cependant indiquer que jusqu'à présent ces orientations relevaient de recommandations de bonnes pratiques, élaborées par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux²³ et qu'elles devraient donc être d'ores et déjà mises en œuvre par les gestionnaires d'établissement.

V - Présentation des consultations

Consultations non obligatoires : CNOSS, CNBD, fédérations gestionnaires d'EHPA.

B - Dispositions relatives à la personne de confiance (article L. 311-5-1 CASF)

I. Diagnostic et justification de l'intervention

1. Présentation de l'enjeu de la réforme et du problème à résoudre

Les droits des usagers du secteur social et médico-social ont été renforcés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avec la réaffirmation du respect des droits et libertés des personnes dans le cadre de leur prise en charge.

Des modalités ont été prévues pour les rendre effectifs : obligation d'informer les usagers et de favoriser leur participation, institution d'une personne qualifiée qui a pour rôle d'aider les personnes prises en charge par un établissement ou un service social ou médico-social à faire valoir leurs droits.

En revanche, contrairement à ce qui a été prévu pour les usagers du système de santé avec l'institution de la personne de confiance, les usagers du secteur social et médico-social ne bénéficient pas d'une telle mesure leur permettant de désigner un proche pour les aider, les conseiller et les accompagner dans leurs démarches.

2. Justification de l'intervention

La personne de confiance a un rôle différent de celui de la personne qualifiée et complémentaire à celui-ci.

Inscrite sur la liste en raison de ses compétences (notamment en fonction de sa connaissance du secteur social et médico-social, des droits sociaux et de l'organisation administrative et

²³ ANESM, Qualité de vie en EHPAD, volet 1 : de l'accueil de la personne à son accompagnement. Programme 2011 - 2012

judiciaire), la personne qualifiée est un recours pour les usagers en difficulté pour faire valoir leurs droits. Elle l'accompagne et l'aide dans ses démarches auprès des institutions concernées et assure une médiation pour lui permettre de faire valoir ses droits. Elle ne rend pas seulement compte de son intervention à son «mandant», mais aussi aux autorités chargées du contrôle de l'établissement ou du service concerné.

La personne de confiance connaît un positionnement différent. Proche de la personne et choisie par cette dernière, elle l'accompagne et la conseille dans le cadre d'une relation de confiance. Elle peut, si la personne hébergée le souhaite, assister avec elle aux entretiens, l'accompagner pour accomplir les différentes démarches nécessaires pour une prise en charge sociale et médico-sociale. Elle connaît ses souhaits en matière d'accompagnement et peut ainsi la conseiller utilement et, si la personne n'est plus en état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire, de faire connaître ce qu'elle aurait souhaité dans telle ou telle situation.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

L'institution d'une personne de confiance vise à renforcer les droits des usagers du secteur social et médico-social.

Cette mesure permettra de protéger davantage les personnes vulnérables prises en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

En effet, la personne de confiance peut pour accompagner la personne prise en charge dans ses démarches et ses décisions, elle peut se faire le porte-parole de la personne lorsque cette dernière ne sera plus en état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire.

De manière générale, sa place étant reconnue par la loi, elle pourra être présente auprès de la personne, dans ses relations avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

III. Options possibles et nécessité de légiférer

L'institution d'une personne de confiance nécessite de modifier la loi car cette mesure vise à créer un nouveau droit pour les usagers du secteur social et médico-social.

De plus, l'institution dans la loi de la personne de confiance permet de donner à cette personne une place officielle dans les relations avec l'établissement ou le service social et médico-social qui prend en charge la personne qui l'a désignée.

IV - Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

L'institution d'une personne de confiance n'entraîne pas de surcoût financier.

Elle renforce la protection des personnes accompagnées par un service ou établissement social ou médico-social.

2. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Cette mesure concerne les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont certains sont gérés par des personnes de droit public. Ils devront proposer aux personnes qu'ils prennent en charge de désigner une personne de confiance. Cette mesure constitue un point de vigilance supplémentaire pour les ARS (secteur médico-social) et les DDCCS-PP (secteur social) lors des contrôles diligentés, sans toutefois constituer une charge de travail supplémentaire.

3. Impact sur les personnes physiques et morales (particuliers, entreprises...)

Cette mesure concerne les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont certains sont gérés par des personnes privées. Ils devront proposer à la personne prise en charge de désigner une personne de confiance. Cette personne sera consultée dans le cas où la personne intéressée rencontrerait des difficultés dans la connaissance ou la compréhension de ses droits. Cette mesure constitue une obligation supplémentaire, mais avec un faible impact sur la charge de travail des établissements et services.

Cette mesure renforce la protection des usagers pris en charge dans le secteur social ou médico-social.

V. Textes d'application

L'articulation avec les mesures de protection juridique définies par le code civil a été recherchée afin de ne pas créer un conflit de normes. Ainsi, il est prévu que la mesure ne s'applique pas lorsqu'une mesure de protection juridique est ordonnée et que le juge autorise la personne chargée de la protection à représenter et à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne.

Un décret d'application est prévu.

Conditions d'application dans les collectivités d'outre-mer

La mesure est applicable aux départements d'outre-mer, mais ne l'est pas à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française ou en Nouvelle-Calédonie, car la protection sociale relève de la compétence locale.

VI. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires

Les consultations ont été menées dans le cadre de la concertation générale sur la loi.

VII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

La présente disposition sera complétée par un texte réglementaire pour préciser le rôle de la personne de confiance dans le cadre des différentes prises en charge prévues par le code de

l'action sociale et des familles et prévoir son intervention de manière expresse, ainsi qu'une information à destination des usagers.

Section 2 : protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles

Articles 23 et 24– Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles

I. Diagnostic et justification de l'intervention

Des dispositions ont été prévues dans la loi afin de protéger les personnes vulnérables contre les personnes qui les accompagnent et qui profiteraient de leur vulnérabilité et de l'influence qu'elles pourraient acquérir auprès de ces personnes pour se voir attribuer des dons et legs.

Ainsi, plusieurs catégories de personnes physiques ou morales intervenants auprès de personnes vulnérables font l'objet d'une incapacité de recevoir des dons et legs dans le cadre du code civil ou du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Il s'agit des médecins et des auxiliaires médicaux (article 909 du code civil), des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (article 909 du code civil), les personnes physiques ou morales liées à un établissement social ou médico-social autorisé ou déclaré (propriétaires, administrateurs, employés, bénévoles, associations) (article L331-4 CASF) et les accueillants familiaux à titre onéreux (article L.443-6 CASF). Une protection est également assurée par l'article 1125-1 du code civil pour l'acquisition de biens appartenant à une personne hébergée en EHPAD ou en établissement de soins psychiatriques.

Les intervenants à domicile auprès de personnes vulnérables ne sont pas concernés actuellement par cette incapacité bien que le risque existe tout autant pour eux, en particulier lorsqu'ils s'occupent de personnes âgées. Un arrêt de la Cour de cassation du 25 septembre 2013 relatif à un legs consenti par testament à une aide à domicile rappelle cet état du droit.

La mesure étend donc l'incapacité de recevoir des dons et legs aux intervenants à domicile. Seront ainsi concernées par cette incapacité les personnes physiques et morales liées à un service social ou médico-social ou à un organisme de services à la personne agréée ou déclarée dans le cadre du code du travail, les employés de maison effectuant des tâches d'assistance aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité ou effectuant des tâches ménagères ou familiales au domicile des personnes.

Par ailleurs, une possibilité de contournement des dispositions relatives à l'incapacité à recevoir des dons et legs existe actuellement pour les personnes morales. En effet, l'article 911 prévoyant la nullité de plein droit d'une libéralité par personne interposée alors qu'elles sont frappées d'incapacité à recevoir des dons et legs ne s'applique qu'aux personnes physiques. Le projet de loi étend son application aux personnes morales de manière à donner leur plein effet à l'ensemble des incapacités prévues par la loi.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

L'objectif est de renforcer la protection des personnes vulnérables, notamment des personnes âgées qui ont besoin d'un accompagnement à domicile. Par ailleurs, l'interdiction qui est étendue par cet article n'est pas absolue puisque l'article 909 du code civil permet des «

dispositions rémunératoires » selon le service rendu et la capacité matérielle du donateur ou testateur. Les personnes ayant un accompagnement à domicile pourront, si elles le souhaitent, continuer par exemple à donner des étrennes.

III. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées : Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales et sur les personnes physiques et morales (particuliers, entreprises...)

Cette mesure est susceptible d'avoir un impact financier sur certaines associations qui sont financées par les dons et legs, en limitant leurs ressources. L'incapacité à recevoir des dons et legs ne s'applique que durant la période de prise en charge, c'est-à-dire la période où la personne est vulnérable. Cette même personne pourra, sans obstacle, plus tard à nouveau effectuer des dons et legs à l'association qui gère le service qui l'avait pris en charge, notamment si elle souhaite contribuer au financement de son action.

Par ailleurs, à tout moment, la possibilité de donner à des fonds de dotation demeure par ailleurs possible.

L'impact de cette disposition sur les personnes physiques est majeur puisqu'il s'agit d'une mesure de protection contre les abus dont elles peuvent faire l'objet. S'agissant des personnes morales, notamment des associations concernées, il est important de souligner que l'interdiction des dons et legs est limitée dans le temps à la période d'accompagnement ou de prise en charge de la personne. Elle constitue ainsi une mesure de protection équilibrée permettant d'éviter des situations préjudiciables tant aux personnes âgées ou handicapées qu'aux salariés des associations intervenant auprès d'elles.

IV. Textes d'application

Ces dispositions sont en cohérence et articulées avec les dispositions du code civil régissant les dons et legs. Ces dispositions ne nécessitent pas de texte réglementaire d'application.

V. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires

Les consultations ont été menées dans le cadre de la concertation générale sur le projet de loi.

VI. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

Cette mesure, destinée en particulier à la protection des personnes âgées dépendantes, pourra faire l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de l'âge et/ou dans le cadre des travaux du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

Article 25 - Signalements effectués par les établissements

I. Diagnostic et justification de l'intervention

Afin de garantir la protection des personnes prises en charge dans le secteur social et médico-social et, en particulier, de prévenir les situations de maltraitance, il est nécessaire que les établissements et services informent les autorités administratives compétentes (préfet de département, DDCS, ARS, président du conseil général) de tout évènement ayant pour conséquence de perturber l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement ou du service ou de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge.

Cette exigence n'est actuellement prévue que par une circulaire. Il est donc nécessaire pour qu'elle s'impose aux établissements et services sociaux et médico-sociaux de l'inscrire dans la loi.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

L'inscription dans la loi de cette disposition permettra de contraindre les structures visées à se soumettre à cette obligation de signalement des évènements indésirables et de faciliter la mission de vigilance, de veille, de contrôle et d'accompagnement des ARS (secteur médico-social) et des DDCS-PP (secteur social).

III. Options possibles et nécessité de légiférer

Sans inscription dans la loi, les structures visées peuvent refuser de se soumettre à cette exigence.

IV - Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

Cette mesure n'a aucun impact financier, ni d'incidence sur la charge de travail des acteurs (procédure déjà en place et appliquée par nombre d'acteurs). Elle présente en revanche des avantages pour les usagers (meilleure protection) et les autorités administratives (missions facilitées, notamment en matière de repérage des risques de maltraitance).

2. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Une procédure est déjà en place (circulaire), mais dont l'application doit être développée. Le volume accru de signalements ne devrait avoir qu'un impact limité sur la charge de travail. A prévoir toutefois, selon les territoires, un impact sur l'organisation du travail des services des autorités administratives compétentes (recueil et traitement des signalements, coordination du suivi avec les autres autorités administratives ...).

Les départements sont également associés à ces dispositions, pour le recueil des informations qui leur sont transmises, pour les suites à apporter dans leurs champs de compétence, ainsi que pour leur participation à la coordination indispensable avec les autres autorités administratives (ARS et préfet de département).

3. Impact sur les personnes physiques et morales (particuliers, entreprises ...)

Une procédure est déjà en place (circulaire), mais dont l'application doit être développée. Le volume accru de signalements ne devrait avoir qu'un impact limité sur la charge de travail,

avec peut-être une évolution de l'organisation du travail dans certains établissements et services.

En revanche, cette mesure combinée à d'autres actions devrait contribuer au développement de démarches d'amélioration continue de la qualité des prises en charge et de la bientraitance des usagers, dont certaines dispositions du projet de loi permettront aux autorités compétentes d'évaluer le niveau de réalisation et d'accompagner les évolutions nécessaires dans les structures insuffisamment « bien traitantes ».

Ainsi, cette mesure devrait renforcer la protection des personnes prises en charge et le respect de leurs droits, notamment en facilitant le repérage des risques de maltraitance.

V. Textes d'application

Textes d'application nécessaires : un décret en Conseil d'État fixant les modalités de transmission des informations aux autorités administratives.

VI. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires

Les consultations ont été menées dans le cadre de la concertation générale sur le projet de loi.

VII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

L'administration centrale chargée du pilotage de la politique de lutte contre la maltraitance (DGCS) assurera le suivi de l'application des dispositions de la loi, en s'appuyant sur les DDCS/DDCSPP (secteur social) et les ARS (secteur médico-social) selon les nouvelles modalités et procédures prévues par les textes portant création de ces services.

De plus, cette mesure, destinée en particulier à la protection des personnes âgées dépendantes, pourra faire l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de l'âge et/ou dans le cadre des travaux du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (si cette instance est maintenue avec la création du Haut Conseil de l'âge).

Section 3 : protection juridique des majeurs

Article 26 - Document individuel de protection des majeurs

I. Diagnostic et justification de l'intervention

1. Présentation de l'enjeu de la réforme et du problème à résoudre

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a harmonisé et professionnalisé l'exercice de la fonction de mandataire judiciaire à la protection des majeurs. Elle a également étendu à ce secteur les droits des usagers prévu par le code de l'action sociale et des familles.

Toutefois, en ce qui concerne les documents relatifs aux droits des usagers, l'harmonisation n'a pas été complète. L'élaboration du document individuel de protection des majeurs n'a été rendu obligatoire par la loi de 2007 que pour les services mandataires. Les droits des personnes protégées sont donc différents selon le mandataire qui les prend en charge.

2. Justification de l'intervention

Le document individuel de protection des majeurs, s'inspirant du document individuel de prise en charge applicable aux usagers du secteur social et médico-social, est établi par le mandataire avec la participation de la personne protégée, qui doit être associée à son élaboration et à qui le document est remis. Il permet ainsi de formaliser la prise en charge prévue en lien avec la personne, de renforcer l'individualisation de la mesure de protection et d'associer la personne protégée à sa protection.

La mesure législative prévoit donc l'extension de l'obligation d'élaborer un document individuel de protection des majeurs aux mandataires personnes physiques exerçant à titre individuel ou en qualité de préposé d'établissement.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

L'objectif de cette mesure est de renforcer les droits des usagers : quel que soit le mandataire chargé d'exercer la mesure de protection le majeur protégé bénéficie des mêmes droits (extension de ce droit aux personnes prises en charge par un mandataire personne physique, exerçant à titre individuel ou en qualité de préposé d'établissement).

III. Options possibles et nécessité de légiférer

Les droits des usagers sont fixés par la loi.

IV - Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

Cette disposition législative a un impact sur le majeur protégé : il renforce ses droits et sa protection, en particulier en termes d'individualisation de la prise en charge.

2. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Cette disposition concerne certains établissements médico-sociaux publics et certains établissements publics de santé. Les établissements publics d'hébergement des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées et les établissements de santé publics participant au service public hospitalier dispensant des soins de psychiatrie ou de longue durée ont en effet, à partir d'un seuil, l'obligation de disposer d'un préposé d'établissement. Ces préposés d'établissement devront élaborer et remettre un nouveau document aux personnes qu'ils prennent en charge. Leur nombre est estimé à 573 au 1er janvier 2012. L'impact administratif devrait être limité. Le document de protection du majeur formalise la prise en charge

effectuée ou prévue par le mandataire. Cette démarche est déjà effectuée sous d'autres formes par certains mandataires personnes physiques.

Par ailleurs, dans l'exercice de ses missions, le mandataire doit déjà chercher à recueillir le consentement de la personne protégée.

Cette mesure constitue enfin un point de vigilance supplémentaire pour les DDCS-PP lors des contrôles diligentés par le préfet de département, sans toutefois constituer une réelle charge de travail supplémentaire.

3. Impact sur les personnes physiques et morales (particuliers, entreprises...)

Cette disposition législative concerne également les mandataires personnes physiques exerçant à titre individuel, qui devront élaborer et remettre un nouveau document aux personnes qu'ils prennent en charge. 1396 mandataires individuels exercent des mesures au 1er janvier 2013. L'impact économique est limité. Le document de protection du majeur formalise la prise en charge effectuée ou prévue par le mandataire. Cette formalisation de la prise en charge est souvent déjà effectuée par le mandataire, même si ce n'est pas sous la forme de ce document. Par ailleurs, dans l'exercice de ses missions, le mandataire doit déjà chercher à recueillir le consentement de la personne protégée.

V. Textes d'application

Textes d'application nécessaires : un décret simple

Le contenu du document individuel de protection des majeurs est déjà défini dans le code de l'action sociale et des familles (article D.471-8).

En application de cet article, le document individuel doit comporter obligatoirement les éléments suivants : 1° un rappel de la nature et des objectifs généraux de la mesure de protection ; 2° une information personnalisée sur les objectifs personnels de la mesure de protection ; 3° une description des modalités concrètes d'accueil de la personne protégée par le service et des conditions dans lesquelles ont lieu les échanges entre le service et la personne protégée ; 4° une présentation des conditions de participation de la personne au financement de sa mesure de protection et une indication sur le montant prévisionnel des prélèvements opérés, à ce titre, sur ses ressources. La mention, le cas échéant, de la participation de la personne protégée à l'élaboration du document.

Le contenu des mentions obligatoires est adapté à l'ensemble des mandataires. Cependant, cet article doit être modifié afin de remplacer le mot « service » par le mot « mandataire ».

Compatibilité et articulation avec le droit européen : ce champ relève de la compétence des Etats.

VI. Conditions d'application dans les collectivités d'outre-mer

Applicable aux départements d'outre-mer.

Applicable à Wallis-et-Futuna et en Polynésie française car non dissociable de la capacité des personnes (matière d'identité législative) mais elle doit faire l'objet d'une adaptation (la référence pour les services mentionnée dans l'article L.471-8 a été opérée pour ces collectivités dans l'ordonnance n° 2012-1222 du 2 novembre 2012).

Non applicable à la Nouvelle-Calédonie car conformément au 4° du III de l'article 21 et à l'article 26 de la loi organique du 19 mars 1999, la compétence en matière de droit civil, de règles concernant l'état civil et le droit commercial est transférée à la Nouvelle-Calédonie. Ce transfert est intervenu le 1er janvier 2014.

VII. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires

Les consultations ont été menées dans le cadre de la concertation générale sur la loi.

Par ailleurs, cette mesure a été présentée lors du comité national de suivi de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 du 21 novembre 2013 qui réunit l'ensemble des acteurs de la protection des majeurs.

VIII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

L'évaluation sera menée dans le cadre du comité national de suivi de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007.

Article 27 - Procédure d'agrément des mandataires individuels

I. Diagnostic et justification de l'intervention

La loi du 5 mars 2007 a créé pour les mandataires individuels, comme pour les services mandataires, un lien entre leur habilitation et les besoins définis par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale consacré à la protection juridique des majeurs. L'agrément ne peut être délivré que si les besoins identifiés dans le schéma ne sont pas satisfaits.

Aujourd'hui, le dépôt des demandes d'agrément s'effectue au fil de l'eau. Aussi, la mise en œuvre de la condition de compatibilité avec le schéma repose uniquement sur le fondement de la date de demande d'agrément.

En l'absence de fenêtre de dépôt des demandes pour examiner plusieurs demandes en même temps, la procédure actuelle ne permet pas réellement d'organiser un examen de plusieurs demandes sur une période donnée et en fonction de critères de qualité.

Il importe donc d'introduire dans le régime d'agrément des mandataires individuels une procédure d'appel à candidatures.

La nouvelle procédure d'agrément se déroulera en plusieurs étapes :

1. appel à candidature lancé par le préfet de département,
2. examen de la recevabilité par le préfet de département,
3. classement et sélection des candidatures,

4. avis du procureur de la République sur les candidatures sélectionnées

5. délivrance de l'agrément aux candidats ayant reçu un avis conforme du procureur.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

L'objectif est d'améliorer la procédure d'agrément, d'assurer un traitement plus équitable des candidats et de renforcer la qualité des agréments délivrés. Le classement et la sélection des candidatures seront effectués en fonction des objectifs et des besoins inscrits dans le schéma régional et de critères définis par décret en Conseil d'Etat permettant d'assurer la proximité et la qualité de prise en charge.

III. Options possibles et nécessité de légiférer

La procédure d'agrément des mandataires individuels est prévue par la loi.

IV - Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

Néant

2. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Cette disposition n'alourdira pas sensiblement la charge de travail des administrations publiques, l'impact étant à prévoir plutôt sur l'organisation du travail. En effet, les dossiers de demande d'agrément sont déjà reçus et instruits par les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS-PP). Par ailleurs, le rôle et la place du procureur de la République, après la phase de recevabilité, ne sont pas modifiés.

3. Impact sur les personnes physiques et morales (particuliers, entreprises ...)

La nouvelle mesure va modifier la procédure d'agrément des mandataires exerçant à titre individuel qui sont des personnes physiques.

Elle aura pour effet, d'une part, de limiter à des périodes données la possibilité d'effectuer une demande d'agrément et, d'autre part, que le refus ou l'acceptation de l'agrément ne soit pas déterminé en fonction de la date de dépôt de la demande mais en fonction de la qualité du projet présenté par le candidat.

Une amélioration de la qualité de prise en charge des personnes protégées liée à la sélection des meilleurs candidats est attendue.

V. Textes d'application

Un décret simple est prévu pour déterminer notamment les informations qui doivent être fournies par les candidats.

Un décret en Conseil d'Etat est prévu pour définir les critères permettant d'assurer la proximité et la qualité de prise en charge.

VI. Conditions d'application dans les collectivités d'outre-mer

Cette mesure est applicable aux départements d'outre-mer, mais ne l'est pas à Wallis-et-Futuna et en Polynésie française car non dissociable de la capacité des personnes (matière d'identité législative), mais elle doit faire l'objet d'une adaptation car l'autorité compétente en matière d'habilitation est différente ; cette disposition avait été adaptée pour ces collectivités dans l'ordonnance n° 2012-1222 du 2 novembre 2012).

Elle n'est pas applicable à la Nouvelle-Calédonie car conformément au 4° du III de l'article 21 et à l'article 26 de la loi organique du 19 mars 1999, la compétence en matière de droit civil, de règles concernant l'état civil et le droit commercial est transférée à la Nouvelle-Calédonie. Ce transfert est intervenu le 1er janvier 2014.

VII. Présentation des consultations menées

. Consultations non obligatoires

Les consultations ont été menées dans le cadre de la concertation générale sur la loi.

Par ailleurs, cette mesure a été présentée lors du comité national de suivi de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007, tenu le 21 novembre 2013 qui réunit l'ensemble des acteurs de la protection des majeurs.

VII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

L'évaluation sera menée dans le cadre du comité national de suivi de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007.

Article 28 - Extension de la procédure simplifiée de sauvegarde de justice médicale aux personnes hébergées dans un établissement médico-social

I. Diagnostic et justification de l'intervention

La liberté d'aller et venir étant une liberté fondamentale, les établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées peuvent être confrontés à des difficultés pour s'assurer de la sécurité de personnes qui ne sont pas sous mesure de protection juridique mais qui, du fait de l'altération de leurs facultés mentales, se mettent en danger lors de leurs déplacements.

La mesure a donc pour objet de faciliter et d'accélérer la mise en place d'une protection juridique de ces personnes si elle s'avère nécessaire. Actuellement, les personnes soignées en établissement de santé peuvent être placées sous sauvegarde de justice par déclaration du médecin au procureur de la République. Cette déclaration n'a pas à être accompagnée par l'avis conforme d'un psychiatre. Il est proposé d'étendre l'application de cette procédure simplifiée, prévue par le code de la santé publique, aux personnes hébergées dans un établissement social et médico-social.

II. Description du ou des objectifs poursuivis

L'objectif est de renforcer la protection des personnes hébergées en établissement médico-social ou social, qui ne sont pas sous mesure de protection juridique mais qui subissent une altération de leurs facultés mentales. Cette mesure permet d'harmoniser les dispositions entre établissements de santé et établissements médico-sociaux, dont la distinction dans ce domaine ne se justifie pas.

La procédure de placement sous sauvegarde de justice est simplifiée puisque l'avis conforme du psychiatre n'est plus nécessaire pour qu'elle soit mise en œuvre. Elle devrait permettre au juge, si la situation de la personne le justifie, de désigner un mandataire spécial pour accomplir un ou plusieurs actes précis, de représentation ou d'assistance, que la protection de la personne rend nécessaire. Ainsi, cette disposition permettra notamment de faciliter la désignation d'un mandataire spécial.

III. Options possibles et nécessité de légiférer

La protection de ces personnes nécessite parfois une restriction de leur capacité, ce qui ne peut être effectué que par la loi.

IV - Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

L'extension de la sauvegarde de justice aux personnes hébergées dans un établissement médico-social a pour objectif d'accélérer la mise en place d'une protection et ne devrait pas occasionner une augmentation sensible de l'activité des procureurs de la République et des juges des tutelles puisque les personnes concernées auraient fait probablement l'objet d'une demande de mesure de protection de tutelle ou curatelle au lieu d'un placement sous sauvegarde.

2. Impact sur les personnes physiques et morales (particuliers, entreprises...)

L'impact prévu est un renforcement de la protection des personnes concernées.

La mesure n'alourdira pas la charge de travail des établissements d'hébergement et facilitera leurs actions en faveur de la sécurité des personnes qu'ils accueillent.

V. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires

Les consultations ont été menées dans le cadre de la concertation générale sur la loi.

VI. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

Cette mesure, destinée en particulier à la protection des personnes âgées dépendantes, pourra faire l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de l'âge et/ou dans le cadre des travaux du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

TITRE III - ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE (articles 29 à 45)

Chapitre 1er : revaloriser et améliorer l'APA à domicile

Articles 29 et 30 - Revaloriser et améliorer l'APA à domicile

I – Diagnostic et justification de l'intervention :

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA), instaurée par la loi du 20 juillet 2001, ouvre droit à toute personne âgée résidant en France, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, à une allocation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les « soins de santé » qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de leur vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

A domicile, l'APA permet aux personnes de couvrir tout ou partie des frais induits par la perte d'autonomie et figurant dans un plan d'aide individualisé élaboré par l'équipe médico-sociale du Conseil général.

L'APA est universelle dans le sens où l'éligibilité à l'allocation ne dépend pas des ressources de la personne ou du ménage, mais où son montant est modulé en fonction des revenus du bénéficiaire, selon un mode de calcul prévu par le premier alinéa de l'article L. 232-4 et déterminé par l'article R.232-11 du code de l'action sociale et des familles. La participation du bénéficiaire dépend donc de son revenu : en 2013 elle est nulle pour un revenu individualisé inférieur à 734,66 euros puis croît linéairement en fonction du revenu. A partir de 2927,66 €, la participation du bénéficiaire est constante à 90 % du montant du plan d'aide. En outre, l'allocation est plafonnée à un montant variant en fonction du degré de dépendance (GIR 1 à 4, correspondant à la dépendance la plus lourde, évaluée à partir de la grille nationale AGGIR) du bénéficiaire.

Au 31 décembre 2011, on compte en France (y compris DOM) 722 000 bénéficiaires de l'APA à domicile dont presque 80 % en GIR 3 et 4 et 20 % en GIR 1 et 2. Avec les barèmes et les plafonds actuels, on observe d'une part un nombre important de plans d'aides dits saturés, au sens où les bénéficiaires ont probablement besoin de plus d'aide qu'il est possible de leur accorder, et un non recours pour les bénéficiaires dont le ticket modérateur représente une part importante du revenu. Selon les estimations de la DREES, 20 % des plans d'aide sont saturés en 2011 avec, de surcroît, une grande hétérogénéité entre GIR puisque la part des plans d'aide saturés atteint 42 % pour les GIR 1, et 13 % pour les GIR 4.

Ce taux de saturation des plans d'aide est également variable en fonction du revenu des bénéficiaires. On observe une courbe en U des taux de saturation en fonction du revenu. En particulier, les bénéficiaires dont le revenu est bas mais suffisamment élevé pour qu'ils acquittent une participation ont un taux de saturation plus bas que les bénéficiaires dont le revenu justifie une participation nulle. On peut voir ici l'effet de l'application du ticket modérateur sur le recours des bénéficiaires : les équipes médico-sociales sous-

dimensionneraient certains plans d'aide pour tenir compte de la contrainte budgétaire des ménages. A titre d'exemple, un bénéficiaire ayant un revenu de 1 500 euros par mois, en GIR 4, et dont les besoins sont évalués au plafond, acquitte une participation de 176 euros par mois, soit presque 12 % de son revenu. La même personne au plafond du GIR 1 acquitte la somme mensuelle de 410 euros soit 27 % de son revenu mensuel.

Les barèmes actuels de l'APA font donc peser sur certains bénéficiaires une contrainte budgétaire qui ne leur permet pas de bénéficier de toute l'aide dont ils ont besoin pour rester à domicile dans de bonnes conditions ou qui grève fortement leur budget. Ceci est particulièrement vrai pour les personnes à revenus modestes et moyens, situés entre 740 euros et 2000 euros par mois, et parmi elles, en particulier, pour les personnes dont le montant du plan d'aide est élevé.

Les plans d'aide sont également insuffisamment diversifiés dans la mesure où, en moyenne, 90% d'un plan d'aide est consacré à de l'aide humaine. Cette importance de la part de l'aide humaine laisse peu de marge pour diversifier la palette des interventions et des modalités de soutien, au profit notamment des aides techniques, de l'aménagement du logement ou de l'accueil temporaire.

L'adéquation des modalités d'évaluation du besoin d'aide au travers de la grille AGGIR pose également question. Le comité scientifique institué par la loi du 20 juillet 2001 observait ainsi dès 2003 que la grille AGGIR, si elle constitue un indicateur commode pour résumer simplement une situation complexe, n'est pas apte, à elle seule, à décrire l'ensemble des problèmes quotidiens du domicile ni la complexité des dimensions psychiques. Elle ne permet pas d'apprécier les habitudes de vie, les compensations apportées ou non par l'environnement social, la mobilité, le réseau relationnel, les conditions d'habitat, autant de dimensions qu'il serait pourtant nécessaire d'apprécier pour établir un plan d'aide en cohérence avec les besoins et des attentes de la personne. Selon une enquête de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS) conduite en 2010, sept ans après la formulation des recommandations du comité scientifique, 52 départements avaient formalisé une méthode d'évaluation des situations et/ou d'élaboration des plans d'aide en complément du guide et de la grille AGGIR et 14 en avaient le projet.

S'agissant du processus d'attribution de l'APA, l'allocation est décidée par le Président du conseil général sur proposition de la commission de proposition et de conciliation prévue à l'article L. 232-12. Or, ainsi que l'a relevé l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans ses rapports de 2009 et 2010 relatifs à la gestion de l'APA, l'obligation de consulter la commission génère des délais non négligeables et n'apporte généralement que peu de plus-value, dès lors que la commission n'intervient qu'après que le plan d'aide a été élaboré par l'équipe médico-sociale et accepté par le demandeur. Dans ces conditions, la marge d'appréciation dont dispose la commission et le Président du conseil général est, en pratique, quasiment nulle, le rôle de la commission se limitant généralement à entériner, pour l'essentiel, une liste de décisions préparées qu'elle ne fait que retarder.

La loi pose le principe du calcul de la participation financière du bénéficiaire suivant un barème revalorisé chaque année comme les pensions de retraite aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale. Pour autant, les rapports précités de l'IGAS ont établi que la plupart des départements ne procèdent au réexamen des ressources des bénéficiaires que sur leur demande ou aux échéances de renouvellement du plan d'aide définies par le conseil général, échéances variables suivant les départements. L'actualisation de la base ressources

des bénéficiaires représente en effet une charge administrative non négligeable, dans la mesure où la plupart des départements n'ont pas de relations directes avec les services fiscaux pour faciliter l'obtention des avis d'imposition ou de non-imposition des bénéficiaires.

Enfin, la loi confie aux départements la responsabilité d'assurer un suivi et un contrôle de la bonne utilisation de la prestation. La réalisation de ce contrôle d'effectivité, compte tenu du nombre de personnes concernées, exige des moyens importants, en particulier pour le contrôle sur pièces à posteriori et la récupération des indus, que le développement de l'utilisation du CESU préfinancé ou du paiement direct aux prestataires (tiers payant) pourrait permettre de limiter.

II – Description du ou des objectifs poursuivis :

La réforme envisagée poursuit trois objectifs :

- mieux évaluer et prendre en compte les besoins des bénéficiaires dans leur environnement de vie et le respect de leur projet ;
- renforcer l'accessibilité de l'aide ;
- rationaliser la gestion de la prestation.

En ce qui concerne le premier objectif, l'outil d'éligibilité à l'aide (grille AGGIR) sera complété 29 1° par une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins du demandeur et de ses aidants au travers d'un référentiel. Le caractère multidimensionnel de l'évaluation vise à appréhender les différentes dimensions de la situation de la personne (état de santé, activités, habitudes de vie, environnement physique dont logement, environnement familial, social...). Ces différents éléments ayant un impact important sur le besoin d'aide de la personne, cette analyse permettrait d'apporter une réponse plus complète à la personne âgée et ses aidants, en articulant les différentes formes de réponses qui seront prises en compte dans le cadre du plan d'aide avec l'ensemble des aides et des soins nécessaires à la personne.

Cette évaluation permettrait ainsi à l'équipe médico-sociale, au-delà du plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3, de proposer toute aide complémentaire utile au soutien à domicile du bénéficiaire ou au soutien de ses aidants, y compris celles déjà mises en place ou non prises en charge au titre de l'APA.

Le Gouvernement prévoit par ailleurs une mesure réglementaire visant à augmenter les plafonds de l'APA pour tenir compte du nombre important de plans d'aide saturés.

Le second objectif serait atteint par la diminution du reste à charge des personnes dont le revenu est modeste ou moyen et le plan d'aide élevé (article 29 3°). Pour cela, il est prévu :

- un alignement du point d'entrée du ticket modérateur sur l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), soit une élévation du point d'entrée de 50 euros. Il s'agit ici de compenser le fait que l'ASPA a augmenté plus vite que la majoration pour tierce personne (qui sert de base au calcul du point d'entrée). De fait, aujourd'hui, certaines personnes qui ont une retraite proche de l'ASPA doivent acquitter une participation alors que leurs ressources n'excèdent pas l'ASPA ;

- un abattement du ticket modérateur qui dépend à la fois du montant du plan d'aide et du revenu du bénéficiaire.

Plus précisément, l'abattement prévu fonctionnera de la manière suivante, selon le même principe que l'imposition sur le revenu, c'est-à-dire ici en pratiquant un abattement sur l'euro marginal du montant du plan d'aide :

- pour les plans d'aide inférieurs à 350 euros, le ticket modérateur est inchangé ;

- pour les plans d'aide compris entre 350 et 550 euros, sera appliqué un abattement de 60 % du ticket modérateur quand le revenu se situe au niveau de l'ASPA (sur la part du plan d'aide situé entre 350 et 550 euros). L'abattement décroît linéairement jusqu'à devenir nul au point de sortie du ticket modérateur de l'APA ;

- pour les plans d'aide au-delà de 550 euros, sera appliqué un abattement au maximum de 80 % (sur la part du plan d'aide situé au-delà de 550 euros) pour un revenu égal à l'ASPA et qui décroît linéairement jusqu'à devenir nul pour un revenu égal au point de sortie du ticket modérateur de l'APA.

Ce nouveau barème se distingue donc de l'ancien par l'abattement pratiqué sur les tranches de plan d'aide élevées. Cet abattement dépend également du revenu du bénéficiaire, ce qui permet de concentrer l'effort sur les revenus mensuels compris entre 740 euros (en deçà de ce montant le ticket modérateur est déjà nul aujourd'hui) et 2 000 euros.

Le troisième objectif passe par :

- le développement de l'utilisation du CESU et du paiement direct aux prestataires de service. La possibilité du paiement direct serait étendue aux organismes qui fournissent l'aide technique, réalisent l'aménagement du logement ou assurent l'accueil temporaire ou le répit à domicile (article 29 8°) ;

- la systématisation des transmissions de données des administrations fiscales aux services instructeurs des conseils généraux portant sur les ressources des bénéficiaires de l'APA prises en compte dans le calcul de la participation financière des bénéficiaires, afin de favoriser leur réexamen annuel.

III – Options possibles et nécessité de légiférer

S'agissant des mesures visant à mieux prendre en compte les besoins des bénéficiaires, l'augmentation des plafonds de l'APA sera mise en œuvre par décret. L'instauration d'une évaluation multidimensionnelle ainsi que la possibilité pour l'équipe médico-sociale d'identifier d'autres aides utiles que celles prévues au plan d'aide nécessitent en revanche une modification des dispositions actuellement prévues par la loi dans l'article L. 232-6.

Concernant le renforcement de l'accessibilité financière de l'aide, une première option, visant à apporter une aide supplémentaire aux personnes les plus dépendantes, aurait consisté à augmenter uniquement les plafonds actuels. Cette mesure ne permettrait pas de réduire le reste à charge des personnes les plus dépendantes (et même, au contraire, l'accroîtrait pour les personnes dont le plan d'aide serait revalorisé au-delà du plafond actuel), et n'aurait donc pas d'effet pour réduire le non recours des ménages modestes.

Une seconde option, afin de réduire la participation des ménages modestes, aurait consisté à modifier réglementairement le barème actuel du ticket modérateur. La loi permet actuellement de faire varier la participation des bénéficiaires en fonction du revenu uniquement. Afin de

mieux assurer la solvabilité de l'aide à domicile des personnes âgées dépendantes, une option envisageable, sans nouvelle règle de droit, serait donc d'augmenter le point d'entrée du ticket modérateur. Cette solution ne permettrait cependant pas d'atteindre les objectifs fixés. Cette mesure bénéficierait en effet à tous les plans d'aide, sans privilégier les plans d'aide lourds ; la mesure aurait donc occasionné une dispersion des moyens financiers en direction de personnes peu ou moyennement dépendantes dont le taux d'effort ne constitue pas actuellement une barrière au recours à l'aide à domicile.

S'agissant des mesures de rationalisation de la gestion de la prestation, la loi précise les conditions du paiement direct aux prestataires de services. Une modification de ces dispositions impose donc de passer par une mesure législative.

La possibilité de verser tout ou partie de l'APA sous forme de CESU ne figure pas aujourd'hui de façon explicite dans les textes législatifs relatifs à l'APA, alors que la loi la prévoit par exemple pour la prestation de compensation du handicap. L'option retenue, qui consiste à prévoir cette possibilité dans l'article L. 232-15, semble la plus à même de favoriser le développement de ce mode de paiement et son acceptation par les bénéficiaires, tout en rappelant la condition, essentielle, posée par l'article L. 1271-2 du code du travail, de l'accord du salarié à être déclaré et rémunéré sous cette forme.

Les règles relatives à la transmission par les services fiscaux aux institutions pour la mise en œuvre des législations qui les concernent relèvent de la partie législative du livre des procédures fiscales. La transmission par les services fiscaux aux départements d'informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'APA relève donc d'une mesure législative.

IV – Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées :

1. Conséquences sociales

Le présent chapitre améliore la situation des personnes âgées en perte d'autonomie par le renforcement de la prévention de la perte d'autonomie et du soutien à domicile. Il permet également la mise en œuvre d'une évaluation systématique de la situation des proches aidants dans le cadre de l'examen des demandes d'APA, afin d'identifier leurs besoins de soutien. Il n'a pas d'impact sur les plans de l'environnement.

Les mesures relatives à la revalorisation des plafonds et au renforcement de l'accessibilité de l'aide, induisent un coût supplémentaire pour les finances publiques, évalué ci-après. Les autres dispositions du présent chapitre n'ont pas d'impact financier.

2. Evaluation des conséquences économiques, et financières,

L'impact financier de la revalorisation des plafonds et de la refonte du barème de la participation financière a été chiffré par la DREES à l'aide d'un modèle de micro-simulation baptisé « autonomix ». Ce modèle est fondé sur des remontées de données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA, collectées par la DREES auprès de 64 conseils généraux sur

l'année 2011. La base de données contient des éléments sur le bénéficiaire (caractéristiques, revenus...) et sur son parcours dans l'APA (plan d'aide, GIR, date d'entrée...). Il permet de calculer un reste à charge au niveau individuel et de simuler l'impact d'un changement de barème sur ce reste à charge.

La réforme simulée par la DREES comprend à la fois le changement de calcul du ticket modérateur décrit plus haut, et une augmentation des plafonds de l'APA de 400 euros pour les GIR 1 (nouveau plafond à 1704,84 euros, hors impact des éventuelles revalorisations de droit commun susceptibles d'intervenir avant entrée en vigueur de la loi), de 250 euros pour les GIR 2 (nouveau plafond à 1368,43 euros), de 150 euros pour les GIR 3 (nouveau plafond à 989 euros) et de 100 pour les GIR 4 (nouveau plafond à 659,22 euros). Le coût total de cette réforme (en France entière) pour les finances publiques est estimé à 350 millions d'euros par an.

3. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques :

Le coût supplémentaire qu'induit la réforme pour les départements sera compensé par l'affectation de ressources supplémentaires issues de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) mentionnée à l'article L. 14-10-4.

Par ailleurs, le développement du recours au CESU et aux mécanismes de paiement direct aux prestataires garantit le contrôle d'effectivité de l'utilisation de l'APA. Il s'agit en effet d'un moyen de paiement dédié, qui ne peut être utilisé pour payer des services n'entrant pas dans le champ d'utilisation du CESU préfinancé fixé à l'article L. 129-5 du code du travail. Il dispense donc les départements du contrôle sur pièce et de la récupération des indus, leur permettant de générer des économies de gestion importantes, sur le plan financier comme sur celui des ressources humaines.

4. Impact sur les personnes physiques et morales :

Le tableau suivant présente l'impact de la réforme par GIR et par revenu sur le champ de la France métropolitaine (les données pour les départements d'outre-mer ne sont pas disponibles pour la micro simulation ; au vu des effectifs le coût de la réforme pour ces territoires est estimé à 10 millions d'euros). Le nouveau barème fait de nombreux gagnants puisque 86 % des bénéficiaires fin 2011 seraient gagnants. A plan d'aide inchangé, la réforme ne fait strictement aucun perdant. Globalement les bénéficiaires de l'APA ont des revenus modestes, et l'effort est concentré sur les plus dépendants du fait de l'abattement du ticket modérateur en fonction du montant des plans d'aide. Pour les GIR 4, seuls ceux qui ont les plans les plus lourds sont gagnants.

Impact de la réforme selon le GIR et le revenu

	<i>Effectifs</i>	<i>Surcoût annuel (dépenses d'APA) (M€)</i>	<i>% Gagnants</i>	<i>Gain mensuel moyen des gagnants (€)</i>
GIR 1	17 410	33	87%	179
GIR 2	121 873	138	87%	108

GIR 3	152 516	92	86%	58
GIR 4	404 619	75	85%	18
Total GIR 1-4	696 418	338	86%	47

<i>Revenu mensuel individuel (€)</i>	<i>Effectifs</i>	<i>Surcoût annuel (dépenses d'APA) (M€)</i>	<i>% Gagnants</i>	<i>Gain mensuel moyen des gagnants (€)</i>
< 710	111 909	39	24%	117
710 – 760	25 977	9	99%	31
760-1000	154 851	75	100%	40
1000-1500	252 643	142	100%	47
1500-2000	90 521	53	100%	49
2000-2500	33 646	17	100%	43
2500 et plus	26 871	3	51%	17
Total	696 418	338	86%	47

Sources : calculs DREES – Modèle Autonomix Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile au 01/01/2012

Quelques cas-types permettent d'apprécier l'impact de la réforme au niveau individuel. Ainsi, pour une personne en GIR 1 dont le plan d'aide est aujourd'hui plafonné, ce qui représente une aide à domicile, avant application du ticket modérateur, de 1305 euros par mois, deux cas de figure se présentent :

- si la personne n'a pas de besoins au-delà de ce plafond actuel :

- si la personne a un revenu inférieur à 700 euros par mois, sa situation ne change pas, ses besoins sont déjà couverts par l'APA et elle n'acquies aucun ticket modérateur ;
- si la personne a un revenu de 787 €, soit le montant de l'ASPA, alors la personne acquies aujourd'hui un ticket modérateur de 28 € par mois. Elle n'en paiera plus avec le nouveau barème proposé du fait de l'alignement du point d'entrée sur l'ASPA ;
- si la personne a un revenu de 1500 euros mensuel, elle paye aujourd'hui une participation de 410 euros par mois. Avec le nouveau barème elle ne payera que 246 euros par mois, soit 163 euros de moins ;
- pour un revenu de 3 000 euros mensuel le ticket modérateur est aujourd'hui de 1 174 euros. Il est inchangé avec le nouveau barème.

- si la personne a des besoins au-delà du plafond actuel, et si son plan d'aide révisé est de 1705 euros (nouveau plafond du GIR 1 après réforme) :

- si la personne a un revenu inférieur à 700 euros par mois, elle bénéficie d'une aide supplémentaire de 400 euros correspondant à l'augmentation du plafond. En passant par un prestataire cela permet de financer en moyenne 20 heures d'aide à domicile en plus par mois, et/ou de diversifier le plan d'aide avec d'autres prestations ;
- si la personne a un revenu de 787 euros, son ticket modérateur passe de 28 euros avant la réforme à 0, et elle bénéficiera d'environ 20 heures d'aide à domicile en plus par mois et/ou d'une diversification du plan d'aide avec d'autres prestations ;

- si la personne a un revenu de 1 500 euros par mois, elle acquittait un ticket modérateur de 410 euros pour un montant d'aide de 1 305 euros. Après la réforme, elle participera à la prise en charge à hauteur de 302 euros par mois, soit 108 euros de moins, et bénéficiera d'environ 20 heures d'aide à domicile en plus par mois et/ou d'une diversification du plan d'aide avec d'autres prestations ;

pour un revenu de 3 000 euros mensuels, le calcul du ticket modérateur n'est pas modifié. La personne bénéficiera d'une prise en charge de 10 % de ses dépenses d'aide au-delà des anciens plafonds. Elle bénéficiera d'environ 20 heures d'aide à domicile en plus par mois et/ou d'une diversification du plan d'aide avec d'autres prestations, et d'un montant d'APA de 170 euros, contre 130 euros avant la réforme, en acquittant le ticket modérateur correspondant à règle inchangée pour ce niveau de ressources.

4. Impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

On sait que l'espérance de vie entre les femmes et les hommes n'est pas la même ; les femmes ayant une espérance de vie supérieure aux hommes, et ce à tout âge. L'écart d'espérance de vie à la naissance entre les femmes et les hommes est d'un peu plus de 6 ans en 2012²⁴ (84,8 ans contre 78,4 pour les hommes) même si, depuis 1994, il tend à se réduire. L'écart entre femmes et hommes concernant l'espérance de vie à 60 ans diminue également, se stabilisant autour de 4,5 ans en 2012²⁵. Cette tendance se confirme dans les projections à long terme : « *les hommes gagneraient davantage d'années d'espérance de vie à 65 ans que les femmes d'ici 2060* »²⁶.

Cependant, lorsqu'on considère l'espérance de vie en bonne santé, l'écart entre les femmes et les hommes n'est que de 1 an et demi²⁷. Les projections à horizon 2060 montrent « *un récent ralentissement de la progression de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans comparativement à l'espérance de vie. [...] Les années d'espérance de vie gagnées ne semblent plus être entièrement des années de vie sans incapacité* »²⁸. On estime donc que l'augmentation de l'espérance de vie ne supposera pas la réduction de l'accès aux prestations sociales liées à la dépendance mais, du fait de la plus longue espérance de vie des femmes, elles seront plus nombreuses à en solliciter le bénéfice.

²⁴ Ministère des Droits des femmes, *Chiffres clés de l'égalité entre les femmes et les hommes*, édition 2012, Source : INSEE, bilan démographique 2012.

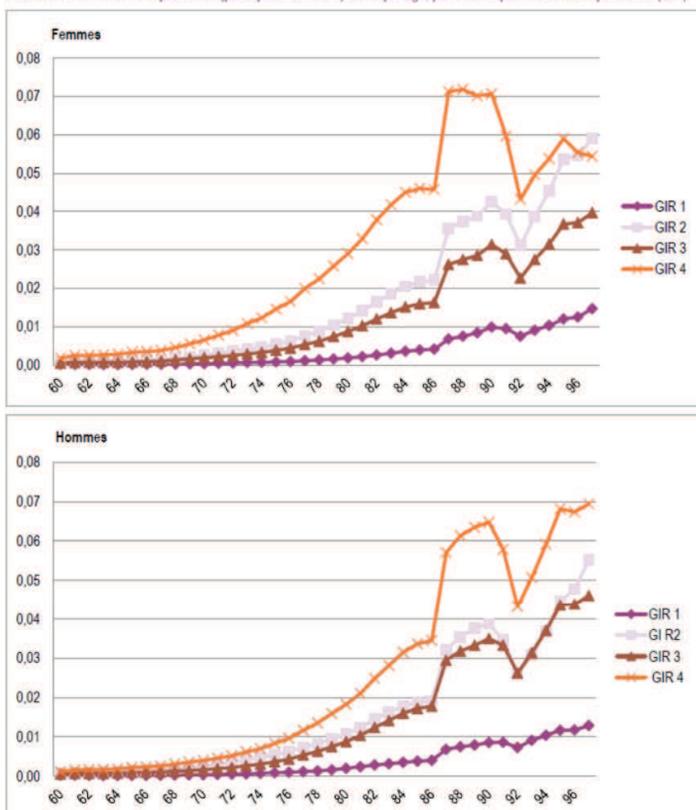
²⁵ Magali Mazuy, Magali Barbieri, Hippolyte d'Albis (INED), « L'évolution démographique récente en France : la fécondité est stable », *Population*, Volume 68-3, 2013, p. 421.

²⁶ Lecroart Aude (DREES) et Froment Olivier, Marbot Claire, Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation », *DOSSIERS solidarité et santé*, N° 43, Septembre 2013, p.11.

²⁷ Ministère des Droits des femmes, *Chiffres clés de l'égalité entre les femmes et les hommes*, édition 2012, Source : Eurostat, données 2010.

²⁸ Lecroart Aude (DREES) et Froment Olivier, Marbot Claire, Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation », *DOSSIERS solidarité et santé*, N° 43, Septembre 2013, p.13.

GRAPHIQUE 1
Incidence estimée de la dépendance (perception de l'APA) à chaque âge, par sexe et par niveau de dépendance (GIR)



Note • L'augmentation de l'incidence estimée entre les âges de 88 et 93 ans est due aux classes creuses des années 1914-1919, le nombre de nouveaux cas de dépendance étant lissé tandis que la population, au dénominateur, connaît pour ces années une chute importante.
Lecture • La probabilité pour une femme de 90 ans d'entrer dans le GIR 4 (dépendance légère) était de 7 % par an en 2006-2007. La probabilité pour un homme de 89 ans d'entrer dans le GIR 4 (dépendance légère) était de 6 % par an en 2006-2007.
Sources • Données APA, 2006-2007.

Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile, selon le sexe (effectifs et pourcentages), fin 2011

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
GIR 1	5 000	3%	12 000	2%	17 000	2%
GIR 2	38 000	20%	84 000	17%	122 000	18%
GIR 3	44 000	23%	108 000	21%	152 000	22%
GIR 4	101 000	54%	304 000	60%	405 000	58%
Ensemble	188 000	100%	508 000	100%	696 000	100%

Champ • France métropolitaine, APA à domicile fin 2011 (extrapolation à partir de 64 départements)
 Source • Données individuelles APA et ASH 2011

²⁹ Source : Opération DREES réalisée auprès des conseils généraux collectant des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH au 31 décembre 2011.

Une prise en charge différenciée existe également selon que l'homme ou la femme est dépendant en premier au sein du couple. En effet, « *les hommes dépendants en couple sont – ou ont été – tous pris en charge par leur épouse à domicile* », alors que si « *c'est l'épouse qui, la première, devient dépendante, les hommes français en couple, même soutenus par des aides professionnelles, témoignent de difficultés pour la maintenir à domicile et s'orientent assez rapidement vers un hébergement spécialisé pour elle ou – plus souvent – pour eux deux.* »³⁰. On peut ainsi émettre l'hypothèse que la santé des conjointes aidantes s'en trouve beaucoup plus affectée que celle des conjoints aidants.

A ces observations concernant les nivellements des écarts entre les sexes en matière d'espérance de vie et d'espérance de vie en bonne santé, ainsi que des effets différenciés dans la prise en charge en fonction du sexe de la personne dépendante au sein du couple, il faut ajouter que la présence d'un conjoint potentiellement aidant sera, dans un horizon à moyen-long terme, de plus en plus développée, et ce malgré un nombre de divorces plus grand qu'auparavant³¹. En 2010, « *alors que 50 % des hommes dépendants vivent avec leur conjointe, seules 16 % des femmes sont dans cette situation. [En 2040,] 54 % des hommes dépendants vivraient avec une conjointe pour 19 % des femmes dépendantes. Pour les femmes, ce sont les enfants qui constituent, en 2010 comme en 2040, les principaux aidants potentiels : 70 % des femmes dépendantes ont des enfants mais pas de conjoint, en 2010 comme en 2040* »³². Il existe donc une relative diminution du risque d'isolement. Pour autant, l'écart de l'espérance de vie et surtout l'écart d'âge entre les deux personnes d'un couple contribuent à penser que les femmes se retrouvent avec pour seuls aidants leurs enfants.

³⁰ Daune-Richard Anne-Marie *et al.*, « L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? » Une comparaison France-Suède, *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 n° 2-3, p. 148-168, p. 163.

³¹ Delbès Christiane et Gaymu Joëlle, « Passé 60 ans: de plus en plus souvent en couple? », INED, *Population et Sociétés* n° 389, avril 2003.

³² Lecroart Aude (DREES) et Froment Olivier, Marbot Claire, Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation », *DOSSIERS solidarité et santé*, N° 43, Septembre 2013, p.23.

Répartition de la situation matrimoniale des bénéficiaires de l'APA à domicile, selon de sexe (effectifs et pourcentages), fin 2011

Situation matrimoniale	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
Marié(e)	106 000	56%	124 000	24%	230 000	33%
Veuf (ve)	36 000	19%	263 000	52%	299 000	43%
Célibataire	16 000	9%	32 000	6%	48 000	7%
Divorcé(e)	10 000	5%	30 000	6%	40 000	6%
Non connu	20 000	11%	59 000	12%	79 000	11%
Ensemble	188 000	100%	508 000	100%	696 000	100%

Champ • France métropolitaine, APA à domicile fin 2011 (extrapolation à partir de 64 départements)
Source • Données individuelles APA et ASH 2011

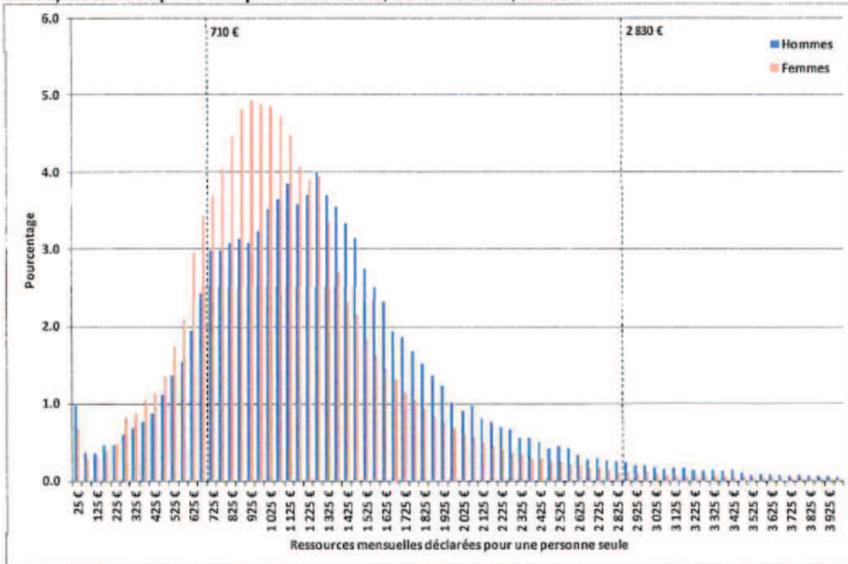
	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages	Effectifs	Pourcentages
En couple	113 000	60%	125 000	25%	238 000	34%
Pas en couple	75 000	40%	383 000	75%	458 000	66%
Ensemble	188 000	100%	508 000	100%	696 000	100%

Remarque : variable reconstituée dans la base.

Champ • France métropolitaine, APA à domicile fin 2011 (extrapolation à partir de 64 départements)
Source • Données individuelles APA et ASH 2011

33

Répartition des ressources mensuelles des bénéficiaires de l'APA à domicile au sens de l'APA (en euros) déclarées pour une personne seule, selon le sexe, fin 2011



Champ • France métropolitaine, bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2011 (extrapolation à partir de 64 départements) ayant déclarée des ressources seules

Source • Données individuelles APA et ASH 2011

34

³³ Source : Opération DREES réalisée auprès des conseils généraux collectant des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH au 31 décembre 2011.

³⁴ Source : Opération DREES réalisée auprès des conseils généraux collectant des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH au 31 décembre 2011.

Ces différents constats sexués, à savoir la présence en plus grand nombre de femmes parmi les personnes âgées, pas nécessairement en meilleure santé que les hommes, accompagnant plus souvent leur conjoint en situation de dépendance et vivant dans une plus grande précarité comme on l'a vu plus haut, ont été pris en compte dans la rédaction des mesures du projet de loi, notamment dans l'article 31 du premier chapitre du titre III concernant le besoin d'augmenter les plafonds de l'APA. En effet, 70% des bénéficiaires de l'APA en 2008-2009 sont des femmes³⁵ et beaucoup d'entre elles, quel que soit leur niveau de dépendance, ont un plan d'aide saturé. Selon les données de la DRESS de 2011³⁶, le pourcentage de femmes bénéficiaires de l'APA à domicile s'élèverait à 84, 1%.

« Fin 2007, 26 % des bénéficiaires de l'APA à domicile, soit 159 000 personnes, ont un plan d'aide saturé. [...] La proportion des bénéficiaires de l'APA qui a un plan d'aide saturé augmente fortement avec le niveau de dépendance. Les allocataires les plus dépendants, évalués en GIR 1, sont ainsi 44 % à avoir un plan d'aide saturé contre 21 % des bénéficiaires les moins dépendants, évalués en GIR 4. Les cas de saturation sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes [...]. La disparité des taux de saturation entre hommes et femmes s'explique probablement par le fait que l'aide apportée par le conjoint n'est pas valorisée (la loi ne permet pas sa rémunération). Les hommes étant plus âgés au sein du couple, ils ont une probabilité plus grande d'avoir un conjoint en vie lorsqu'ils entrent en dépendance. À ce phénomène s'ajoute l'espérance de vie plus élevée des femmes. »³⁷

TABEAU 3

Part des bénéficiaires de l'APA à domicile ayant un plan d'aide saturé selon le niveau de GIR fin 2007 (en %)

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	Ensemble GIR 1 à 4
Ensemble	44	36	30	21	26
Sexe					
Hommes	36	28	23	18	22
Femmes	47	40	32	22	28
Situation matrimoniale					
Non marié(e)s	47	42	34	23	29
Marié(e)s	39	28	22	18	21

SOURCES • Données individuelles APA 2006-2007, DREES.

LECTURE • 47 % des bénéficiaires féminins de l'APA à domicile évalués en GIR 1 ont un plan d'aide saturé fin 2007.

CHAMP • France métropolitaine (extrapolation à partir des données de vingt-trois départements). Bénéficiaires de l'APA à domicile au 31 décembre 2007.

Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que l'élévation du plafond bénéficiera davantage aux femmes qu'aux hommes et permettra de lutter contre la précarité dont elles sont plus souvent

35 Daune-Richard Anne-Marie et al., « L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France-Suède », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 n° 2-3, p. 148-168.

36 Source : Opération DREES réalisée auprès des conseils généraux collectant des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH au 31 décembre 2011.

37 Bérardier Mélanie, « Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : quels restes à charge pour les bénéficiaires ? », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 n° 2-3, p. 194-217, tableau 3 et citation incluses en p. 200-201.

victimes. Les statistiques de 2011 de la DREES semblent confirmer cette hypothèse puisque de plus amples ressources seront allouées aux femmes en situation de dépendance, comme on peut l'observer dans la colonne concernant le gain mensuel des gagnants.

Scénario 2 - hommes

GIR	Effectifs	Surcoût annuel (dépenses d'APA) (M€)	% Gagnants	Gain mensuel moyen des gagnants (€)
GIR 1	5 081	7	87%	139
GIR 2	37 561	32	87%	81
GIR 3	44 128	20	86%	45
GIR 4	101 263	16	86%	15
Total GIR 1-4	188 033	75	86%	39

Revenu mensuel individualisé* (€)	Effectifs	Surcoût annuel (dépenses d'APA) (M€)	% Gagnants	Gain mensuel moyen des gagnants (€)
< 710	24 832	6	18%	107
710 – 760	6 546	2	99%	22
760-1000	37 980	14	100%	31
1000-1500	67 702	32	100%	40
1500-2000	29 561	15	100%	43
2000-2500	11 624	5	100%	38
2500 et plus	9 788	1	47%	15
Total	188 033	75	86%	39

* Il s'agit de ressources déclarées pour une personne seule ; lorsqu'elles sont déclarées pour un couple, elles sont divisées par 1,7 pour les individualiser.

Sources : calculs DREES – Modèle Autonomix

Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile au 01/01/2012

Scénario 2 - femmes

GIR	Effectifs	Surcoût annuel (dépenses d'APA) (M€)	% Gagnants	Gain mensuel moyen des gagnants (€)
GIR 1	12 329	25	88%	196
GIR 2	84 313	106	87%	120
GIR 3	108 388	72	86%	64
GIR 4	303 356	60	85%	19
Total GIR 1-4	508 386	263	86%	50

Revenu mensuel individualisé (€)	Effectifs	Surcoût annuel (dépenses d'APA) (M€)	% Gagnants	Gain mensuel moyen des gagnants (€)
< 710	87 078	33	26%	119
710 – 760	19 431	8	99%	34
760-1000	116 871	61	100%	43
1000-1500	184 941	110	100%	49
1500-2000	60 961	38	100%	52
2000-2500	22 022	12	100%	46
2500 et plus	17 083	2	54%	18
Total	508 386	263	86%	50

* Il s'agit de ressources déclarées pour une personne seule ; lorsqu'elles sont déclarées pour un couple, elles sont divisées par 1,7 pour les individualiser.

Sources : calculs DREES – Modèle Autonomix

Champ : France métropolitaine - Bénéficiaires de l'APA à domicile au 01/01/2012

38

V. Textes d'application :

Le présent chapitre conduit :

- à modifier les articles L. 232-3, L. 232-4, L. 232-6, L. 232-7, L. 232-12, L. 232-14 et L. 232-15 du code de l'action sociale et des familles et à y insérer un nouvel article L. 232-3-1 ;

- à insérer un nouvel article L. 153 A dans le livre des procédures fiscales.

Le présent chapitre n'a pas d'impact sur le droit européen et sur le droit international.

VI. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires : ADF, CNRPA, CNSA, associations d'usagers ...

VII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention :

Des mesures réglementaires d'application seront nécessaires à la mise en œuvre des dispositions du présent chapitre, s'agissant en particulier de la revalorisation des plafonds de l'APA, de la refonte du barème de la participation financière ainsi que des modalités de mise en œuvre de l'évaluation multidimensionnelle, des échanges d'informations entre les départements et les services fiscaux et de la possibilité de versements ponctuels pour le financement des aides techniques, des prestations d'accueil temporaire ou du répit à domicile.

La mise en œuvre des dispositions du présent chapitre relèvera des conseils généraux.

Son évaluation relèvera du ministère des affaires sociales et de la santé ainsi que de la CNSA.

³⁸ Source : Opération DREES réalisée auprès des conseils généraux collectant des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH au 31 décembre 2011.

Chapitre 2 : refonder l'aide à domicile (articles 31 à 34)

Articles 31 à 33 - Services d'aide et d'accompagnement à domicile

I. État du droit

Deux grandes catégories de services d'aide à domicile intervenant auprès des publics fragiles peuvent être distinguées :

- les services inscrits dans le champ du secteur social et médico-social (loi du 2 janvier 2002), le plus souvent de nature associative, bénéficiant d'une autorisation et d'un financement accordés par le Conseil général selon un système de tarification relevant d'une procédure budgétaire contradictoire, en fonction des charges réelles du service, du volume d'heures accompli par les salariés et de la qualification de ces derniers. De plus, en vertu de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles, la convention nationale relative à l'accord de branche³⁹ agréée par l'Etat applicable aux salariés des services d'aide à domicile est opposable aux autorités de tarification. Le statut de la fonction publique territoriale est également opposable s'agissant des services gérés par les collectivités (CCAS, CIAS).
- les services inscrits dans le champ des services à la personne (loi du 26 juillet 2005), généralement des entreprises, bénéficient d'un agrément qualité (délivré par le préfet et obligatoire pour intervenir auprès des publics fragiles). Ils n'entrent pas dans la tarification établie par le Conseil général, leurs prix sont librement fixés, selon un contrat établi avec la personne aidée et avec une simple évolution encadrée des prix au renouvellement du contrat (ceux-ci ne peuvent augmenter que dans la limite d'un pourcentage fixé par un arrêté annuel du ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi et tenant compte de l'évolution des prix et des salaires).

En ce qui concerne l'intervention auprès des personnes âgées en GIR 5 et 6, le soutien financier pour une aide-ménagère prend la forme d'une aide à la structure (subvention) effectuée sur les fonds d'action sociale des caisses avec un barème de prix pour les prestations et une participation modulée de l'usager. Ainsi, chaque année, la CNAV fixe un tarif horaire national de prise en charge (19,40 euros depuis le 1^{er} janvier 2013) et un taux de participation en fonction du revenu des personnes.

Le Conseil d'Etat a estimé qu'il s'agissait d'une aide extra-légale et que les caisses n'étaient pas dans l'obligation de faire évoluer leur participation en tenant compte des conventions collectives.

II. Diagnostic des difficultés du secteur de l'aide à domicile

Plusieurs rapports et états des lieux relatifs à la situation du secteur de l'aide à domicile mettent en exergue :

- Une situation financière très difficile pour les services particulièrement publics et associatifs ;

³⁹ Arrêté du 23 décembre 2011 portant extension de la convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile et d'avenants à ladite convention collective (n° 29 41)

- L'inadéquation structurelle du modèle économique sur lequel repose actuellement le financement.

La loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 a institué un dispositif d'aide exceptionnelle sous forme d'un fonds de restructuration, destiné à soutenir le secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) confronté à une crise de financement. Ce dispositif, doté à hauteur de 50 M€, répartis à parts égales sur 2012 et 2013, a été reconduit une première fois, au titre de l'article 70 de la loi du 21 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, prévoyant de la même manière un versement de deux tranches de 25 M€ en 2013 et 2014.

Selon les éléments de bilan établis par la DGCS, cet appui exceptionnel a permis de soutenir respectivement, 601 SAAD au titre du fonds 2012 et 528 au titre de la première tranche de financement du fonds 2013, quel que soit leur régime juridique - agréés, autorisés – ou leur statut (entreprises, associations, CCAS ou CCIAS...). Les services aidés doivent justifier d'une activité consacrée aux publics fragiles à hauteur de 70 %.

Le fonds d'aide exceptionnel de 2013 a permis d'instruire au total les demandes d'aide de 823 organismes. Sur les 528 qui ont pu être retenus, 80 % sont des associations, 4,5% des entreprises et 14,1 % organismes publics. Leur volume d'activité correspond 51,1 M d'heures de prestations délivrées 36 713 emplois temps plein.

Les crédits du fonds de restructuration versés en 2012 puis en 2013 s'avèrent toutefois insuffisants au regard des besoins des structures ayant des difficultés financières. C'est pour prolonger cet effort et poursuivre l'accompagnement engagé par les pouvoirs publics (l'Etat au titre du fonds 2012, la Sécurité Sociale au titre du fonds 2013) par le biais des agences régionales de santé (ARS), associant les unités territoriales de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) et les conseils généraux, que l'effort consenti précédemment est prolongé par une troisième enveloppe pour l'année 2014.

L'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une nouvelle dotation de 30 M€. Cette aide relève de la contribution additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie. La réforme de l'APA prévue par la présente loi est en outre de nature à améliorer substantiellement la situation des services d'aide à domicile.

En outre, au titre de l'article 150 de la loi de finances pour 2012, des expérimentations tarifaires sont conduites par les départements et les SAAD volontaires. Ces expérimentations, encadrées par les arrêtés du 30 août 2012 et du 6 janvier 2014⁴⁰ (modifiant l'arrêté du 30 août), offrent la possibilité d'expérimenter deux modèles de tarification :

⁴⁰ Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour n2012.

Arrêté du 6 janvier 2014 modifiant l'arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour n2012.

- le modèle proposé par l'Assemblée des départements de France (ADF) et 14 grandes fédérations d'aide et d'accompagnement à domicile, qui prévoit le financement des services sous forme d'une dotation globale dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ; la participation de l'utilisateur est forfaitisée à l'année ;
- le modèle proposé par la mission POLETTI, qui prévoit une tarification à l'activité sur la base de paniers-types de prestations, complétée par des dotations de compensation liées à des missions d'intérêt général, ou sous la forme de deux tarifs de référence, un tarif « aides à la personnes et un tarif « aides à l'environnement ».

Les premiers éléments de bilan fournis par l'ADF montrent, qu'au 31 décembre 2012, 4 départements avaient mis en œuvre une expérimentation et 6 autres prévoyaient de lancer une expérimentation. Le modèle retenu par les départements et les services volontaires est celui proposé par l'ADF et les grandes fédérations.

Parallèlement, une étude nationale des coûts des prestations d'aide et de d'accompagnement à domicile a été lancée conjointement par la CNSA et la DGCS fin 2013. Cette étude, d'une durée de 13 à 14 mois, permettra de construire des données objectives sur le secteur en l'absence de tout référentiel de prestations et de coûts associés afin de nourrir les évolutions que pourront susciter les expérimentations.

Cette étude a pour objectifs :

- de mieux connaître et clarifier les prestations et objectiver leurs coûts ;
- d'identifier les règles de construction des coûts entre structures qui ont des prestations comparables ;
- de renforcer à terme la cohérence des financements alloués aux services et optimiser ainsi la qualité des prestations rendues aux usagers.

III. Objectifs poursuivis :

L'objectif du chantier dit de « refondation de l'aide à domicile » lancé en juillet 2013 par les ministres en charge des personnes âgées et des personnes handicapées à l'occasion de l'installation du comité de pilotage de la refondation, a vocation à conforter un cahier des charges de missions opposables aux services, des exigences de qualité et de diversification des services, et une meilleure professionnalisation des intervenants dans la chaîne de l'accompagnement et le parcours de vie. Ce cahier des charges repose sur des engagements clairs et contractualisés du département et des services dans une logique de mandatement au sens du droit communautaire, qui est réaffirmée et consolidée.

IV. Dispositif juridique

Les articles 31, 32 et 33 proposés dans le projet de loi renforcent la régulation dans le cadre d'engagements contractuels opposables dont le CPOM constitue un outil privilégié.

L'article 31 du projet de loi insère un nouvel article L. 313-11-1 à la section 3 du chapitre III du code de l'action sociale et des familles. Cet article précise les éléments devant figurer obligatoirement au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus par les

services d'aide et d'accompagnement à domicile et leurs financeurs, principalement les conseils généraux.

L'article L. 313-11-1 complète le dispositif CPOM prévu par l'article L. 313-11, il introduit des obligations contractuelles spécifiques pour les SAAD, qui relèvent de l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

L'article 32 du projet de loi prolonge la possibilité d'expérimentations, prévue en loi de finances pour 2012, relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées, conduites de manière contractuelle (sous forme de CPOM) selon un cahier des charges approuvé par les ministres en charge de la famille, des personnes handicapées et des personnes âgées. Le bilan de ces expérimentations sera présenté au Parlement, afin que puisse être décidée leur généralisation. Les dépenses liées à l'activité des services autorisés seront prises en charge, soit selon la tarification horaire, soit sous forme d'un forfait globalisé.

L'article 33 du projet loi prévoit d'exonérer pendant 3 ans, à compter de la publication de la loi, les services agréés intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, faisant le choix du régime d'autorisation, dans le respect des conditions fixées par l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles.

Pour précision, l'article L. 313-4 prévoit notamment que l'autorisation est accordée si le projet :

- est compatible avec les objectifs et répond aux besoins fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale ;
- satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement réglementées et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information, conformément à la réglementation ;
- est compatible avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La délivrance de l'autorisation met un terme au droit d'option défini par l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le choix entre le régime de l'autorisation et le régime de l'agrément permettant d'exercer une activité d'aide à domicile auprès des publics vulnérables a été introduit à l'article L. 313-1-2 par l'article 4 de l'ordonnance n°2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'objectif de cette proposition est d'offrir la possibilité, dans les trois ans suivants la publication de la loi, aux services agréés, s'adressant aux personnes âgées ou handicapées, d'être dispensés de la procédure de l'appel à projets pour demander une autorisation. Enfin l'autorisation, qui n'est pas assortie d'une demande d'habilitation à l'aide sociale, est conditionnée à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

V. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Impacts sur les pratiques tarifaires et les organisations :

La dynamique de développement des CPOM qu'instaurent les articles 31, 32 et 33 constitue un levier fondamental de la régulation de l'activité de l'aide et de l'accompagnement à domicile en faveur de publics vulnérables.

L'autorisation en matière sociale et médico-sociale prévue aux articles L. 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF) constitue le fondement d'un mandat confié par la puissance publique à une structure publique ou privée, en vue de la gestion d'un service d'intérêt économique général, au sens des décisions de la commission européenne des 28 novembre 2005 et 20 décembre 2011 (dites décisions Monti Kroes et Almunia) relatives aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (dans le cadre de l'article 86, par. 2, du TCE puis de l'article 106, par. 2, du TUE).

Dans leur rapport remis en 2009 à la Commission européenne sur l'application de la décision du 28 novembre 2005, les autorités françaises ont réaffirmé que l'autorisation en matière sociale et médico-sociale et les décisions qui lui sont connexes sont constitutives d'un mandat et, cette qualification n'a pas été depuis contestée par les services de la Commission.

Le dispositif d'autorisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile entre donc dans ce système de mandat exprès et explicite de la puissance publique nécessaire à la reconnaissance d'un SIEG, mandat au sens de la directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur, dont l'article 2.2.j exclut de son champ les *“ services sociaux relatifs au logement social, à l'aide à l'enfance et à l'aide aux familles et aux personnes se trouvant de manière permanente ou temporaire dans une situation de besoin qui sont assurés ... par des prestataires mandatés par l'Etat ”*.

Si le mandat doit se décliner en missions d'intérêt général clairement décrites, ce n'est pas le seul élément constitutif du mandat.

La totalité des éléments qui doivent figurer obligatoirement et a minima dans les mandats sont listés à l'article 4 de la [décision 2005/842/CE du 28 novembre 2005](#) :

- a. la nature et la durée des obligations de service public ;
- b. les entités auxquelles la prestation de ces services a été confiée et les territoires concernés ;
- c. la nature des droits exclusifs ou spéciaux éventuels octroyés à l'entreprise ;
- d. les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation ;
- e. les moyens d'éviter les surcompensations et les modalités de remboursement des éventuelles surcompensations.

Cette dynamique peut s'appuyer notamment sur la pratique des expérimentations mises en œuvre sous forme contractuelle, ainsi que sur les conventions de retour à l'équilibre conclues avec les services, au titre du fonds de restructuration institué par la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

En contrepartie, cette démarche permettra de substituer à la procédure budgétaire contradictoire, visée aux articles R.314-21 à R.314.25 du code de l'action sociale et des familles, considérée comme lourde, une procédure de dialogue de gestion encadrée par les articles R. 314-39 à R. 314-43-1 du code, plus souple et basée sur la visibilité budgétaire et financière pluriannuelle.

La mise en place d'un dialogue de gestion, annuel à minima, impliquera de modifier les pratiques de tarification et par conséquent les méthodes des services tarificateurs.

L'article 33 du projet de loi ouvre, pendant une période de 3 ans, la possibilité aux SAAD d'opter pour le régime d'autorisation et de renoncer au régime d'agrément, sans avoir à satisfaire à la procédure d'appel à projets.

Cette disposition présente l'avantage pour les services agréés qui interviennent de manière non négligeable dans le champ d'activité des publics fragiles d'accéder de manière simplifiée au régime d'autorisation, au regard de leur activité sur les territoires auprès de ces publics.

Les services autorisés non habilités à l'aide sociale devront en outre conclure un CPOM, celui-ci valant mandatement au sens du droit communautaire.

2. Impacts financiers :

Le dispositif du CPOM constitue un outil pluriannuel de régulation et de rationalisation des organisations, dont les principes sont prévus à l'article L.313-11. La nature des objectifs et des moyens conclus au terme de la négociation du contrat déterminent l'allocation des ressources, soit, les dépenses.

Dans le cadre du modèle tarifaire expérimenté, le CPOM constitue le support permettant le financement pluriannuel des services sous la forme d'une dotation globale, auquel s'ajoute la participation de l'utilisateur, forfaitisée à l'année.

Cette expérimentation doit faire l'objet d'une évaluation qui sera remise sous forme d'un rapport du Gouvernement au plus tard le 30 octobre 2015. Il est donc prématuré de procéder à une estimation des impacts financiers.

3. Impact social :

Dans le cadre de l'expérimentation CPOM, cet outil, au-delà de la maîtrise des dépenses, permet aux usagers d'utiliser au mieux les heures d'intervention prévues par le plan d'aide et par conséquent, de pouvoir adapter cette aide en cas de difficulté momentanée par exemple. En effet, le coût de la participation de l'utilisateur est lissé sur toute l'année et l'utilisation des heures prévues par le plan d'aide en est facilitée. Cette mesure permet de mieux prendre en compte les besoins évolutifs des personnes âgées et des personnes handicapées.

Enfin, les mesures proposées ne présentent pas d'impact particulier en matière d'égalité hommes/femmes.

VI. Textes d'application:

Les expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (art 32) respectent un cahier des charges approuvé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et handicapées, du budget et des collectivités locales.

Un rapport d'évaluation des impacts, tant pour les départements, que pour les services d'aide et leurs usagers, sera remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 30 octobre 2015, avant toute évolution du régime de tarification.

VII. Présentation des consultations menées

Consultation non obligatoires : ADF, CNOSS, CNRPA

Article 34 - Expérimentation portant sur les SPASAD

L'article 34 du projet de loi permet, à titre expérimental, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

I. Diagnostic.

Créés par le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile, codifiés à l'art. D. 312-7 du CASF, les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge. Ils assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile.

Au 31 décembre 2012, soit huit ans après leur création, seuls 83 SPASAD prenant en charge 6 399 personnes étaient autorisés.

Alors qu'une articulation et une coordination des différentes prestations apportées au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées fait l'objet d'un large consensus au niveau des professionnels, mais également des personnes et de leurs familles, le faible développement des SPASAD pose question.

Les SPASAD ont été créés afin de favoriser l'articulation et la coordination des prises en charge d'aide et de soins, mais les dispositions réglementaires font de ces services une juxtaposition de deux entités. Dans les faits, on n'observe pas de grande différence entre, d'une part, le fonctionnement d'un SPASAD et d'autre part le fonctionnement d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'un service d'aide et d'accompagnement (SAAD) gérés par un même gestionnaire qui n'a pas fait le choix de réunir ces deux services au sein d'un SPASAD.

II. Les objectifs.

Il s'agit d'inciter les gestionnaires à créer des SPASAD en faisant évoluer les dispositions concernant ces services et en proposant aux services qui le souhaitent de nouvelles modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement intégrées.

III. Les options possibles.

Les dispositions réglementaires concernant les SPASAD se limitent à un article dans le code de l'action sociale et des familles. Cet article définit les missions de ces services et la manière dont est élaborée le projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins des personnes.

IV. Les modalités de mise en œuvre.

L'évolution des dispositions concernant les SPASAD s'adressent aux services et aux conseils généraux qui sont volontaires. Elle est subordonnée à la signature d'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre le service, le directeur général de l'ARS et le président du conseil général.

Dans ce cadre, les SPASAD adoptent une organisation intégrée qui coordonne les soins, les aides et l'accompagnement. La coordination est alors assurée par un infirmier coordonnateur salarié du service et elle comprend la coordination de l'ensemble des prises en charge du service, des professionnels et des interventions du service avec les établissements médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux.

L'infirmier coordonnateur est également chargé, pour chaque personne prise en charge, de l'élaboration du plan individualisé de soins, d'aides et d'accompagnement sur la base d'une évaluation globale des besoins d'aide et de soins.

Le financement du SPASAD est déterminé dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il comprend notamment les tarifs horaires, la dotation globale, ou le forfait si le service expérimente ce mode de financement pour les activités d'aide à domicile déterminés par le président du conseil général ; la dotation globale de soins pour les activités de soins à domicile fixée par le directeur général de l'ARS et la répartition des financements relatifs à la prévention.

V. Les impacts

1. Impact social

Concernant les usagers, les modifications apportées permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge. Les besoins en aide et en soins des personnes sont mieux pris en compte et organisés de manière complémentaire. Le service est ainsi en capacité de mieux s'adapter à l'évolution de la perte d'autonomie des personnes. En termes de prévention, les évolutions proposées permettent la mise en place d'une approche globale de la prévention et non plus une prévention qui porte, d'une part, sur les soins et, de l'autre, sur l'aide et l'accompagnement.

Enfin, les mesures proposées ne présentent pas d'impact particulier à l'égard des personnes handicapées, ni en matière d'égalité hommes/femmes. Elles sont en revanche également applicables aux SPASAD accompagnant des personnes handicapées.

2. Impact économique

Concernant les territoires, l'incitation à créer des SPASAD permet de développer une offre médico-sociale complète à domicile. L'intégration de l'aide et des soins au sein d'un même service médico-social renforce l'efficacité des interventions à domicile. L'évaluation de cette expérimentation permettra d'affiner l'impact économique de ces interventions au regard de celles d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile et d'un service de soins infirmiers à domicile.

3. Impact financier et budgétaire

Concernant les financeurs, les évolutions proposées permettent de rationaliser les interventions des professionnels de l'aide et du soin et de créer par ailleurs les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une véritable politique de prévention de la dépendance et de la perte d'autonomie au domicile.

VI. Textes d'application

Un arrêté interministériel (ministères en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités locales et du budget) fixant le cahier des charges de ces expérimentations sera nécessaire.

Les dispositions juridiques consécutives à l'expérimentation seront prises en fonction des résultats du rapport d'évaluation qui sera remis au parlement le 30 juin 2017 au plus tard.

VII. Présentation des consultations menées

Consultation non obligatoires : ADF, CNOSS

Chapitre 3 : soutenir et valoriser les aidants

Articles 35 à 37 et articles 38, 39, 47, 54 1°- Soutenir et valoriser les aidants

I. Diagnostic et justification de l'intervention

Le soutien ou le retour à domicile après hospitalisation, la vie en milieu ordinaire autant et aussi longtemps que possible, répondent aux aspirations des personnes âgées, handicapées et malades et se traduisent de plus en plus dans les orientations des pouvoirs publics. Ils constituent un axe important du présent projet de loi. Ces objectifs ne sont possibles que par une importante implication des proches des personnes concernées.

Ainsi, en 2008, 4,3 millions de personnes aidaient régulièrement au moins un de leurs proches âgé de 60 ans ou plus à domicile en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, selon l'enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels (HSA, DREES, 2008). Restreint à la population des bénéficiaires de l'APA à domicile, le nombre de personnes aidées était fin 2011 d'environ 600 000 pour un nombre total d'aidants concernés d'environ 800 000.

Selon la même enquête, 4 millions de personnes aidaient des personnes âgées de moins de 60 ans, handicapées ou malades. 90% des 2,2 millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans, vivant à domicile, ayant besoin d'une aide dans les actes de la vie quotidienne, étaient aidés par des proches, et 78% exclusivement par ces derniers.

Ces personnes jouent donc un rôle considérable dans la vie et le soutien à domicile, par la proportion des personnes en perte d'autonomie qu'elles aident et par l'ampleur/le volume de l'aide qu'elles apportent.

De nombreuses enquêtes ont mis en évidence les impacts négatifs du rôle d'aidant sur les revenus, la vie professionnelle et sociale, l'état de santé et de bien-être des personnes impliquées, ainsi que les besoins et attentes des aidants en termes de soutien et d'accompagnement leur permettant d'assurer ce rôle mieux et plus longtemps.

Les aidants, pour assumer leur rôle au mieux, ont besoin de connaissances sur les maladies et/ou les troubles et les handicaps des personnes qu'ils aident et leur retentissements dans la vie quotidienne, d'acquérir des compétences sur les attitudes et les gestes adéquats et les adaptations utiles de l'environnement, d'être informés sur les ressources mobilisables aux différentes étapes de l'évolution de la situation et sensibilisés à l'intérêt d'y recourir, d'être soutenus dans l'acceptation de la maladie et de ses conséquences, valorisés dans leur rôle et en même temps sensibilisés aux limites de celui-ci, encouragés à se préserver.

Cet accompagnement des aidants est essentiel à un meilleur accompagnement, dans la durée, des personnes âgées, malades et handicapées vivant à domicile, à la préservation de la santé des proches qui les aident et à une meilleure qualité de vie des aidants et de leurs proches. Il dépasse largement la seule formation et inclut notamment l'information, l'écoute, le conseil, et le soutien individuel et collectif par un psychologue et/ou par des pairs. Les études ont par ailleurs démontrés l'importance de combiner les différentes actions de répit et d'accompagnement et pour ces dernières de les inscrire dans la durée pour les aidants (suivi).

Les pouvoirs publics, à la suite des associations, se préoccupent de manière croissante des aidants depuis une vingtaine d'années. Cet intérêt s'est traduit dans différents registres : compensation de la perte de revenu liée à l'aide apportée, notamment sur la retraite ; congés permettant d'interrompre une activité professionnelle pour aider un proche ; actions de soutien variées, allant de l'information à la formation, en passant par l'écoute, le conseil, le soutien psychologique ; services de répit ou de relais.... L'ensemble de ces droits et de ces dispositifs restent insuffisamment répartis sur le territoire national, insuffisamment accessibles d'un point de vue financier notamment, insuffisamment adaptés à la diversité des situations et des profils d'aidants et des personnes aidées.

S'agissant en particulier de l'accompagnement et du répit, la situation actuelle se caractérise, en termes de réponses, par :

- une multiplicité d'initiatives et d'actions nationales et locales, assez diverses dans leur modalités, encore relativement émiettées malgré des dispositifs visant à les rassembler telles les plateformes de répit et d'accompagnement des aidants (PFR),
- avec des approches hétérogènes selon les catégories d'aidants, les aidants des personnes atteints de la maladie d'Alzheimer ayant bénéficié de mesures beaucoup plus fortes ces dernières années (accueil de jour, formation, PFR...),
- mises en œuvre et soutenues par une pluralité d'acteurs publics et privés : départements, communes et centres communaux d'action sociale (CCAS), ARS,

CNSA, caisses de retraites de base et complémentaire, associations de personnes handicapées, âgées ou malades et de leurs familles, centres locaux d'information et de coordination (Clic), MDPH, unions départementales des associations familiales (UDAF), centres de ressources autisme, établissements et services médico-sociaux, établissements sanitaires, accueils de jour, mutuelles et assurances, fondations, grandes entreprises ;

- des difficultés persistantes pour une partie des aidants à savoir où s'adresser pour trouver une information fiable et un soutien quand ils en ont besoin, du fait d'un manque d'actions mises en œuvre sur leur territoire ou sur les champs qui les intéressent, d'un manque de lisibilité de cette information ou de ces actions, ou de la difficulté que peuvent avoir certains aidants, notamment ceux qui sont particulièrement impliqués et en difficulté, à exprimer un besoin d'aide et à effectuer des démarches pour eux-mêmes voire pour leurs proches ;
- l'absence d'attribution explicite à un ou des acteurs institutionnels de la mission d'accompagner les aidants, à l'exception de la CNSA et de l'ARS, mais dont le périmètre d'intervention est partiel et qui en pratique demeurent un acteur parmi d'autres tout autant investis ;
- l'absence de coordination et de pilotage au niveau national comme au niveau régional et départemental permettant d'assurer une cohérence et une complémentarité des politiques et des initiatives, et encore moins une stratégie commune en faveur des aidants, sauf exception.

II. Description des objectifs poursuivis

Le projet de loi comporte plusieurs dispositions visant à améliorer la prise en compte des aidants, certaines spécifiques aux aidants des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, d'autres visant les aidants de personnes âgées plus globalement, d'autres enfin concernant tous les aidants, indépendamment de l'âge de la personne aidée.

Le premier objectif du projet est de faciliter l'accès des aidants de bénéficiaires de l'APA à des dispositifs permettant le répit, en prévoyant une aide financière dédiée, le reste à charge lié à la fréquentation d'un accueil de jour ou de nuit, d'un hébergement temporaire, ou à l'utilisation d'un service de relais à domicile, constituant actuellement un frein important à leur utilisation, et partant, à la possibilité pour les aidants de disposer de temps pour leurs obligations personnelles, leur vie sociale, ou simplement pour se reposer. C'est l'objet du module « répit » prévu à l'article 36 (L. 232-3-2). Une enveloppe financière annuelle pouvant aller jusqu'à 500 € sera ouverte aux aidants en ayant le plus besoin, celui-ci étant apprécié par les équipes médico-sociale APA, notamment en fonction du degré de perte d'autonomie de la personne aidée, de son isolement et de sa pathologie le cas échéant.

Une autre mesure (article 37) vise à diversifier l'offre de répit en permettant l'expérimentation de services de relais à domicile (inspirés du baluchon Alzheimer québécois) fonctionnant avec un seul intervenant plusieurs jours consécutifs. Il s'agit d'offrir du répit à des aidants de personnes pour lesquelles l'accueil temporaire en dehors du domicile n'est pas adapté, en particulier pour des personnes atteintes de troubles cognitifs pour lesquelles la préservation des repères est essentielle. L'intervention d'un seul professionnel, plutôt que de plusieurs qui se succèdent toutes les 10 ou 12 heures, comme c'est déjà possible, est un élément essentiel de qualité de l'accompagnement proposé au « couple aidant-aidé ».

Le deuxième objectif est la mise à disposition d'actions d'accompagnement des aidants, au-delà d'actions de formation, sur tout le territoire, grâce à un soutien financier et un appui technique renforcés de la CNSA (articles 8 et 47). L'enjeu est tout à la fois le développement et la plus grande accessibilité de ces actions, la généralisation et le renforcement de l'investissement des ARS (article 541°) en direction des aidants. et une meilleure coordination des différentes institutions aujourd'hui impliquées (autres les précitées, les caisses de retraites de base et complémentaires, les communes et CCAS), afin d'assurer le maillage territorial et la visibilité des actions proposées aux aidants, sous l'égide du département (article 3).

Le troisième objectif est de favoriser l'utilisation effective par les aidants des aides et des services développés pour leurs proches et pour eux-mêmes, en renforçant et en rendant plus visible l'information, tant au niveau national que local (articles 47 et 54), et en améliorant le repérage des aidants en besoin d'aide ou de répit ou en risque de fragilité, les aidants ayant tendance à ne pas s'identifier comme tels et à négliger leurs besoins propres. La prise en compte, avec le support d'outils développés par la CNSA, de la situation et des besoins des aidants de tous les bénéficiaires et demandeurs de l'APA (articles 29 4° et 47) constituera un élément clef de ce repérage.

Enfin, et pour bien identifier les personnes visées par les dispositifs mis en place, en particulier dans le cadre de l'APA, il est proposé de définir une notion de « proches aidants », terminologie substituée à celle généralement utilisée actuellement d'« aidant familial », afin d'éviter toute interprétation restrictive excluant des proches sans lien de parenté avec la personne aidée de l'accès aux dispositifs.

III. Options possibles et nécessité de légiférer

La création d'une enveloppe dédiée au répit des aidants dans le cadre de l'APA mais pouvant aller au-delà de ses plafonds, les dérogations aux dispositions relatives au temps de travail pour permettre les interventions de relais à domicile assurées par un professionnel unique, l'élargissement des missions de la CNSA, ne sont possibles que par la loi.

Les dispositions prévues à l'article 3 et relatives à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, qui ne concernent pas uniquement les aidants, sont nécessaires pour d'une part amener tous les départements à développer une politique de soutien aux aidants, et d'autre part garantir que cette compétence nouvelle soit mise en œuvre en complémentarité et en coordination avec les institutions déjà investies, soit par la loi (les ARS, sur une partie du champ seulement), soit de manière volontaire (caisses de retraites, communes et CCAS).

IV. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Présentation synthétique de l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales des dispositions envisagées

Les dispositions qui concernent les aidants devraient avoir des conséquences sociales, économiques et financières, liées à l'amélioration de la qualité de vie et à la préservation de la santé des aidants, au maintien de leur implication dans l'aide apportée à leurs proches, aux économies générées par le maintien à domicile, moins coûteux dans nombre de situations

qu'une entrée en institution, d'une proportion plus importante de personnes âgées, dans l'amélioration de la fréquentation des accueils temporaires, de leur viabilité et rentabilité économique et financière.

2. Evaluation des conséquences économiques, financières, et sociales

2.1 - Impacts financiers et budgétaires

Une fraction de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) sera affectée au financement du module « répit » (78 M€, intégrant les sommes prévues en cas d'hospitalisation de l'aidant) et du renforcement des moyens consacrés par la CNSA à l'accompagnement des aidants (5 M€).

Les moyens financiers et techniques consacrés par les institutions locales (départements, ARS, caisses de retraites notamment) aux aidants, notamment aux dispositifs d'accompagnement, pourront être augmentés à leur initiative mais surtout mutualisés grâce à la conférence des financeurs, permettant une plus grande efficacité de la dépense.

2.2 - Impacts économiques

Le soutien financier aux actions d'accompagnement des aidants d'une part, les moyens financiers supplémentaires importants dédiés à assurer la solvabilité des lieux d'accueils temporaires et du recours aux services de relais à domicile, permettront à la fois la meilleure utilisation et le développement de ces services, et donc de l'emploi.

D'une manière plus indirecte, le soutien des aidants qui exercent par ailleurs une activité professionnelle, en tant que ce soutien contribue à l'amélioration de leur santé, peut avoir des conséquences bénéfiques sur leur présence et leur investissement dans leur activité professionnelle.

Les professionnels et les personnes morales privées (associations locales en particulier) qui mettent en œuvre des actions en faveur des aidants pourront inscrire leurs activités dans un cadre institutionnel clarifié, mieux coordonné et financé, donnant davantage de visibilité aux actions de soutien des aidants, facilitant leur recherche de financement et la fréquentation ou le recours à leurs services.

2.3- Impacts sociaux

Ces dispositions devraient avoir des impacts en termes :

- d'amélioration de la qualité de vie et de la santé des aidants,
- d'amélioration de la qualité de vie et de l'accompagnement des personnes âgées et handicapées à domicile (y compris par des temps passés en dehors, dans des dispositifs d'accueil temporaire) et de prévention de situations de maltraitance,
- de possibilité pour les personnes en perte d'autonomie de vivre plus longtemps à leur domicile, plutôt que d'aller en institution,
- de prévention des hospitalisations ou entrées en institution non souhaitées, coûteuses et potentiellement préjudiciables aux intéressés eux-mêmes, du fait d'une indisponibilité temporaire de l'aidant due à une hospitalisation,
- de reconnaissance des aidants par la société d'une manière générale, les milieux de travail, les professionnels et institutions du champ social, médico-social et sanitaire.

2.4. Impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes

Ce projet de loi aura également un impact sur les aidantes et aidants familiaux. Ainsi, « 80 % des personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile sont aidées régulièrement par un proche »⁴¹ et « lorsqu'un parent est seul, près d'une fille sur deux lui apporte un soutien, contre un fils sur quatre »⁴². Qui plus est, une étude du Centre d'Analyse Stratégique de 2011⁴³ a évalué que deux tiers de l'aide apportée par la famille est assurée par des femmes. On peut aussi trouver des analyses qualitatives développant les raisons de cette différence sexuée :

« Pour les femmes rencontrées, qui appartiennent à des générations ayant peu investi le marché du travail et pour qui l'engagement dans le monde domestique a constitué l'essentiel de leur vie, l'entrée d'un tiers dans l'espace domestique privé tend à être vécue comme une intrusion voire une dépossession.

*On rencontre ici les différenciations sexuées, car ce sont les femmes de la famille qui sont en première ligne pour aider les personnes âgées : épouses d'abord, mais aussi filles, nièces, petites-filles, etc. Si, dans les milieux modestes, les femmes tendent à prendre en charge concrètement l'aide à la personne âgée dépendante, dans les milieux aisés, elles jouent plutôt le rôle de chef d'orchestre pour les divers acteurs de l'aide. »*⁴⁴

La question du suivi de l'aide informelle par les aidants familiaux et de son impact sexué est donc essentielle, notamment auprès des aidantes et aidants encore en activité. Les prévisions des prochaines années pointent que la proportion de personnes âgées recevant l'aide d'un proche devrait baisser, à cause de trois facteurs⁴⁵. Le premier est lié au vieillissement de la génération du baby-boom, aujourd'hui nombreuse et en position d'enfant aidant. Le deuxième facteur concerne l'investissement professionnel des femmes, qui réduira la proportion d'aidantes familiales inactives professionnellement. Le troisième et dernier facteur est lié à l'augmentation de l'âge moyen des personnes dépendantes, qui implique la multiplication de risques que les aidants et les conjoints soient eux-mêmes en mauvaise santé. Les projections montrent donc qu'entre 2030 et 2040 la proportion d'hommes dépendants sans conjoint ni enfants augmenterait de 12 % à 18 %, celle des femmes se maintiendrait autour de 9 %.

Ces projections permettent d'envisager des mesures pour améliorer les conditions de vie des aidantes et aidants, mais aussi pour assurer que, s'il s'agit de personnes en activité

⁴¹ Lecroart Aude (DREES) et Froment Olivier, Marbot Claire, Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation », *DOSSIERS Solidarité et santé*, n° 43, Septembre 2013, p. 22.

⁴² Fontaine R., Gramain A., Wittwer J. (2007), « Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Économie et Statistique*, n° 403-404, p. 97-115, P. 105, in Daune-Richard Anne-Marie et al., « L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France-Suède », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 n° 2-3, p. 148-168, p. 163.

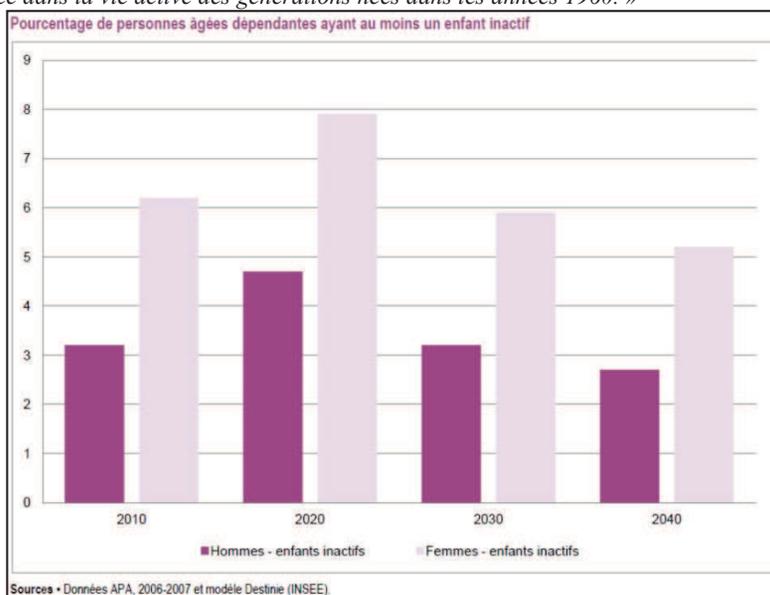
⁴³ CAS (Centre d'analyse stratégique) (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge*, travaux coordonnés par Gimbert V. et Malochet G., rapport n° 39, La Documentation française, p. 137.

⁴⁴ Daune-Richard Anne-Marie et al., « L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? » Une comparaison France-Suède, *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 n° 2-3, p. 148-168, pp. 161 -162.

⁴⁵ Lecroart Aude (DREES) et Froment Olivier, Marbot Claire, Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation », *DOSSIER Solidarité et santé*, n° 43, Septembre 2013, p. 23.

professionnelle, des mesures d'articulation des temps de vie soient envisagées. Les aidants ont aujourd'hui en moyenne 58 ans, et près de la moitié d'entre eux sont retraités ou en préretraite⁴⁶. Ainsi, la moitié des aidant-e-s exercent aujourd'hui une activité professionnelle. En termes de prospective à moyen-long terme :

« la probabilité d'avoir au moins un enfant inactif, parmi l'ensemble des personnes âgées dépendantes, augmenterait jusqu'en 2025 environ, surtout chez les hommes (passant de 3 % à 5 %) et légèrement chez les femmes (de 6 % à 7 %). Ces effets sont notamment liés à l'accroissement de l'âge moyen des hommes, plus important que celui des femmes, qui ferait croître la proportion d'hommes en âge d'avoir un enfant retraité. À partir de 2025, la probabilité d'avoir un enfant inactif décroîtrait pour les hommes comme pour les femmes, notamment du fait du recul de l'âge du départ à la retraite conséquence du fort recul de l'âge d'entrée dans la vie active des générations nées dans les années 1960. »⁴⁷



Il existe en France de récents développements en matière de congés dédiés au soutien des personnes âgées :

- le congé de « soutien familial » pour prendre soin d'un parent dépendant classe en GIR 1 ou GIR 2 (trois mois) ;
- le congé de « solidarité familiale » pour prendre soin d'un ascendant, d'un descendant ou d'une personne partageant son domicile en fin de vie (trois mois renouvelables une fois) ;
- l'« allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie » (vingt et un jours au maximum).

⁴⁶ Lecroart Aude (DREES) et Froment Olivier, Marbot Claire, Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation », *DOSSIERS Solidarité et santé*, n° 43, Septembre 2013, p. 22.

⁴⁷ Lecroart Aude (DREES) et Froment Olivier, Marbot Claire, Roy Delphine (INSEE), « Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation », *DOSSIERS Solidarité et santé*, n° 43, Septembre 2013, p. 25.

Toutefois, comme dans toute mesure proposant une articulation des temps de vie, les employeurs veilleront à accorder le congé de soutien familial de façon non-discriminatoire tant à leurs employés qu'à leurs employées, afin de ne pas renforcer davantage les disparités dans la composition sexuée des aidant-e-s familiaux-ales.

Enfin, plusieurs mesures proposées par le projet de loi portant sur l'amélioration des conditions de vie des aidantes et aidants familiaux prennent en compte leur santé et leur bien-être, avec une plus grande propension au stress et à d'autres maladies. Ainsi, les dispositifs tels que l'accueil temporaire de la personne dépendante pour permettre un répit à l'aidante et à l'aidant ou les dispositifs de gouvernance locale leur ouvrant l'accès à la formation ou à des appuis à travers des réseaux de bénévoles, garantissent la qualité de la prise en charge tout en améliorant le bien-être des aidants⁴⁸, qui sont en grande majorité des aidantes.

3. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Le présent projet de loi n'a pas d'impact global, positif ou négatif, sur l'emploi public.

3.1 Départements, ARS, et organismes de sécurité sociale, CCAS ou toute autre institution intéressée, devront nommer un ou des représentants et participer à la conférence des financeurs notamment compétente en matière de soutien des aidants.

Les autres collectivités territoriales volontaires, si elles décident de participer, devront également nommer un ou des représentants et ainsi participer régulièrement à la conférence.

3.2 La CNSA aura la responsabilité d'élaborer, faire élaborer ou valider des référentiels d'évaluation de la situation et des besoins des aidants, d'appuyer les équipes médico-sociales APA dans leur mission d'évaluation et d'élaboration des plans d'aide, qui inclue désormais les besoins et les réponses pour les aidants, de signer avec les départements des conventions dont l'objet sera notamment le soutien des actions d'accompagnement des aidants, d'animer le réseau des conférences des financeurs en vue de garantir une équité territoriale entre les départements.

4. Impact sur les personnes physiques et morales

En ce qui concerne l'impact sur les aidants, les personnes âgées et les personnes handicapées qu'elles aident, voir le paragraphe sur « les impacts sociaux ».

V. Textes d'application

Feront l'objet de dispositions réglementaires pour leur application :

- le « module répit » de l'APA : critères d'attribution, montant (article 36) ;
- les conditions du déplaçonnement de l'APA en cas d'hospitalisation de l'aidant (article 36) ;
- les référentiels d'évaluation de la situation et des besoins de l'aidant (article 29 4°) ;
- les prestations de suppléance de l'aidant familial réalisées en dérogeant aux dispositions du code du travail sur le temps de travail (article 37) ;
- .

La directive européenne sur le temps de travail et la jurisprudence afférente ont été prises en compte dans la rédaction des dispositions de l'article 37 qui dérogent au code du travail.

⁴⁸ Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, www.oecd.org/health/longtermcare

VI. Présentation des consultations menées

Consultations non obligatoires : CNOSS, CNRPA, CNSA

VII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

1. Présentation des moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention

La CNSA jouera un rôle d'appui technique, d'échange d'expériences et d'informations, auprès des départements, notamment des services en charge de l'APA et des équipes médico-sociales chargées de l'évaluation, grâce à l'élargissement de ses missions.

Le président du Conseil général, en sa qualité de président de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, veillera à mettre à disposition un secrétariat ainsi que des locaux de réunion. Les équipes évaluatrices s'appuieront pour l'évaluation des besoins sur les effectifs des équipes médico-sociales des départements et des caisses de retraite. Les instances obligatoires et volontaires seront chargées de désigner leurs représentants au sein de la conférence.

2. Présentation du suivi de la mise en œuvre

Le projet de loi prévoit des remontées d'informations des départements à la CNSA et au ministère en charge des personnes âgées concernant les dépenses et les bénéficiaires de l'APA, qui incluront des données sur le module « répit » prévu à l'article 36.

Dans le cadre de leur rôle de tutelle de la CNSA, les ministères des affaires sociales et du budget veilleront à l'accomplissement par la caisse de ses nouvelles missions.

L'implication des départements et les actions programmées et financées dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie feront l'objet d'un suivi par la CNSA, grâce aux remontées d'information de l'activité et des financements attribués par la conférence et du bilan et de l'évaluation des conventions signées entre la CNSA et chaque conseil général prévues à l'article 47 3° .

3. Evaluation

Les informations communiquées par les départements et dans une moindre mesure les ARS permettront à la CNSA et à l'Etat de conduire l'évaluation du dispositif.

Une évaluation spécifique est prévue pour l'expérimentation des services de relais à domicile (article 37), en s'appuyant sur les services expérimentateurs et les autorités compétentes (départements, ARS et directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi –DIRECCTE-). Elle fera l'objet d'un rapport du Gouvernement au Parlement à l'appui d'une éventuelle pérennisation.

Chapitre 4 : dispositions financières relatives à l'APA et au soutien et à la valorisation des aidants

Article 38 - Dispositions financières relatives à l'APA et au soutien et à la valorisation des aidants

I -Etat du droit

Les critères de répartition de ce concours sont fixés par les dispositions de l'article L. 14-10-6 du CASF qui prévoient la prise en compte :

- du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans ;
- du montant des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie ;
- du potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales ;
- et du nombre de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (du RSA à compter du concours 2011).

L'article R.14-10-38 du CASF fixe quant à lui la part de chaque critère défini à l'article L.14-10-6 du CASF afin d'appliquer une péréquation entre les départements dans l'allocation de la ressource. Cette part est la suivante :

50 % : nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ;

20 % : dépenses d'APA ;

25 % : potentiel fiscal ;

5 % : nombre de bénéficiaires du RMI/RSA.

Après une première répartition du concours, sur la base des critères précités, est mis en œuvre un critère correctif dont le taux est déterminé par arrêté et ne peut être supérieur à 30 %, conformément à l'article R. 14-10-33 pour la PCH et à l'article R. 14-10-39 pour l'APA.

L'opération de correction consiste, pour chaque département, à ce qu'en aucun cas le rapport entre, d'une part, les dépenses après déduction du montant précédemment réparti (charge nette de la dépense) et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne puisse être supérieur au taux précité.

L'état du droit ne prévoit pas de droit à compensation pour les départements en dehors des cas de transferts de compétences. En l'espèce, les départements gèrent déjà l'allocation personnalisée autonomie à domicile, donc il s'agit pas d'une nouvelle compétence, mais d'un aménagement de cette compétence à travers de nouvelles règles de gestion de l'allocation.

II - Nécessité des modifications proposées

Le Gouvernement propose que soit compensée la dépense nouvelle d'APA à mesure de la montée en charge des mesures d'amélioration de la prestation prévues par la loi (revalorisation des plafonds ; réforme du barème de participation ; module « répit » pour les aidants ; dépassement des plafonds en cas d'hospitalisation de l'aidant) au montant auquel il l'a estimée dans le cadre de la préparation du présent projet de loi. Une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) est ainsi affectée à la section II du budget de la CNSA consacrée au financement de l'APA, qui évolue pour suivre la montée en charge prévisionnelle des dépenses liées aux améliorations de l'APA précitées,

ainsi qu'au surcoût de deux accords de la branche de l'aide à domicile en voie d'agrément par l'Etat sur les dépenses d'APA.

Afin que chaque département bénéficie d'une compensation des charges nouvelles résultant pour lui de la loi, le concours APA de la CNSA est désormais divisé en deux parts. La première part - qui correspond au concours dans ses modalités avant entrée en vigueur de la présente loi - vise à contribuer au financement de la dépense d'APA telle qu'elle résulte de la législation antérieure à la réforme, y compris pour des nouveaux bénéficiaires après l'entrée en vigueur de la loi. Les critères de sa répartition demeurent inchangés dans le cadre du présent projet de loi. Une deuxième part, complémentaire de la première, est créée, destinée spécifiquement à contribuer au financement de la réforme et qui sera répartie en fonction de la dépense nouvelle liée aux dispositions de la loi de chaque département, telle qu'estimée par l'Etat. Les modalités de sa répartition seront précisées par décret en Conseil d'Etat. La garantie pour chaque département que sa dépense nette d'APA après déduction du concours n'excède pas un pourcentage de son potentiel fiscal sera mise en œuvre en prenant en compte la totalité de la dépense d'APA y compris celle résultant de la loi et les deux parts du concours.

La modification des règles de compensation relève du domaine de la loi.

III – Impacts

1. Impact pour les administrations

Ce nouveau mode de compensation implique de mobiliser les services de la DREES pour estimer la dépense nouvelle et sa montée en charge en fonction des données qui ont été transmises par les départements notamment lors des travaux préparatoires du projet de loi.

2. Impact au regard de l'intérêt général

En garantissant la compensation, cet article contribue à l'effectivité des nouvelles mesures proposées dans l'intérêt des bénéficiaires de l'APA et de la préservation de leur autonomie, en particulier pour la hausse des plafonds d'aide qui est étroitement liée aux pratiques des équipes médico-sociales des conseils généraux.

La situation des départements est spécifiquement prise en compte, afin de garantir l'égalité de traitement de tous les bénéficiaires de l'APA sur le territoire national.

3. Incidences financières

Ce nouveau mode de compensation neutralise l'impact financier des nouvelles mesures de la loi pour les départements, en dérogeant aux critères de péréquation habituellement utilisés, qui peuvent aboutir à des différentiels importants entre dépenses nouvelles et recettes supplémentaires en fonction des départements.

En affectant un pourcentage de CASA aux dépenses nouvelle d'APA à domicile telles qu'elles résultent du projet de loi, il garantit une évolution de la recette en cohérence avec l'évolution potentielle de cette dépense dans le temps telle qu'elle est estimée par la DREES en fonction des dernières évolutions constatées entre 2007 et 2011, qui correspondent aux deux dernières enquêtes statistiques les plus complètes en la matière.

La DREES a ainsi estimé à 453 Millions d'euros le coût des nouvelles mesures liées à l'APA à domicile à l'issue de la montée en charge en année pleine en 2017, dont 350 Millions d'euros pour le relèvement des plafonds et la baisse du ticket modérateur, 25 Millions d'euros pour les deux avenants à la convention collective de la branche de l'aide à domicile portant sur les bas salaires et les frais professionnels, et 78 Millions d'euros pour le nouveau module répit pour les aidants, et la prise en charge temporaire en cas d'hospitalisation de l'aidant.

Ces 453 Millions d'euros supplémentaires vont permettre d'augmenter les concours APA de plus de 25%, et de porter le taux de couverture de l'APA à plus de 35%, alors qu'il se situe aujourd'hui en moyenne autour de 30%.

Cette disposition s'inscrit donc en totale continuité avec le pacte de confiance et de responsabilité entre l'Etat et les collectivités locales, dont l'ambition est de porter un cadre financier clarifié et renouvelé.

4. Incidences sur les personnes physiques ou privées

L'incidence de ces dispositions sur les personnes physiques ou privées est indirecte mais néanmoins très importante. En effet, améliorer le niveau de compensation par l'Etat des dépenses nouvelles résultant de la présente loi pour les départements, revient à garantir un niveau d'intervention auprès des personnes âgées.

IV - Textes d'application

Cet article crée un second mode de compensation des dépenses d'APA, afin de compenser spécifiquement les charges nouvelles résultant de l'application de la présente loi. La CNSA assurera la gestion de cette seconde part de compensation tout comme elle gère déjà la première part.

Chapitre 5 : soutenir l'accueil familial

Article 39 – Soutenir l'accueil familial

I – Diagnostic et justification de l'intervention :

L'accueil familial de personnes âgées et de personnes handicapées adultes constitue une forme intermédiaire d'accueil entre le domicile et l'hébergement en établissement. Il offre aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus rester chez elles, un cadre de vie familial, qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé.

Ce dispositif, institué par la loi n° 89-475 de juillet 1989, a connu deux réformes législatives importantes en 2002 et 2007.

L'article 51 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a permis d'améliorer les droits sociaux des accueillants familiaux, de mieux organiser les conditions de l'accueil pour que celui-ci soit proposé de façon identique sur l'ensemble du territoire et a introduit l'engagement des accueillants familiaux à suivre une formation. L'organisation par le

département de la formation et son financement ont fait l'objet de dispositions législatives respectivement en 2005 et 2011.

L'article 57 de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale a organisé le salariat des accueillants familiaux par des personnes morales de droit public ou de droit privé.

Malgré ces réformes, l'accueil familial ne représente aujourd'hui qu'une très faible part parmi les dispositifs de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire : en 2010, 15 800 personnes vivent en accueil familial pour 800 000 personnes hébergées en établissement⁴⁹.

Le développement limité de l'accueil familial met en évidence l'existence de plusieurs difficultés :

a) Concernant l'agrément et la formation des accueillants familiaux.

Les critères d'agrément sont aujourd'hui définis de façon très générale par l'article L. 441-1 et la latitude dont disposent les conseils généraux dans l'appréciation de ces critères entraîne des pratiques hétérogènes dans l'instruction et l'évaluation des demandes d'agrément, conduisant à des différences de traitement entre les candidats.

En outre, les conseils généraux n'ont pas la possibilité de préciser, dans la décision d'agrément, le profil des personnes susceptibles d'être accueillies, ce qui les conduit, le plus souvent, à restreindre les agréments aux candidats répondant aux conditions les plus strictes en matière d'accueil de personnes en perte d'autonomie ou handicapées. Or, les personnes accueillies ont des caractéristiques et des besoins très différents, suivant notamment la nature de leur handicap ou leur degré de perte d'autonomie. Une personne peut être en capacité ou avoir la disponibilité d'accueillir dans des conditions satisfaisantes des personnes âgées fragilisées, ou des personnes handicapées disposant d'une certaine autonomie, mais pas des personnes avec des troubles cognitifs ou psychiques ou encore des déficits fonctionnels importants.

Par ailleurs, lorsque le conseil général décide de ne pas renouveler l'agrément, cette décision est assimilée, en vertu de l'article R. 441-7, à un refus d'agrément. L'accueillant familial ne peut donc bénéficier de la procédure prévue par l'article L. 441-2 en cas de retrait d'agrément, qui implique une injonction préalable du président du conseil général, la saisine d'une commission consultative et la possibilité de présenter ses observations en amont de la décision, conformément au principe, établi par la jurisprudence, du respect des droits de la défense. Or, les conséquences de la décision du président du conseil général, qu'il s'agisse d'un retrait ou d'un non renouvellement d'agrément, sont identiques pour l'accueillant familial dans la mesure où elle met fin à l'accueil, entraînant une perte de revenus et un risque de précarisation des intéressés.

S'agissant de la formation initiale et continue des accueillants familiaux prévue à l'article L. 441-1, ses modalités sont très hétérogènes suivant les départements car aucun texte n'en définit la durée, les objectifs et le contenu. En outre, les accueillants familiaux commencent généralement leur activité sans formation dès l'obtention de l'agrément.

⁴⁹ Source : enquête sur l'accueil familial conduite en 2011 par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). Données provisoires.

b) Concernant l'accueil temporaire ou à temps partiel :

Ces formules d'accueil sont aujourd'hui relativement peu développées, alors qu'elles représentent une alternative intéressante, permettant par exemple à des personnes désorientées d'évoluer dans un environnement calme et plus familial, avec un rythme et des activités adaptés, en retournant dans leur famille le soir, pour un coût souvent plus modique qu'en établissement. La limite de trois personnes accueillies, posée par l'article L. 441-1, ainsi que le nombre de personnes pouvant être accueillies fixé dans la décision d'agrément peuvent être interprétés de manière différente selon les départements, soit comme un nombre total de personnes, soit comme un nombre de personnes pouvant être accueillies simultanément. La première interprétation limite de fait fortement le développement de ces formes d'accueil. D'autre part, les conditions exigées en matière de logement et de rémunération sont identiques quelle que soit la durée de l'accueil, imposant par exemple la mise à disposition d'un logement ou d'une pièce individuelle même dans le cas d'un accueil de jour. Ces éléments constituent indéniablement des freins au développement des formules d'accueil à temps partiel.

c) Concernant les droits et libertés des personnes accueillies :

Les droits et libertés des personnes accueillies en accueil familial relèvent du contrat liant l'accueillant et l'accueilli, établi conformément au contrat type annexé au code de l'action sociale et des familles. Ils ne découlent pas d'une base législative comme c'est le cas pour les personnes hébergées en établissement social et médico-social (ESMS), en vertu des articles L. 311-3 et L. 311-4. En outre, les personnes accueillies n'ont pas la possibilité de recourir au dispositif de l'article L. 311-5, qui permet à une personne prise en charge par un ESMS (ou à son représentant légal) de faire appel, pour l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. Il n'existe donc, pour la grande majorité des accueils, aucun recours autre que le tribunal d'instance en cas de litige.

d) Concernant les démarches administratives des personnes accueillies :

Les personnes accueillies dans le cadre d'un accueil familial de gré à gré doivent faire face à des démarches administratives complexes. La personne accueillie (ou son représentant légal) doit ainsi déclarer l'accueillant familial à l'URSSAF et compléter chaque trimestre la déclaration nominative simplifiée (DNS), transmise par l'URSSAF, qui sert au calcul des cotisations, et renvoyer la déclaration accompagnée du versement correspondant. Elle doit également s'adresser à l'URSSAF pour toute demande d'exonération des cotisations patronales d'assurance maladie, maternité, invalidité, vieillesse et d'allocations familiales. L'utilisation des chèques emploi service universels (CESU) serait de nature à simplifier les démarches des personnes accueillies.

II – Description du ou des objectifs poursuivis :

L'accueil familial constitue une solution intéressante dans la mesure où il permet à la personne âgée ou handicapée, par la proximité géographique du lieu de l'accueil, de maintenir les liens tissés avec son environnement antérieur tout en offrant un cadre familial et

sécurisant. Il contribue à diversifier la palette d'offre de services à l'attention des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il représente aussi un potentiel d'emplois important pour la collectivité et contribue à répondre à l'enjeu du vieillissement de la société et de la prévention de la perte d'autonomie, à l'aspiration des personnes âgées et handicapées à rester dans leur cadre de vie habituel sans être isolées ainsi qu'aux besoins de répit ou de relais des aidants familiaux.

C'est pourquoi le Gouvernement entend soutenir le dispositif, en renforçant la qualité et la sécurité de l'accueil, en améliorant les droits des accueillants familiaux et des personnes accueillies et en favorisant le développement du dispositif (chapitre 4, article 39).

Le référentiel d'agrément proposé par l'article L. 441-1 nouveau (article 39-I-1°) permettrait d'appuyer les départements dans leur mission d'agrément, d'harmoniser les pratiques et de favoriser une meilleure adéquation entre les caractéristiques et compétences des candidats accueillants et les besoins des personnes accueillies.

Le présent chapitre vise également à favoriser la professionnalisation des accueillants familiaux, par le renforcement de leur formation obligatoire, la mise en place d'une initiation aux gestes de secourisme ainsi que par l'organisation et le financement par le département, si nécessaire, de leur remplacement durant les périodes de formation.

Il permet aux départements d'agréer davantage de personnes tout en garantissant une plus grande sécurité des accueils proposés, en autorisant les conseils généraux à spécialiser le contenu de l'agrément en fonction du profil des personnes accueillies, compte tenu des capacités et de la disponibilité de l'accueillant familial et des caractéristiques de son logement, et à subordonner l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et, le cas échéant, de la personne accueillie.

Il favorise le développement de l'accueil à temps partiel, en clarifiant l'interprétation des dispositions en vigueur tout en permettant, pour les différentes formes d'accueil non permanent, de raisonner en nombre de places.

Il prévoit d'améliorer les droits des accueillants familiaux et des personnes accueillies, en garantissant le principe du respect des droits de la défense des accueillants familiaux en cas de non renouvellement d'agrément et en étendant aux personnes accueillies les droits et libertés individuels actuellement garantis aux usagers des établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que la possibilité de recourir à une personne qualifiée et à la personne de confiance pour les aider à faire valoir leurs droits (article 39-I-3°).

Il simplifie enfin les démarches administratives des personnes accueillies, en leur ouvrant la possibilité d'utiliser le CESU pour la déclaration des accueillants familiaux (article 39-I-3° et II).

III – Options possibles et nécessité de légiférer :

Le dispositif d'accueil familial de personnes âgées et de personnes handicapées adultes est défini par la loi, en particulier par les articles L. 441-1 à L. 444-9 du code de l'action sociale et des familles.

Le recours à la loi s'impose donc lorsque les mesures proposées conduisent à modifier des dispositions de nature législative, notamment les articles L. 441-1 et L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles.

En revanche, la définition du référentiel d'agrément des accueillants familiaux ainsi que les dispositions relatives aux objectifs, au contenu, à la durée et aux modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue sont expressément renvoyées au règlement.

IV – Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées :

1. Présentation synthétique des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

Les mesures proposées dans le présent chapitre n'ont pas d'impact financier, à l'exception des dispositions relatives à la formation des accueillants familiaux, qui devraient générer un coût supplémentaire pour les conseils généraux. Un montant d'1 M€ est prévu en accord avec les départements pour compenser cette charge (cf. programmation des moyens).

Le présent chapitre n'a pas d'impact sur les plans environnemental et de l'égalité entre les hommes et les femmes.

2. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales :

Le coût des dispositions relatives à la formation dépend directement de la durée de la formation, qui sera fixée par voie réglementaire, ainsi que des modalités d'application de l'exigence de formation aux accueillants agréés antérieurement à la loi, qui seront également précisées par décret. Il dépend également des caractéristiques des formations déjà mises en œuvre par les départements, en particulier en termes de durée. Ce coût regroupe par ailleurs d'autre part deux types de dépenses : celles relatives à la formation elle-même et celles liées au remplacement de l'accueillant pendant qu'il suit sa formation. Ces dernières dépendent de la nécessité d'un remplacement rémunéré ou non et du mode de remplacement décidé par chaque département : recrutement direct et salariat supposant une rémunération basée sur le SMIC, indemnisation sur la base de la rémunération journalière de l'accueillant... Dès lors, le coût global de la formation n'a pu être estimé, en l'absence par ailleurs de données disponibles sur les formations déjà mises en œuvre actuellement par les conseils généraux et sur le nombre de remplaçants à prévoir.

3. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Les missions du département en matière d'agrément, de formation et de contrôle des accueillants familiaux seraient mieux définies et encadrées, ce qui devrait faciliter le travail des équipes du conseil général et objectiver leurs relations avec les accueillants familiaux. Il est prévu un dispositif de compensation spécifique pour les départements qui vont devoir assumer une obligation de formation renforcée. Ils pourront bénéficier de financements supplémentaires de la CNSA au titre des conventions qu'elle passe avec eux au titre de la section 4.

4. Impact sur les personnes physiques ou morales :

Il est attendu des mesures proposées une amélioration de la qualité et de la sécurité de l'accueil, une plus grande reconnaissance et protection des droits et libertés des personnes accueillies ainsi qu'une professionnalisation des accueillants familiaux.

La possibilité d'utiliser le CESU devrait faciliter les démarches administratives des personnes accueillies.

V - Textes d'application :

Le présent chapitre conduit à :

- modifier les articles L. 441-1 et L. 442-1 du code de l'action sociale et à y insérer un nouvel article L. 443-11 ;
- modifier les articles L. 1271-1 à L. 1271-3 du code du travail ;
- modifier l'article L. 133-8 du code de la sécurité sociale.

Le référentiel fixant les critères d'agrément sera approuvé par décret en Conseil d'Etat.

Les mesures proposées n'ont pas d'impact sur le droit européen et sur le droit international.

VI – Présentation des consultations menées :

Consultations obligatoires : ACOSS (CESU)

Consultations non obligatoires : CNOSS, CNRPA, CNSA, CNCPH, associations représentant les intérêts des accueillants familiaux.

VII – Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention :

Le dispositif de l'accueil familial étant placé sous la responsabilité des départements, la mise en œuvre des mesures proposées par le présent chapitre relèverait des conseils généraux.

L'évaluation relèvera du ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Chapitre 6 : clarifier les règles relatives au tarif en EHPAD

Articles 40 et 41 - Tarif hébergement socle, taux plafond d'évolution des tarifs, publicité des tarifs par la CNSA

I. Etat du droit et diagnostic de la situation actuelle

Le présent chapitre modifie le code de l'action sociale et des familles.

- Taux plafond d'évolution des tarifs

L'art. L.342-3 du CASF dispose que les prix des tarifs hébergement des établissements et services soumis aux dispositions du chapitre II du livre IV sont librement fixés lors de la signature du contrat, puis varient « *dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services* ».

Ces tarifs, dans certaines conditions (travaux, agrandissement...) peuvent évoluer dans des proportions supérieures au taux d'évolution plafond ministériel. Dans ce cas, une dérogation peut être octroyée par le Préfet de département.

- Tarif hébergement et publicité des tarifs

La commission des clauses abusives a publié plusieurs recommandations ayant trait aux contrats proposés dans les établissements (recommandations n°85-03 concernant les contrats proposés par les EHPAD et n°08-02 relative aux contrats proposés par certains établissements hébergeant des personnes âgées et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, complétant la recommandation n° 85-03). Celles-ci relèvent tant de la forme que du fond, et portent notamment sur les obligations à respecter, dont l'inscription au sein du contrat de certaines mentions (conditions d'admission, prix des prestations, modalités de révision et de résiliation etc.).

Elle a noté que certains établissements avaient tendance à exclure de l'accueil hôtelier mentionné à l'article R. 314-159 du CASF des prestations et produits qui devraient être pris en charge à ce titre comme par exemple, les produits d'hygiène (savon, shampoing ...) le linge de maison et de lit (serviettes de table, serviettes de toilette, draps ...). De même, il arrive que des prestations de base comme le branchement d'un téléviseur ou d'un téléphone soient facturées en sus du tarif. Certains établissements tiennent, en outre, à disposition une liste d'appareils électriques dont l'utilisation est facturée en sus. La prestation « blanchissage » est souvent réduite au seul entretien du linge plat (draps, serviettes) et non des vêtements. Ces pratiques conduisent à tarifier en sus certaines prestations à des niveaux élevés comme par exemple le nettoyage du linge pouvant atteindre la somme de 150 euros par mois.

A ce jour, aucun site public national d'informations ne fournit aux usagers des informations relatives aux prestations incluses dans les tarifs des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

II. Objectifs recherchés par rapport à cette situation

– Taux plafond d'évolution des tarifs

L'art. 40 prévoit que l'art. L.342-3 du CASF dispose que les prix des tarifs hébergement socle varient « dans la limite d'un pourcentage fixé chaque année par arrêté *du ministre chargé des personnes âgées et* du ministre chargé de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services *et du taux d'évolution des retraites de base prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale au 1er janvier de l'année précédente par rapport au 1^{er} janvier de l'année antérieure* ». Prévoir un arrêté conjoint des deux ministres vise à permettre au ministre chargé des personnes âgées de participer à une décision qui a un impact sur un poste de dépenses important et contraint pour de très nombreuses personnes âgées.

L'ajout, parmi les paramètres de calcul, du taux d'évolution des retraites de base vise à tenir compte, non seulement des coûts auxquels font face les établissements, mais aussi des ressources de leurs résidents. Pour cette raison, il est proposé de ne pas se référer au niveau de vie des retraités, c'est-à-dire à leur revenu disponible divisé par le nombre d'unités de consommation (revenus déclarés au fisc et prestations imputées, nets des impôts directs) utilisé par l'INSEE et la direction générale des impôts pour réaliser l'enquête sur les revenus fiscaux. Une telle référence conduirait aujourd'hui à surévaluer le taux plafond, le niveau de vie des retraités dans leur ensemble progressant plus vite que celui de la population générale.

- « Prestations socles » hébergement et publicité des tarifs

Compte tenu des pratiques hétérogènes des établissements quant à la fixation des prestations intégrées au tarif hébergement et de prestations facultatives, il est nécessaire de définir ce qui est intégré de manière obligatoire dans le tarif hébergement de base facturé au résident, de la même façon, pour l'ensemble des places en EHPAD, pour deux raisons :

- D'une part, parce que les résidents et leurs familles ne sont pas en mesure actuellement de comparer les tarifs pour un même panier de prestations. Le « portail internet personnes âgées », envisagé dans le cadre de la loi, ne permettrait dans de telles conditions que de disposer des tarifs correspondant à des paniers de prestations très divers ; il n'éclairerait pas suffisamment les consommateurs sur les prestations correspondant au tarif de base, qui leur sert pourtant à comparer les établissements ;
- D'autre part, les constats alarmants des contrôleurs de la DGCCRF sur les pratiques de certains EHPAD appellent une définition précise des éléments financés par le tarif hébergement de base et des éléments facturés « en sus » le cas échéant.

Il est donc nécessaire de modifier l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles afin de définir précisément des éléments financés par un tarif hébergement « socle » de ces places. La liste des prestations financées par ce tarif socle doit faire l'objet d'une concertation avec le secteur et serait fixée par décret pour les items suivants :

- Prestations d'administration générale

- Prestations d'accueil hôtelier
- Prestations d'animation

Le projet de loi prévoit également la consultation du conseil de la vie sociale des établissements sur les tarifs sociaux et sur le prix des autres prestations d'hébergement. Cette consultation du conseil de la vie sociale permettra de renforcer la participation des usagers et de leur famille.

L'objet de la publicité des tarifs est de permettre aux personnes âgées et à leurs familles de comparer le prix des prestations quel que soit l'établissement, que celui-ci soit habilité, totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement, ou qu'il ne le soit pas.

III. Options possibles en dehors de l'intervention d'une règle de droit nouvelle

Pour atteindre les objectifs *en vue desquels est proposée la co-signature de l'arrêté et l'ajout d'un nouveau paramètre de calcul du taux plafond d'évolution des tarifs*, il n'est pas envisageable de procéder autrement qu'en modifiant l'article L.342-3 établissant la compétence exclusive du Ministre chargé de l'économie et des finances et la liste des indices pris en compte pour calculer l'indice plafond.

De même, le 3° de l'article L. 314-2 ne constitue pas une base juridique suffisante pour fixer par décret les contours des prestations sociales pour les établissements non habilités à l'aide sociale, ou dont une part des places fait l'objet d'une tarification librement fixée lors de la signature du contrat. En effet, cet article concerne les seules capacités habilitées à l'aide sociale, lesquelles n'entrent de surcroît pas dans le périmètre du présent chapitre.

IV. Impacts des dispositions envisagées

– Ajout d'un nouveau paramètre de calcul du taux plafond d'évolution des tarifs

En application de l'article L 161-23-1 du code de la sécurité sociale les pensions servies par le régime général et les régimes alignés sur lui sont revalorisées au 1er avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la Commission économique de la Nation.

Ainsi, pour 2013, la prévision d'inflation retenue par la commission de la Nation est de 1,2 %. A celle-ci, il est ajouté 0,1 point au titre de l'année 2012. Cet ajustement est égal à l'écart entre le taux d'inflation établi à titre définitif par l'INSEE pour 2012 (soit 1,9 %) et la prévision initiale pour cette même année (1,8 %) ayant servi de base à la revalorisation effectuée au 1^{er} avril 2012.

La comparaison, sur 7 années, du taux d'évolution plafond des tarifs et de l'indice des prix à la consommation laisse apparaître une différence sensible (cf. tableau ci-dessous).

Comparaison des taux plafond et des taux d'inflation de 2007 à 2013

Années de référence	Indice plafond déterminé dans les conditions prévues à l'article L.342-3 dans sa rédaction actuelle	Indice des prix à la consommation (ensemble des ménages de Métropole et des DOM, en variation par rapport à l'année précédente, INSEE)
2013	+ 2,3%	+ 0,9%
2012	+ 2,5%	+ 2%
2011	+ 1,2%	+ 2,1%
2010	+ 1%	+ 1,5%
2009	+ 3%	+ 0,1%
2008	+ 2,2%	+ 2,8%
2007	+ 2,4%	+ 1,5%
Evolution totale sur 7 ans	+ 15,5 %	+ 11,4 %

Sur la base de ce qui a été observé au cours des dernières années, il est possible de prévoir que la prise en compte du taux d'évolution des retraites de base, lui-même calculé à partir de l'inflation, conduira à fixer les taux plafonds à un niveau plus bas, réduisant l'écart entre l'évolution des ressources des résidents et celle des tarifs qu'ils doivent acquitter.

– Identification de prestations socles financées par un tarif hébergement socle et publicité des tarifs

Les paniers de services correspondant au tarif hébergement de base facturé par les EHPAD ne varieraient pas d'un établissement à l'autre. Le portail personnes âgées, confié à la CNSA et mentionné au rapport annexé du présent projet de loi, permettrait de disposer des tarifs correspondant tous au même panier de prestations. Il présenterait aussi les tarifs des prestations supplémentaires, acquittées par des tarifs facturés en sus du tarif socle. Les tarifs des résidences-autonomie ainsi que ceux des services intervenant à domicile seraient également transmis à la CNSA.

Ainsi, les usagers auront accès à une information fiable et assez uniformisée, leur permettant de comparer les établissements. Cette disposition vise à renforcer l'information des personnes âgées et de leurs familles et à donner la possibilité de faire un choix éclairé des établissements et services auxquels ils souhaitent avoir recours.

Les pratiques abusives relevées par les enquêteurs de la DGCCRF seront de plus en plus rares, puis deviendront illégales.

Le présent projet de loi n'a pas d'impact sur le droit européen, le droit international, l'environnement, les personnes handicapées et l'égalité entre les hommes et les femmes.

V. Consultations menées

Consultations non obligatoires : CNOSS, CNRPA, CNSA

VI. Modalités d'application des dispositions envisagées (dont la liste des décrets d'application prévus et des directions ministérielles chargées de leur préparation)

– les modalités d'application dans le temps des dispositions envisagées, les textes législatifs et réglementaires à abroger et les mesures transitoires proposées

Une période de transition est nécessaire pour mettre en œuvre une tarification tenant compte de la définition des prestations « socles ».

– la liste prévisionnelle des textes d'application nécessaires

Le tarif socle prévu à l'article 41 correspond à une liste de prestations, dites prestations socles, fixée dans des conditions précisées par décret. Il est donc proposé d'intégrer des mesures réglementaires d'application de cette nouvelle disposition législative, en arrêtant la composition du contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations socles relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et 2°.

Article 42 Saisine du juge aux affaires familiales par les EHPAD de droit privé

I. Etat actuel du droit et diagnostic

Actuellement, seuls les établissements publics peuvent saisir le juge des affaires familiales en cas d'impayés en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 315-16 du code de l'action sociale et des familles, résultant d'un amendement parlementaire apporté à la loi n°2007-290 du 5 mars 2007. Il est proposé d'ouvrir cette faculté à tous les gestionnaires d'EHPAD quel que soit leur statut juridique, public ou privé.

II. Présentation et analyse de l'impact de la solution envisagée

La faculté ouverte à tout gestionnaire, quel que soit son statut juridique, de saisir le juge des affaires familiales serait inscrite dans les dispositions générales du CASF s'appliquant aux établissements sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation. Cette mesure s'avère nécessaire pour éviter que se reproduise des situations telles que celle qui a conduit à l'expulsion d'une pensionnaire de 94 ans d'une maison de retraite privée pour cause de facture impayée, l'établissement ayant vu ses relances téléphoniques et par courrier auprès des enfants de la personne âgée restées sans réponses. Il s'agit donc d'ouvrir aux établissements privés les mêmes droits que ceux des établissements publics.

III. Nécessité de légiférer

Il est nécessaire de modifier la loi pour prévoir l'élargissement de la saisine du juge.

IV. Impacts de la mesure : Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

Cette mesure doit permettre d'améliorer, dans le respect des procédures judiciaires et en tant qu'elles protègent les personnes, la gestion des établissements de droit privé confrontés à des situations difficiles en matière d'impayés (soit au total 4320 établissements potentiellement concernés au 6 février 2014 par la mesure). Il n'est pour autant pas possible d'évaluer à ce stade le nombre d'établissements qui se saisiront de cette nouvelle faculté.

La faculté ouverte à tout gestionnaire, quel que soit son statut juridique, de saisir le juge des affaires familiales le protégera en cas d'impayés du résident ou de non-respect, par sa famille, des engagements pris au moment de son admission.

V. Aucune disposition réglementaire d'application ne sera nécessaire.

Article 43 – Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale

I. Réglementation applicable

- Articles l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

II. Nécessité des modifications proposées

L'article insère les mots “, le représentant de l'État dans la région ” après le mot "département" à l'article L. 351-1 du CASF pour rétablir la compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sur les décisions prises par le préfet de région. Cet article permet de réparer une omission rédactionnelle.

En effet, l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires n'a pas pris en compte la compétence du préfet de région en matière de tarification des prestations fournies par les établissements et services financés sur le budget de l'Etat.

L'absence de référence à ces décisions prises par le préfet de région empêche tout établissement ou service social et médico-social dont les prestations sont financées par le budget de l'Etat de former un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

III. Impact en termes de formalités administratives

La compétence des tribunaux inter-régionaux de la tarification sanitaire et sociale est rétablie. Cette correction d'une malfaçon rédactionnelle s'inscrit dans le but d'intérêt général et de valeur constitutionnelle d'intelligibilité et d'accessibilité de la loi. Elle est donc source de lisibilité pour le justiciable.

IV. Impact au regard de l'intérêt général

Ce rétablissement permet aux établissements et services financés en tout ou partie sur le budget de l'Etat de mettre en œuvre leur droit de recours contre une décision de tarification qui s'impose à eux.

Chapitre 7 : améliorer l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire

Article 44 - Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)

I. Réglementation applicable

- Articles L. 312-7, R. 312-194-1 à 25 du code de l'action sociale et des familles (CASF)
- Articles L. 6133-1 à 9, R. 6133-1 à 25 du code de la santé publique (CSP)

II. Nécessité des modifications proposées

Les évolutions successives de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles suscitent des incertitudes quant à la possibilité pour un groupement de coopération sociale ou médico-sociale d'être titulaire d'une autorisation. Ce contexte rend l'usage du statut de groupement de coopération sociale ou médico-sociale complexe et insécurisant, et tend à limiter le recours à ce dispositif par les acteurs de terrain, alors même que ce type de groupement présente un intérêt certain pour favoriser de nouvelles méthodes de coopération. Les dispositions de l'article 44 ont pour objet de clarifier le cadre juridique applicable aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale.

Ainsi, le renvoi au code de la santé publique est supprimé, de manière à faciliter la compréhension du régime des groupements de coopération sociale ou médico-sociale et reconnaître sa spécificité. La qualité d'établissement public de santé est en effet une catégorie juridique spécifique, incluant un statut, des règles d'autorisation, budgétaires et comptables ainsi que de gestion du personnel propres, qui n'existent pas dans le champ social et médico-social et qui sont difficilement transposables.

Le renvoi au code de la santé publique étant supprimé, la disposition précisant que le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social n'a plus lieu d'être, d'autant qu'elle s'est révélée source de confusion sur la faculté, ou non, pour ce type de groupement d'être directement autorisé pour l'exercice des missions de ses membres. Elle est donc supprimée. Toutefois, en aucun cas, la suppression de cette mention n'implique une requalification automatique du groupement de coopération sociale ou médico-sociale en établissement, à l'instar du "groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé".

Il est néanmoins proposé de transposer dans le code de l'action sociale et des familles les dispositions utiles du code de la santé publique pour caractériser le cadre d'intervention du groupement, notamment la règle confirmant l'autonomie des membres du groupement pour le choix de son statut sauf dans le cas où les membres seraient exclusivement de droit public ou de droit privé.

Enfin, l'alinéa de l'article L. 312-7 précisant que les groupements de coopération sociale ou médico-sociale exerçant les missions mentionnées au b, du 3° voient leurs recettes recouvrées conformément à l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales est modifié, de manière à viser exclusivement les groupements de droit public, l'article L. 1617-5 n'étant applicable qu'à une structure publique.

III. Conséquences

Cette réécriture de l'article L. 312-7 du CASF vise prioritairement à clarifier le régime juridique applicable au GCSMS en matière d'autorisation. Jusqu'en 2011, un tel groupement

pouvait exploiter une autorisation pour le compte de ses membres, ou bien en être directement titulaire sur la base du b, du 3° de l'article L.312-7, complété en ce sens par l'article R. 312-194-5 du CASF.

Depuis l'ordonnance du 23 février 2010, l'article L. 312-7 du CASF précise que les dispositions du code de la santé publique (CSP) concernant les groupements de coopération sanitaires (GCS) sont applicables aux GCSMS, sous réserve des dispositions du CASF. Par ailleurs, l'article 34 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 *modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, a modifié l'article L.312-7 du CASF en disposant que « *le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social* ».

Ces modifications successives de la rédaction de l'article L. 312-7 induisent une ambiguïté quant à la possibilité pour ce type de groupement d'être titulaire d'une autorisation, compte tenu de l'applicabilité à un GCSMS de l'article L. 6133-7 du CSP : « *Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents.* ».

Cette ambiguïté ne peut que freiner le recours à ce dispositif par les acteurs de terrain, alors même que le GCSMS constitue un dispositif fondamental pour favoriser de nouvelles méthodes de coopération. Pour les autorités compétentes en matière d'organisation de l'offre sur le territoire, le GCSMS constitue un levier d'amélioration important. Il offre aux acteurs, tout en respectant les spécificités de leur projet, une capacité de recomposition de l'offre, de modification des pratiques d'organisation de la réponse aux besoins et d'optimisation des moyens financiers disponibles. La coopération peut également favoriser un maillage fin du territoire assurant une qualité de service aux meilleurs coûts, dans une logique de parcours et d'efficience.

La clarification juridique proposée permet d'affirmer clairement qu'un GCSMS peut être titulaire d'une autorisation, et se voir ainsi appliquer, comme le prévoit l'article R. 312-194-5, l'ensemble des dispositions du chapitre III du CASF, relatives aux droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Cette clarification permettra notamment de lever l'ambiguïté sur le fait qu'un tel groupement peut répondre directement à un appel à projet ou signer un CPOM au nom de ses membres.

Article 45- Réforme des appels à projets

Cet article a pour but l'amélioration et l'adaptation de la procédure d'appel à projet préalable à la création, la transformation et l'extension des projets sociaux et médico-sociaux et au droit de l'autorisation. Il s'inscrit dans l'objectif plus large de simplification administrative.

La nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet a été instaurée par le décret n°2010-870 du 26 juillet 2010, entrée en vigueur le 1^{er} août 2010. Elle a été instituée sur la base de la définition des besoins, élaborée collectivement dans le cadre du schéma régional médico-social et des schémas départementaux, Cette réforme a conduit à passer d'une procédure où l'initiative du projet était le plus souvent du côté du promoteur (avec le risque de voir financer des projets ne répondant pas aux priorités des besoins à satisfaire) à une procédure où

l'initiative revient aux pouvoirs publics, dans le souci de permettre la sélection des projets les plus conformes aux priorités définies collectivement par le projet régional de santé.

Depuis lors, dans le secteur médico-social, les opérations de création, de transformation et d'extension importante d'établissements et services accompagnant les personnes âgées, tels que les services d'aide à domicile, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les accueils de jours, les hébergements temporaires, les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont autorisés après lancement d'une procédure d'appels à projets, seuls ou conjointement, par les financeurs (directeurs généraux des agences régionales de santé et présidents de conseils généraux) sur la base de diagnostics et états de besoins fixant dans les schémas territoriaux de planification de l'offre sociale et médico-sociale.

La présente réforme offre de nouveaux instruments juridiques dans le but de soutenir la recomposition du secteur pour répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins et attentes des personnes âgées.

Quantitativement sont notamment concernés par la réforme environ 21 000 établissements et services autorisés pour accueillir des personnes âgées (voir détail plus bas).

Etablissements et services à destination des Personnes âgées, ouverts au 6/2/2014

Catégorie		Statut			Ensemble
		Public	PNL	Commercial	
Héberg.Pers.Agées	Hospice	1			1
	Maison de Retraite	3 384	2 464	1 855	7 703
	Logement Foyer	1 604	664	93	2 361
	Etab.Acc.Temp.P.A.	22	54	2	78
Serv. Soutien à Dom.	Ctre.de Jour P.A.	79	177	5	261
Serv.Soc.Pers.Agées	Foyer Club Restaur.	496	134		630
	Serv.Aide Ménag.Dom.	1 806	2 247	219	4 272
	Alarm.Médico-Sociale	33	32	4	69
	Serv.Repas Domicile	335	95	8	438
	Serv.Aide Pers.Agées	99	1 300	98	1 497
Etab.Expéri.Pers.Ag.	Etab.Expér.P.A.	3	7	1	11
Etab.multi-bénéficiaires	S.P.A.S.A.D.	12	71	1	84
	S.S.I.A.D.	752	1 283	39	2 074
	S.A.D.	337	735	289	1 361
Ctre.de ressources	C.L.I.C.	123	129	1	253
Ensemble		9 086	9 392	2 615	21 093

Source : FINESS

Les mesures contenues dans ce texte s'organisent autour de cinq axes principaux :

- L'exonération de droit de la procédure d'appel à projets dans certaines situations, légitimées par la faible taille des ESSMS.
- Un nouveau régime optionnel de soumission à l'appel à projets en cas de projet de transformation donnant lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs (CPOM) défini à l'article L. 313-11 du CASF.
- Le rétablissement d'une compétence d'autorité de l'Etat pour un type d'autorisation (lieux de vie et d'accueil), ce afin de rectifier une omission précédente de la loi HPST.
- La dispense du caractère automatique de la visite de conformité pour les établissements sociaux et médico-sociaux, dont un grand nombre seront soumis au renouvellement de leurs autorisations en 2017.

- La dispense de la procédure d'appel à projets, moyennant l'information préalable de la commission d'information et de sélection, lorsque le projet est porté par des établissements ou services assurant, pour le compte des conseils généraux en régie, des activités sociales ou médico-sociales, qu'ils disposent ou non de la personnalité juridique.

L'objectif d'amélioration de la norme préside à l'ensemble des propositions de ce texte et en assure l'homogénéité. Toutefois, dans un souci de clarté et d'exhaustivité, la présente étude d'impact examine chacune des mesures contenues dans ce projet de loi relative à la procédure d'appel à projets.

I – Situation actuelle et diagnostic

La procédure d'autorisation par appels à projets des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) introduite par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (article L313-1-1 du code de l'action sociale et des familles) a été mise en œuvre par le décret n°2010-870 du 26 juillet 2010.

Trois années de mise en œuvre ont permis de déterminer les principaux atouts et les principales voies d'améliorations du dispositif de l'appel à projets. Des retours d'expériences des équipes des ARS et des DDCS en charge des autorisations ainsi que différents rapports (IGAS, IGF, SGMAS⁵⁰) parus courant 2012 ont permis de tirer des enseignements et dégager quelques perspectives d'évolution de la procédure d'appel à projets.

1 - Les apports de la procédure d'appel à projets se sont révélés être de trois ordres

- **Répondre plus rapidement aux besoins et attentes des usagers et sécuriser les financements pour 15 ans.**

La généralisation de l'appel à projet a eu pour objectif une meilleure efficacité dans l'analyse et la réponse aux besoins des publics concernés. En effet, la procédure d'autorisation vise à réduire les délais de mise en œuvre des projets d'établissements et services, en supprimant notamment la mise en attente d'autorisation de projets ne disposant pas de financements qui existait antérieurement à la loi HPST. Cette attente pouvait durer trois ans, allongeant d'autant les délais de réalisation et la demande devait être renouvelée si l'autorisation n'était pas donnée dans ce délai. Les promoteurs de projets déposent désormais leur dossier en réponse aux choix stratégiques des décideurs, correspondant aux besoins identifiés des populations dans les territoires et aux financements disponibles. A l'issue de la procédure d'appel à projet, l'arrêté d'autorisation est valable 15 ans et la puissance publique est engagée pour le financement de l'établissement ou du service pour la même durée.

⁵⁰ « Analyse des processus d'autorisations sanitaires et médico-sociales » de la Mission d'appui au Secrétariat général des ministères sociaux, rapporteur David Soubrié (décembre 2011)

« Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico- social à l'inclusion des personnes handicapées - Des clefs pour la cité » de Jean-Yves Hocquet, directeur du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, adressé à Madame la secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion Sociale Marie-Anne Montchamp (avril 2012)

« Etablissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement » rapport IGAS /IGF écrit par Laurent Vachey, Frédéric Varnier, Agnès Jeannet et Anne Auburtin (novembre 2012).

- **Rendre publique les priorités des décideurs, garantir une égalité de traitement aux promoteurs**

L'appel à projets apporte de la visibilité aux promoteurs de projets sur les publics et les territoires prioritaires, ainsi que sur le type d'accompagnement au bénéfice de l'utilisateur, les financements mobilisables et les délais de réalisation attendus.

Le contenu des cahiers des charges ainsi que le déroulé de la procédure et les critères de sélection des projets font l'objet d'une publicité la plus large possible, avec un vrai souci de transparence et d'égalité de traitement entre tous les promoteurs de projets.

- **Préserver la qualité et le suivi des établissements et services sur le long terme**

L'autorisation délivrée par appel à projets marque le début du calendrier des évaluations internes et externes (L312-8 du CASF), qui doivent aider les ESSMS et l'ensemble de leurs équipes à entreprendre une démarche collective continue d'amélioration de la qualité. L'évaluation doit être distinguée sans équivoque du contrôle, notamment mis en œuvre lors d'inspections. Elle est le point de départ d'un dialogue interne entre les différents niveaux de responsabilité de l'établissement, mais également entre l'établissement et les autorités publiques chargées de délivrer et de renouveler les autorisations de fonctionnement.

2 - Les pistes d'amélioration de la procédure d'appel à projets

Un premier constat identifié a été le caractère moins approprié de la procédure d'appel à projet dans certains cas de figure :

- dans les cas de transformation d'établissements et de services déjà existants et ne répondant plus aux besoins des schémas que l'autorité compétente a pour mission de faire évoluer (établissement de santé, établissement traitant une certaine catégorie de publics)
- pour les cas de créations ou extensions de très petites structures allant jusqu'à une dizaine de places (dont les lieux de vie et d'accueil).

De fait, la procédure d'appel à projets, qui nécessite notamment la constitution, préalablement à toute procédure, d'une commission d'avis d'appel à projets, a pu décourager les tarificateurs de passer de « petits » appels à projets, dont la réponse aurait sans doute attiré des porteurs de projets d'extension, et à privilégier les projets de création.

Un second constat de l'usage moins utile de la procédure d'appel à projet tient au fait que le lancement de la procédure d'appel à projet est conditionné par l'identification préalable des financements publics nécessaires à la délivrance de l'autorisation qui doit en découler : cette condition, conçue en phase de développement de l'offre, pour une procédure soutenue par les moyens importants associés aux plans gouvernementaux, est évidemment un frein, en période de ralentissement de la progression de l'ONDAM. Dans ce contexte, la transformation négociée d'une offre de prise en charge avec les promoteurs disposant d'une autorisation en cours de validité, semble alors devenir, le principal levier permettant de s'assurer de la poursuite de l'adéquation entre l'offre et les besoins.

Les acteurs du champ social et médico-social s'accordent sur la nécessité de trouver de nouveaux instruments juridiques pour permettre aux autorités compétentes de disposer de marges de manœuvre, de recomposer l'offre sociale et médico-sociale. Ces éléments

justifiaient de faire évoluer les textes encadrant la procédure d'appel à projet, et ce d'autant plus que certains scénarii concernant les établissements peuvent s'intensifier à l'avenir.

II - La définition du ou des objectifs poursuivis

Les modifications législatives qui sont apportées au code de l'action sociale et des familles (CASF) par le projet de loi pour compléter le dispositif juridique en vigueur allègent les cas de recours obligatoire à la procédure d'appel à projets dans le but de recentrer la procédure sur la création des ESSMS.

Ainsi, le projet de loi comporte **une première mesure** rappelant la nécessité de l'autorisation préalable sociale et médico-sociale dans les cas de transformations d'ESSMS impliquant une modification de la catégorie de public bénéficiaire au sens de l'article L.312-1, ainsi qu'en cas de transformation de structure hospitalière en structure médico-sociale. En cas de transformation, une nouvelle autorisation de 15 ans sera alors délivrée.

Par une seconde mesure, sont nouvellement exonérées de droit de la procédure d'appel à projets les créations et extensions de lieux de vie et d'accueil mentionnés au III. de l'article L. 312-1, ainsi que les projets d'extensions des établissements et services de petite taille (capacité inférieure ou égale à 10 places) inférieures à un seuil fixé par décret. Cette mesure d'exonération de l'appel à projet prend en compte la solution dégagée par le Conseil d'Etat (arrêt du 30 décembre 2011, Faste Sud Aveyron n°343450), selon laquelle il devait être tenu compte des spécificités des lieux de vie et d'accueil, dont la capacité est limitée réglementairement à quelques places, dans la définition des petites extensions de capacité échappant à la procédure d'appel à projets

Afin de ne pas obliger le lancement d'appel à projets pour des extensions minimales, le présent projet de loi exclut totalement les lieux de vie et d'accueil, du champ des appels à projet ainsi que les extensions d'ESSMS de taille inférieure à 10 places. Le caractère un peu excessif de la procédure d'appel à projets pour des structures administrativement peu étoffées et pour des augmentations de capacité résiduelles de quelques places (pouvant répondre à un régime d'avenant) est ainsi adouci.

En troisième lieu, un nouveau régime facultatif de soumission à l'appel à projets voit le jour : les transformations affectant un établissement social et médico-social changeant de catégorie de public bénéficiaire ou un établissement de santé se convertissant en ESSMS peuvent être désormais dispensées du recours à l'appel à projet dès lors que le projet donne lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs (CPOM) défini à l'article L. 313-11 du CASF. L'autorité ou les autorités compétentes doivent en convenir de concert et en informer dans un souci de transparence la commission de sélection, désormais dénommée commission d'information et de sélection.

En quatrième lieu, est rétablie la place du préfet parmi les autorités compétentes pour autoriser les lieux de vie et d'accueil, corrigeant ainsi une omission du législateur.

Les lieux de vie et d'accueil, peuvent concourir à la prise en charge de jeunes sur décision judiciaire ordonnées en application de l'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 relative à

l'enfance délinquante ou des articles 375 à 375-8 du code civil relatifs à l'assistance éducative. Certains sont ainsi susceptibles de dispenser des prestations dont la prise en charge financière incombe exclusivement à l'Etat.

Afin de prendre en compte la création des agences régionales de santé (ARS), la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST ») a modifié l'article L.313-3 du CASF qui définit les autorités compétentes pour délivrer l'autorisation des ESSMS.

Dans la rédaction antérieure de l'article L.313-3, était prévue au c) une compétence exclusive de « l'autorité compétente de l'Etat » pour les lieux de vie et d'accueil, « lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'Etat ou par l'assurance maladie ». Aujourd'hui, seule demeure la compétence conjointe du préfet avec le directeur général de l'ARS (f) ou avec le président du conseil général (e).

Cette rédaction de l'article L.313-3 du CASF modifie l'état du droit antérieur et exclut la compétence de l'autorité compétente de l'Etat pour autoriser seul les lieux de vie et d'accueil, (III de l'article L.312-1 du CASF). Dès lors il apparaît justifié de se saisir de cette proposition de loi pour corriger cette omission de la loi HPST et ainsi rétablir la compétence décisionnelle de l'autorité compétente de l'Etat pour autoriser les lieux de vie et d'accueil prenant notamment en charge les mineurs délinquants.

En **cinquième lieu**, sont dispensés désormais de la visite de conformité les ESSMS soumis au renouvellement de leurs autorisations. La visite de conformité est à présent réservée à la seule mise en œuvre initiale de l'activité et aux cas de figure nécessitant des travaux soumis à autorisation de construire, ou une modification du projet d'établissement ou un changement de locaux. De fait, il convient de remarquer que la mobilisation des équipes d'inspecteurs et de médecins s'avérerait quelque peu superflue pour des visites de conformité de renouvellement identiques en exigences administratives aux visites de conformités initiales, s'agissant d'établissements fonctionnant depuis des années dans la continuité de cette autorisation initiale. Ces équipes continueront néanmoins à intervenir en visite de conformité pour tous les cas dans lesquels la sécurité des publics pris en charge constitue un enjeu.

Enfin, **en sixième et dernier lieu** le projet de loi dispose que sont dispensés de la procédure d'appel à projets, les établissements ou services assurant, pour le compte des conseils généraux en régie, des activités sociales ou médico-sociales, qu'ils disposent ou non de la personnalité juridique. Cette mesure est la simple conséquence du principe de libre choix des modalités d'exercice de leurs compétences par les collectivités territoriales.

La collectivité locale est toutefois tenue d'en informer au préalable la commission d'information et de sélection ad-hoc, par souci de transparence sur ces opérations. Par ailleurs, les décisions de création par délibération du conseil général sont évidemment soumises à des règles de publicité prévues au code général des collectivités territoriales, ce qui permet une contestation par les tiers y ayant intérêt.

III - l'examen des différentes incidences prévisibles des dispositifs envisagés

Qu'elles visent à dispenser de procédure d'appel à projet certaines opérations soumises à autorisation (extension mineure pour les établissements de petite taille, transformation) ou à

supprimer l'obligation de visite de conformité en cas de renouvellement d'autorisation des ESSMS, les dispositions du présent article ont essentiellement un impact de simplification administrative, à la fois pour les gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés et pour les autorités compétentes en matière d'autorisation (services déconcentrés de l'Etat, ARS, conseils généraux).

1. **Pour les autorités administratives compétentes, l'instauration de nouveaux cas ciblés de dispense d'appels à projet** devraient conduire à réduire la charge administrative induite par la conduite de cette procédure très encadrée par les textes, en raison notamment des exigences d'égalité de traitement entre les candidats et de transparence. La mission d'appui au secrétariat général des ministères sociaux à l'analyse des processus d'autorisations sanitaires et médico-sociales a estimé, dans un rapport de décembre 2011, à 18 à 36 jours/homme le temps unitaire de traitement d'un appel à projet (selon le degré d'appropriation de la procédure par les services) et à 1,5 jour/homme le temps unitaire de traitement d'une opération d'extension non importante non soumise à appel à projet. Il est peut ainsi être attendu un gain de temps administratif non négligeable.

Néanmoins, concernant les opérations de transformation dispensées d'appel à projet, le gain de temps représenté pour les services doit être nuancé car elles doivent s'accompagner de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), dont l'élaboration demande un investissement technique - budgétaire et en dialogue de gestion - important.

A cet égard, le bilan DGCS/CNSA du suivi de la mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appel à projet publié début 2013 fait état d'un nombre limité de projets portant sur l'adaptation et la transformation de l'offre en 2011 et 2012 (4). Les dispositions du présent article offrant un cadre facilitant les opérations de transformation, dans le souci favoriser l'adéquation qualitative et quantitative de l'offre médico-sociale par rapport aux besoins de la population, le nombre d'opération de transformation devrait augmenter. Il est toutefois difficile d'en évaluer la proportion, en l'absence de programmation pluriannuelle systématique de ces opérations, d'autant que pour les transformations la dispense d'appel à projet est facultative, en fonction de l'appréciation des besoins portée par les autorités compétentes.

D'une manière générale, l'absence de données précises sur les futures programmations des créations (51) et extensions sur l'ensemble du champ des ESSMS ne permet pas d'évaluer quantitativement le gain sur le nombre procédure d'appel à projets qui ne seront pas engagées (évaluation négative),

Ainsi, si une évaluation *ex post* permettra de mesurer une économie globale en termes de temps de travail consacré à la mise en œuvre de cette procédure d'appel à projets pour les autorités administratives sur l'ensemble des territoires, il est à relever que d'une part, les dispositions du présent article n'auront pas nécessairement des conséquences en termes de gains d'ETP sur l'ensemble des services, et d'autre part, comme indiqué ci-dessus, une

⁵¹ Dans le secteur personnes âgées, l'ensemble des autorisations d'engagement prévues dans le cadre du **plan solidarité grand âge** (PSGA), soit 842 millions d'euros, ont été notifiées aux ARS à la fin de l'année 2012. L'installation des places doit cependant se poursuivre. Les crédits de paiement restant à notifier aux ARS devraient ainsi permettre l'installation de 32 315 places nouvelles, dont 20 000 en Ehpad, entre 2013 et 2016. Elles s'ajoutent aux 51 884 places nouvelles déjà ouvertes depuis 2007.

charge de travail supplémentaire peut incomber aux services chargés du montage et du suivi des nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs des ESSMS concernés par les transformations.

Du point de vue des gestionnaires, les présentes dispositions ont pour effet une baisse des charges qui seraient liées au montage des dossiers à présenter dans le cadre d'un appel à projet. En cas de transformation négociée avec les autorités compétentes dans le cadre d'un CPOM, elles induisent une meilleure lisibilité pour les opérateurs quant aux évolutions de leurs établissements et les financements publics associés.

2. **La suppression de l'obligation de visite de conformité** en cas de renouvellement d'autorisation et dans certains cas d'extensions mineures induit également une réduction importante de charge administrative pour les services et leur permettront de davantage cibler les contrôles.

D'après le rapport précité de la mission d'appui au secrétariat général des ministères sociaux, les visites de conformité, lorsqu'elles n'entraînent aucune observation majeure, mobilisent un administratif pour une pour une moyenne de 1 à 1,5 jour et un autre agent, en général un médecin, soit 2,6 jours homme.

Cette suppression permettra également de sécuriser juridiquement la situation de ces établissements. En effet, en l'absence de cette mesure, les ESSMS dont les caractéristiques seraient inchangées, risqueraient alors d'être placés dans la situation délicate d'un fonctionnement illégal dans le cas d'un renouvellement implicite d'autorisation non suivi de visite.

La suppression de l'automatisme des visites à l'approche de l'échéance de 2017 sera également un allègement de formalités administratives pour les gestionnaires d'ESSMS, qui n'auront pas à préparer l'organisation de la visite en amont du renouvellement.

IV - les consultations menées.

La section sociale du CNOSS (Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique) est, en application des articles L. 312-1 et L. 312-3 du CASF, consultée par le ministre chargé de la santé et des affaires sociales sur les problèmes communs aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF, notamment sur les questions concernant leur fonctionnement administratif et financier ainsi que sur les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements et services.

La direction générale de la cohésion sociale, dans l'objectif de voir aboutir un projet de loi répondant précisément aux besoins du secteur, a engagé un dialogue avec les membres du CNOSS sur ces questions dès 2012 et présenté les premiers moutures de textes dès 2013.

Organisme	Date	Avis exprimés et prise en compte par le projet
Concertation avec les collectivités territoriales et les associations d'élus		
Assemblée des départements de France (ADF), Association des maires de France (AMF), Association des régions de France (ARF) Via leurs représentations au CNOSS (Article R312-178 du CASF + Arrêté du 10 octobre 2008 relatif aux organismes, institutions, groupes représentatifs admis à siéger à la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale)	30/05 /2013	Information sur l'état des réflexions de l'administration concernant la réforme de l'appel à projet en matière d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux : communication des pièces des textes transmis à titre consultatif, suivi d'un échange.
	21 /06/ 2013 27 /09/ 2013	2 réunions en groupe de travail sur les questions posées par la réforme de l'appel à projets avec les membres du CNOSS
	28/01/2014	Projet de décret soumis à délibération de la section sociale : décret modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles et la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles : Approbation 16, Abstentions 2, Contre 0
Concertation avec les entreprises et organisations professionnelles représentatives		
CNAMTS, CCMSA, CNAV, CNAF, APF, FEGAPEI, UNAPEI, UNCCAS, UNIOPSS, FEHAP, ANPF, CNLAPS, GEPSON, CNAPE, ANPAA, FHF, FNARS, FHF, SYNERPA, UNA, CSMF, CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CGC, CNRPA, CNCPH, CNLE, UNAF, FNMF, ANESM via leurs représentations au sein du CNOSS (Article R312-178 du CASF+ Arrêté du 10 octobre 2008 relatif aux organismes, institutions, groupes représentatifs admis à siéger à la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale)	30/05 /2013	Information sur l'état des réflexions de l'administration concernant la réforme de l'appel à projet en matière d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux : communication des pièces des textes transmis à titre consultatif suivi d'un échange.
	- 21 /06/ 2013 - 27 /09/ 2013	2 réunions en groupe de travail sur les questions posées par la réforme de l'appel à projets avec les membres du CNOSS
	28/01/2014	Projet de décret soumis à délibération de la section sociale : décret modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation mentionnée à l'article L 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles et la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles : Approbation 16, Abstentions 2, Contre 0
Commissions consultatives		
Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)	18 mars 2014	Saisine pour demande d'avis en date du 31 janvier 2014

V - les modalités de mise en œuvre de la réforme

Les conditions d'application de certaines dispositions du présent projet de loi seront précisées par **décret**. Le décret actualisera les différents seuils de computation des extensions des

ESSMS, des micro-établissements et des transformations, et simplifiera les cas de figure de mise en œuvre de la visite de conformité.

Une circulaire sera prise à l'occasion de la parution du décret d'application de la loi pour permettre aux autorités administratives (ARS, DDCS, CG...) d'informer leurs services en charge de la mise en œuvre des principaux instruments juridiques issus de cette réforme.

Il est à noter qu'un second décret s'inscrit dans les objectifs de la loi mais ne nécessite pas de base législative directe. Il optimisera dans le CASF les outils procéduraux pour faciliter le fonctionnement de la commission de sélection. A titre secondaire, ce décret clarifiera la portée en droit de l'autorisation de certaines évolutions intervenant dans la vie des établissements et des services.

Par la suite, **une évaluation de la réforme** sera entreprise :

En termes d'évaluations ultérieures sur le champ médico-social (compétence exclusive des ARS et/ou conjointe avec les conseils généraux), il est prévu de recueillir les données centralisées par la CNSA qui permettront de faire état du nombre d'appels à projets identifiés et lancés sur les sites des ARS (en procédure conjointe avec les conseils généraux ou exclusive) avant et après la présente réforme. Le nombre de transformations par CPOM pourra également être recensé sur le champ médico-social.

Des analyses pourront ainsi avoir lieu qui mettent en relief les processus d'attribution dans le champ personnes âgées (PA) et plus généralement les logiques en œuvre au vu des typologies de projets concernés par les appels à projets et les transformations par CPOM.

Les départements et régions d'outre-mer

En ce qui concerne les départements et régions d'outre-mer, le régime législatif et réglementaire est celui de l'identité législative, les lois et règlements y sont applicables de plein droit. Ce principe d'identité législative n'exclut toutefois pas la possibilité de procéder à des adaptations pour tenir compte des caractéristiques et contraintes particulières de ces territoires.

En application de ce principe d'identité législative, en considération du fait qu'aucune caractéristique et contrainte particulière de ces territoires n'est présente sur les dispositions législatives énumérées dans le présent projet de loi, qui à vrai dire ne modifie que marginalement le Livre III Titre Ier de la partie législative relative à la procédure d'autorisation, ces dispositions législatives ont vocation à s'appliquer de plein droit aux départements et régions d'outre-mer et cela sans qu'il soit nécessaire de procéder à des adaptations.

Les collectivités d'outre-mer et la Nouvelle-Calédonie

Dans les collectivités d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie, les conditions dans lesquelles les lois et règlements sont applicables sont définies par la loi organique.

Mayotte : le régime législatif et réglementaire applicable à Mayotte est déterminé par le statut de cette collectivité, qui depuis la loi organique n°2007-223 du 21 janvier 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer, est prévu par le Livre I^{er} de la Sixième partie du code général des collectivités territoriales (article LO 6113-1). En vertu de l'article LO 6113-1, les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit à l'exception de certaines matières dont les finances communales qui relèvent de la

spécialité législative. Dans ces matières, les dispositions législatives et réglementaires ne sont applicables que sur mention expresse.

En application de ces principes, les dispositions du projet de loi sont applicables à Mayotte sans aucune adaptation.

Saint-Barthélemy et Saint-Martin : le régime législatif et réglementaire applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin est déterminé par le statut de ces collectivités qui, depuis la loi organique n°2007-223 du 21 janvier 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer, est prévu par les Livres IIème et IIIème de la Sixième partie du code général des collectivités territoriales (articles LO 6213-1 et LO 6313-1). Les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit à l'exception de celles qui interviennent dans le domaine de compétence de la collectivité.

En application de ce principe d'identité législative, les dispositions du projet de loi sont applicables de plein droit.

Les dispositions applicables du projet de loi ne nécessitent aucune adaptation spécifique du Livre III titre Ier de la partie législative relative à la procédure d'autorisation à cette partie du territoire.

Saint-Pierre-et-Miquelon : le régime législatif et réglementaire applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est déterminé par le statut de cette collectivité, qui depuis la loi organique n°2007-223 du 21 janvier 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer, est prévu par le livre quatrième de la sixième partie du code général des collectivités territoriales (article LO 6413-1). Les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit à l'exception de celles qui interviennent dans le domaine de compétence de la collectivité.

En application de ce principe d'identité législative, les dispositions du projet de loi sont applicables de plein droit à Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception de celles relatives aux départements, aux régions et aux établissements publics de coopération intercommunale, qui sont sans objet.

Les dispositions applicables du projet de loi ne nécessitent aucune adaptation du Livre III Titre Ier de la partie législative relative à la procédure d'autorisation à cette partie du territoire.

Polynésie française : le régime législatif et réglementaire applicable à la Polynésie française est défini à l'article 7 de loi organique n°2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française. Aux termes de cet article, les dispositions législatives et réglementaires, dans les matières qui relèvent de la compétence de l'Etat, ne sont applicables que si elles comportent une mention expresse à cette fin.

Le présent projet de loi ne porte aucune disposition particulière applicable à cette partie du territoire.

Wallis-et-Futuna : le régime législatif et réglementaire de Wallis-et-Futuna relève de la spécialité législative. Les lois et les règlements n'y sont applicables que sur mention expresse. Le présent projet de loi ne porte aucune disposition particulière applicable à cette partie du territoire.

Nouvelle-Calédonie : le régime législatif et réglementaire de la Nouvelle-Calédonie relève de la spécialité législative. Les lois et les règlements n'y sont applicables que sur mention expresse.

Le présent projet de loi ne porte aucune disposition particulière applicable à cette partie du territoire.

TITRE IV - GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE (articles 46 à 55)

Chapitre 1 : gouvernance nationale (articles 46 à 51)

Sections 1 et 2 : Haut Conseil de l'âge et Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (articles 46 à 48)

I – Diagnostic et justification de l'intervention :

La gouvernance des politiques de l'autonomie et le débat public sur le vieillissement reposent aujourd'hui sur une multiplicité d'institutions et d'instances de débat au mandat circonscrit et à la composition proche.

Ainsi, de nombreux ministères sont concernés (affaires sociales et santé, logement, transport, emploi) et de multiples institutions (caisses nationales de retraite et d'assurance maladie) sont compétentes.

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est un acteur reconnu et légitime dans le paysage des politiques sociales et de santé. En tant qu'opérateur de l'Etat, elle a su s'imposer par la diversité de ses expertises, sa capacité d'appui méthodologique et la richesse des débats au sein de son conseil. Pour autant, les compétences de la CNSA, définies à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, demeurent très centrées sur la répartition des financements et son appui méthodologique est insuffisamment développé dans le champ des politiques de l'âge.

Or, la CNSA a vocation à contribuer au pilotage opérationnel de la mise en œuvre de la politique nationale globale de promotion de l'autonomie des personnes âgées et d'adaptation de la société au vieillissement.

Le Conseil National des Retraités et des Personnes âgées (CNRPA), dont les missions et la composition sont fixées aux articles D. 149-1 à 6, regroupe des représentants des organismes de retraités et personnes âgées les plus représentatifs au sein d'une instance administrative placée auprès du ministre chargé des personnes âgées et consultée sur l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale les concernant.

Par ailleurs, des comités chargés de missions spécifiques ont pu être constitués. Tel est le cas du Comité « avancée en âge », qui a succédé au comité « Bien Vieillir » et rassemble des acteurs des politiques gérontologiques à partir d'une lettre de mission centrée sur la prévention de la perte d'autonomie. Il n'a pas aujourd'hui d'existence législative ou réglementaire.

Créé par le décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 (articles D. 116-1 à 3), le Comité National pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD), présidé par le ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, a pour mission d'aider à la définition, à la mise en œuvre et au suivi des politiques de promotion de la bienveillance, de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées. Il peut être consulté par les ministres concernés sur toute question

dans ce domaine. Il est composé de représentants des administrations et organismes en charge de la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées ou intervenant dans le champ de la protection des personnes. Il a un rôle de proposition sur la promotion de la bienveillance des personnes âgées et handicapées.

Toutefois, aucune de ces instances ne dispose aujourd'hui d'un mandat et d'un champ d'action suffisamment large pour appréhender la question du vieillissement de manière transversale et prospective. Ces instances gagneraient à multiplier leurs échanges pour enrichir leurs approches, à mutualiser leurs expertises pour renforcer globalement la visibilité et l'impact des travaux conduits.

En outre, elles n'ont pas pleinement réussi à assurer une représentation et une participation suffisantes des usagers et des professionnels, dont les représentants sont consultés sur le champ précis de la thématique portée par l'instance dont ils sont membres et dont l'expertise, les attentes et les points de vue sont insuffisamment partagés entre acteurs.

II – Description du ou des objectifs poursuivis :

La réforme proposée répond dès lors à un **double objectif** :

- favoriser un portage national plus transversal et stratégique de la politique nationale de promotion de l'autonomie des personnes et de l'adaptation de la société au vieillissement et ainsi de créer les conditions et le cadre d'un débat transversal en la matière ;
- renforcer la CNSA dans son rôle d'opérateur et élargir sa gouvernance.

C'est pourquoi le Gouvernement entend créer une instance nationale unique de débat transversal sur la politique de promotion de l'autonomie des personnes âgées et d'adaptation de la société au vieillissement, intitulée « Haut conseil de l'âge », sur le modèle des Hauts conseils existants et placé auprès du premier Ministre (article 46).

Il sera chargé d'animer le débat public, de formuler des propositions et des avis et de réaliser ou faire réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur toutes les questions de société et de politique publique liées au vieillissement. Il formulera des recommandations sur les objectifs prioritaires de la politique de prévention de la perte d'autonomie et contribuera à l'évaluation de leur mise en œuvre, en lien avec le Haut conseil de la santé publique. Il formulera par ailleurs toute proposition visant à garantir le respect des droits et la bienveillance des personnes âgées. Il sera ainsi chargé des missions actuellement dévolues à plusieurs instances (CNRPA, comité « avancée en âge »...).

Son rôle sera assuré grâce à une représentation de l'ensemble des acteurs du champ des politiques de l'âge. Sa composition traduit en outre l'objectif de donner davantage la parole aux âgés dans la construction et le pilotage des politiques qui les concernent.

Par ailleurs, en renforçant les capacités d'actions de la CNSA (article 47), le Gouvernement entend qu'elle contribue au pilotage opérationnel de la mise en œuvre politique nationale globale de promotion de l'autonomie des personnes âgées et d'adaptation de la société au vieillissement.

Ainsi, les missions de la CNSA seraient élargies ou renforcées dans quatre domaines principaux :

- l'accompagnement des aidants et le soutien aux actions de prévention ;
- l'appui méthodologique, l'harmonisation des pratiques, l'échange d'expérience en matière d'APA vis-à-vis des conseils généraux et notamment de leurs équipes médico-sociales et en matière de prévention vis-à-vis des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie créées à l'article 2 ; l'objectif étant qu'elle assure dans ces domaines des missions identiques à celles qu'elle exerce auprès des MDPH ;
- l'information du grand public sur les droits et services qui leurs sont destinés, en lien avec les acteurs locaux compétents ;
- les systèmes d'information : l'objectif est qu'elle conçoive et mette en œuvre un système d'information commun à l'ensemble des maisons départementales des personnes handicapées, afin de faciliter les remontées de données des départements. A cette fin, elle pourra définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité des différents systèmes d'information et labelliser ceux d'entre eux conformes à ces normes. Cette possibilité de définir des normes lui serait aussi offerte pour assurer la mise en œuvre de la méthode MAIA.

Le renforcement de la capacité d'action de la CNSA passe en outre, en complémentarité, par un élargissement de ses possibilités de contractualisation avec les conseils généraux. Il s'agit d'élargir le champ des actuelles conventions d'appui à la qualité de service mentionnées à l'article L. 14-10-7 et relatives aux objectifs fixés à la MDPH à l'ensemble du champ de l'autonomie.

En cohérence avec l'élargissement de ses missions, le Gouvernement souhaite élargir la gouvernance de la CNSA. Il s'agit d'élargir le conseil aux caisses nationales d'assurance maladie et de retraite. Cet élargissement doit permettre à la caisse d'assumer plusieurs fonctions, en particulier une fonction exécutive renforcée de sécurisation des financements, qui doit permettre d'articuler les différents financeurs de la prise en charge autour d'une stratégie commune (Etat, départements, sécurité sociale) et une fonction de délibération collective et de débat prospectif, en renforçant la participation des représentants des usagers concernés.

III – Options possibles et nécessité de légiférer :

Les missions du Haut conseil de l'âge, en matière d'animation du débat public, d'analyse prospective, de proposition, de recommandation sur l'ensemble des politiques de l'âge, de même que sa composition élargie à l'ensemble des acteurs de l'autonomie et son positionnement auprès du Premier Ministre justifient sa création par la loi.

Le conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, ayant des missions et une composition proche ainsi qu'un positionnement identique auprès du Premier Ministre a été créé par l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), qui assure la participation des personnes handicapées à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques les concernant et a un rôle d'avis et de proposition sur ces politiques, a été institué par l'article L. 146-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les missions de la CNSA sont prévues à l'article L. 14-10-1 **et la composition de son conseil** à l'article L. 14-10-3. Par ailleurs, la loi (article L. 14-10-7) fixe les modalités de

versement du **concours** de la CNSA vers les départements **pour l'installation et le fonctionnement des MDPH**. Le recours à la loi s'impose donc lorsque les mesures proposées conduisent à modifier ces mêmes dispositions de nature législative. L'élargissement du conseil aux caisses nationales d'assurance maladie et de retraite fera l'objet d'une mesure réglementaire.

IV – Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées :

1. Présentation synthétique des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales :

Ce chapitre du projet de loi emporte des conséquences économiques, financières et sociales. Il n'a pas d'impact sur le plan environnemental.

2. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales :

La création du Haut conseil de l'âge a naturellement pour conséquence l'intégration d'instances existantes, telles que le comité national des retraités et des personnes âgées (CNRPA) et le comité « avancée en âge ». Dès lors, les moyens précédemment affectés au fonctionnement de ces instances viendront compenser ceux nécessaires au fonctionnement du Haut conseil de l'âge placé auprès du Premier Ministre.

En termes d'impact sur le plan de l'égalité entre les hommes et les femmes, le Haut conseil de l'âge sera composé en nombre égal d'hommes et de femmes.

Les nouvelles missions attribuées à la CNSA supposent des effectifs supplémentaires pour la caisse. Ils ont été estimés à 6 ETP pour la mission d'appui méthodologique, d'harmonisation des pratiques, d'échange d'expérience en matière d'APA vis-à-vis des conseils généraux et notamment de leurs équipes médico-sociales et à 2 ETP pour la mission d'information du grand public.

La création de la convention pluriannuelle signée entre la CNSA et les départements n'a pas de conséquences financières supplémentaires en tant que telle dans la mesure où il s'agit d'un outil de gestion et de programmation.

3. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques :

L'ensemble des administrations publiques concernées par les politiques de l'âge seront rassemblées au sein du Haut conseil de l'âge, ce qui devrait faciliter un portage national plus transversal et stratégique de ces politiques.

Le renforcement des missions de la CNSA a pour objectif de lui permettre de contribuer plus efficacement à la mise en œuvre opérationnelle des politiques de l'autonomie en y consacrant des moyens spécifiquement affectés.

Il est attendu que la convention pluriannuelle renforce la collaboration entre le CNSA et les départements, tout en simplifiant les relations de ces acteurs par un mode de contractualisation unique.

4. Impact sur les personnes physiques ou morales :

La création d'un Haut conseil de l'âge permettra une meilleure représentation et participation des usagers et des professionnels à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de l'ensemble des politiques qui les concernent. .

Le rôle d'appui méthodologique, d'harmonisation des pratiques, d'échange d'expérience en matière d'APA devrait permettre d'assurer une meilleure équité de traitement des usagers dans l'attribution de l'allocation.

5. Impact sur l'égalité entre les femmes et les hommes :

Toutes les nouvelles instances créées par le gouvernement doivent avoir une composition paritaire depuis la décision n° 362280 du Conseil d'État du 7 mai 2013. Ce dernier indique que :

« l'objectif d'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales ; qu'il résulte également de ces dispositions que le législateur est seul compétent, tant dans les matières définies notamment par l'article 34 de la Constitution que dans celles relevant du pouvoir réglementaire en application de l'article 37, pour adopter les règles destinées à favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats, fonctions et responsabilités mentionnés à l'article 1er précité ».

Par ailleurs, le projet de loi sur l'égalité entre les femmes et les hommes, actuellement en discussion au parlement prévoit une obligation paritaire dans la composition des commissions administratives, tel que mentionné dans le chapitre II relatif à l'égal accès des femmes et des hommes aux responsabilités professionnelles et sportives, en particulier le premier alinéa de l'article 23⁵². Ainsi, les nouvelles instances créées par le projet de loi Adaptation de la société au vieillissement seront paritaires, que ce soit le Haut conseil de l'âge au niveau national ou toute autre instance au niveau régional ou local.

De plus, mention doit être faite du suivi de l'impact sexué du projet de loi, dont on a constaté les incidences sur l'égalité entre les femmes et les hommes. La création des instances de suivi, telles que le Haut conseil de l'âge, sera de nature à garantir le suivi de l'impact sexué des différentes mesures, en appuyant ses travaux sur des statistiques sexuées et une analyse prenant en compte la dimension de genre.

⁵² Version de l'article 23 suite à la lecture du projet de loi sur l'égalité entre au Sénat : « I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures relevant de la loi nécessaires pour favoriser l'égal accès des femmes et des hommes, d'une part au sein d'autorités administratives indépendantes et de commissions et instances consultatives ou délibératives placées directement auprès du Premier ministre, des ministres ou de la Banque de France mentionnées à l'article 112 de la loi de finances pour 1996 (n° 95-1346 du 30 décembre 1995), dont la composition est collégiale, d'autre part au sein des conseils et conseils d'administration prévus aux articles L. 221-3, L. 221-5, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3 du code de la sécurité sociale. »

V – Textes d’application :

Le présent chapitre appelle des mesures réglementaires d’application, en particulier s’agissant de la composition du Haut conseil de l’âge, des modalités de désignation de ses membres, de ses modalités de fonctionnement. Le président sera par ailleurs nommé par décret.

Un décret en Conseil d’Etat précisera les conditions auxquelles devra répondre le système d’information commun aux MDPH. Le contenu de la convention pluriannuelle signée entre la CNSA et chaque département sera défini par décret.

L’évaluation relèvera du ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

VI -Présentation des consultations menées :

Consultations non obligatoires : CNRPA, CNSA, ensemble des acteurs ayant participé à la concertation préalable

Section 3 : systèmes d’information

Articles 49 à 51-Systèmes d’information

I. Etat du droit et diagnostic de la situation actuelle

– contenu des rapports d’activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) art. 49 et 51

Le code de l’action sociale et des familles ne comprend pas de disposition normalisant le contenu des rapports d’activité des MDPH. Les données transmises à la CNSA sont hétérogènes. Il est donc impossible, sur la base de ces documents, d’obtenir des informations agrégées.

L’article L.146-3 du code de l’action sociale et des familles prévoit que chaque MDPH recueille et transmet les données mentionnées à l’article L. 247-2, ainsi que les données relatives aux suites réservées aux orientations prononcées par la commission des droits pour l’autonomie des personnes handicapées, notamment auprès des établissements et services susceptibles d’accueillir ou d’accompagner les personnes concernées.

L’article R.146-38 du code de l’action sociale et des familles précise que pour réaliser les missions prévues à l’article L. 146-3, la MDPH met en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel, dénommé "système de gestion et d’information des MDPH", dont il indique les finalités, dont la production de statistiques. L’article R.146-39 mentionne, parmi les catégories d’informations enregistrées dans le traitement, le numéro d’inscription au répertoire national d’identification des personnes physiques du demandeur et, le cas échéant, de son représentant légal.

Les MDPH ont donc la possibilité d’utiliser le numéro d’identification du répertoire national d’identification des personnes physiques, mais il ne s’agit pas nécessairement de l’identifiant

de leur système d'information. Elles n'utilisent pas à ce jour de systèmes d'information interopérables entre eux et avec ceux des départements et de la CNSA.

- ***Création d'une section consacrée à la gestion et au suivi statistique de l'APA art. 50***

L'article L.232-17 du code de l'action sociale et des familles, remplacé et complété par l'article L.232-21 et par l'article 50 du présent projet de loi, prévoit qu'afin d'alimenter un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, chaque département transmet au ministre en charge des personnes âgées :

- des données comptables relatives aux dépenses nettes d'allocation personnalisée d'autonomie à la CNSA;
- des données statistiques relatives au développement du dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie, à ses principales caractéristiques et notamment à celles de ses bénéficiaires ainsi qu'à l'activité des équipes médico-sociales.

L'état actuel du droit ne prévoit pas que les départements collectent, tiennent à jour et conservent les informations relatives aux bénéficiaires de l'APA et aux plans d'aide établis par les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation. Il n'est pas non plus prévu que ces derniers utilisent le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques du demandeur, tant pour la gestion des demandes d'aide sociale que pour celle des demandes d'APA. Aussi est-il difficile à la DREES d'obtenir des départements des informations utilisables à des fins statistiques.

Il résulte de contacts pris tant avec l'Assemblée des départements de France lors de la préparation du projet de loi, qu'avec plusieurs départements, que l'inscription de cette disposition dans le droit positif permettra de systématiser une pratique largement répandue, en application de la compétence dont disposent d'ores et déjà les départements en matière d'APA. Cette mesure ne présente donc pas d'impact financier significatif pour les départements.

II. Objectifs recherchés par rapport à cette situation

- ***Normalisation du contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et utilisation du NIR art. 49 et 51***

La normalisation du contenu des rapports d'activité des MDPH vise à permettre la transmission par celles-ci de données homogènes, pouvant être agrégées et permettant donc la comparaison des données entre MDPH. Ceci permettra à la CNSA et à l'Etat de disposer d'informations statistiques et de pilotage, en vue du développement de bonnes pratiques.

L'utilisation du NIR en tant qu'identifiant permettrait une meilleure exploitation statistique des informations transmises à la CNSA par les MDPH, et participe du pilotage de la politique publique correspondante.

- *Création d'un chapitre consacré à la gestion et au suivi statistique art. 50*

L'article 50 prévoit que les conseils généraux utilisent le NIR. D'un point de vue statistique l'utilisation du NIR permet des traitements nouveaux par l'appariement entre les données des conseils généraux sur les bénéficiaires de l'APA et d'autres sources administratives comme, par exemple, les sources fiscales et les données de l'assurance maladie. En cela, l'utilisation du NIR permettra de mieux connaître les bénéficiaires de l'APA en termes de conditions de vie mais aussi d'affiner considérablement les travaux sur le reste à charge et le reste à vivre des personnes âgées dépendantes.

L'article 50 prévoit également que les conseils généraux soient en mesure de fournir régulièrement des données individuelles sur les bénéficiaires de l'APA ; cette disposition vise également à en permettre le suivi statistique.

III. Options possibles en dehors de l'intervention d'une règle de droit nouvelle

- *Normalisation du contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) art. 49 et 51*

Le contenu des rapports d'activité des MDPH doit être opposable aux MDPH, GIP constitué notamment du département ; il doit donc être prévu par la loi en raison de l'aménagement qu'il apporte au principe de libre administration des collectivités territoriales. La loi informatique et libertés prévoit les conditions d'utilisation du NIR. Une option alternative serait donc de les prévoir par décret en Conseil d'Etat pour les MDPH.

- *Création d'un chapitre consacré à la gestion et au suivi statistique art. 50*

Compte tenu du principe de libre administration des collectivités locales, il est pertinent de prévoir les remontées d'informations des départements ainsi que l'utilisation du numéro d'identification du répertoire national d'identification des personnes physiques dans un texte législatif.

IV. Impacts des dispositions envisagées

- *Normalisation du contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) art. 49 et 51*

La normalisation du contenu des rapports d'activité des MDPH devrait permettre l'exploitation des données qu'ils contiennent à des fins statistiques et de pilotage, par la CNSA.

L'utilisation du numéro d'identification du répertoire national d'identification des personnes physiques en tant qu'identifiant permettra une meilleure exploitation statistique des informations transmises à la CNSA par les MDPH, et participe du pilotage de la politique publique correspondante.

- *Création d'un chapitre consacré à la gestion et au suivi statistique art. 50*

L'utilisation du NIR par les conseils généraux permettra de mieux connaître les bénéficiaires de l'APA en termes de conditions de vie et d'affiner les travaux sur le reste à charge et le reste à vivre des personnes âgées dépendantes.

Il en ira de même de la disposition prévoyant que les départements collectent, tiennent à jour et conservent les informations relatives aux bénéficiaires de l'APA et aux plans d'aide établis par les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation. Ces données ont déjà été collectées à deux reprises par la DREES (sur les années 2007 et 2011) auprès de départements volontaires. Les travaux issus de l'exploitation de ces données ont permis d'alimenter les différents débats préparatoires aux travaux d'élaboration de la réforme. Cependant, reposant sur le volontariat des conseils généraux, l'information disponible est d'une représentativité limitée. Elle est également très coûteuse à recueillir. L'article 53 permettra donc d'assurer à la fois une meilleure qualité des opérations statistiques de remontées d'information sur les bénéficiaires de l'APA et un moindre coût de ces opérations.

Les remontées d'informations sur les bénéficiaires de l'APA ont coûté à la DREES 300 000 euros en coût externes. La direction a également dû consacrer à ces travaux un cadre supérieur pendant un an et demi, ainsi que du temps d'encadrement. Elle a engagé 300.000 euros pour payer un prestataire chargé de coordonner la collecte des informations sur le terrain et de travailler avec les éditeurs de logiciels des départements volontaires. Ce prestataire, comme les éditeurs, estiment avoir sous-estimé le temps passé car les calendriers n'ont pas été respectés. La prochaine prestation pourrait être nettement plus onéreuse (d'environ 25%). Son coût dépend étroitement du nombre de conseils généraux qui participent car les éditeurs comme le prestataire facturent à la DREES une prestation pour chaque conseil général.

L'opération s'est également avérée coûteuse pour les départements volontaires qui ont dû consacrer du temps et des moyens au déploiement des évolutions logicielles développées par les éditeurs, puis réaliser l'extraction des données. Les dispositions du présent projet de loi permettra que ce coût ne soit supporté qu'une seule fois, et non à chaque opération.

Enfin, l'information récoltée n'a pas été homogène, certains départements ne pouvant pas fournir tous les éléments demandés. Cela entraîne une baisse de qualité et un travail statistique supplémentaire. Le présent projet permettra de résoudre ce problème.

Il conduira les éditeurs de logiciels des départements à intégrer ces fonctionnalités à l'occasion de l'un des changements de version de leurs logiciels. Un travail de saisie du numéro d'identification du répertoire national d'identification des personnes physiques et, parfois, de paramétrage local, par les départements sera également nécessaire.

V. Consultations

Consultation non obligatoire de la CNIL saisie le 17 février 2014 et avis rendu le 3 avril 2014.

VI. Modalités d'application des dispositions envisagées (dont la liste des décrets d'application prévus et des directions ministérielles chargées de leur préparation)

L'entrée en vigueur des nouvelles dispositions portant sur le rapport d'activité des MDPH sera effective lorsque sera publié le décret prévu à l'article L. 146-3 qui devra être modifié en conséquence de l'article 50 du présent projet de loi.

Les autres dispositions conduiront la CNSA à proposer aux MDPH le logiciel commun, interopérable avec les siens et ceux des départements prévus à l'art. 51.

Les dispositions de l'article 50 seront quant à elles intégrées dans les changements de versions des logiciels utilisés par le département ; elles seront donc mises en œuvre à la suite de ces changements de versions. Les enquêtes de la DREES portant sur l'APA et l'aide sociale ne sont toutefois pas réalisées chaque année ; ce temps d'adaptation ne la conduira donc pas à procéder à nouveau comme il est décrit ci-dessus.

Chapitre 2 : gouvernance locale

Section 1 - Gouvernance locale (Articles 52 à 54)

I. Diagnostic et justification de l'intervention

L'action gérontologique locale fait intervenir plusieurs acteurs, en premier lieu et systématiquement le département, l'ARS et les caisses de retraite, mais aussi les communes, les CCAS et d'autres. Leur étroite coordination constitue un enjeu essentiel qui doit être abordé en cohérence avec les orientations de la réforme territoriale. C'est la raison pour laquelle le présent projet de loi ne comporte pas à ce stade de dispositions en la matière. Elles seront néanmoins au centre des évolutions à venir de façon à renforcer tant les modalités de prévention que d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Dans l'attente, les articles 52 à 54 du projet de loi proposent une première évolution permettant de mieux répondre aux besoins.

Il s'agit en premier lieu d'améliorer le fonctionnement des MAIA d'une part en modifiant l'acronyme et en supprimant toute référence à la notion de « maison » puisque les MAIA ne constituent pas une structure supplémentaire, mais bien une méthode particulière d'intervention auprès des personnes âgées. Il s'agit d'autre part, d'autoriser et d'encadrer le partage d'informations entre professionnels mettant en œuvre, sur un territoire donnée, cette méthode qui devient la « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie », afin de faciliter le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie,

Par ailleurs, si les CREAI (centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité) continuent de jouer auprès des institutions et des opérateurs compétents dans le champ du handicap, des personnes âgées et plus généralement des personnes en situation de vulnérabilité un rôle important (observation, expertise, accompagnement), qu'il importe de préserver et de mieux structurer, leur cadre

juridique et celui de leurs relations avec l'Etat, prévus par l'arrêté du 22 janvier 1964, est largement obsolète et doit être modernisé.

En dernier lieu, compte-tenu du rôle particulier des proches-aidants des personnes âgées et de la nécessité de veiller à leurs besoins de répit, le champ des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale est étendu aux dispositifs susceptibles de les aider à assumer leur rôle d'appui auprès de leurs proches.

II. Description des objectifs poursuivis

Au regard de ces éléments de constats, les dispositions des articles 52 à 54 du projet de loi poursuivent les objectifs suivants :

- améliorer la perception du rôle et du fonctionnement des MAIA en permettant le partage d'informations entre professionnels intervenant dans le cadre de cette méthode, auprès des personnes âgées et de leurs familles en rendant plus efficace le suivi de leur parcours de soins;
- moderniser les relations entre les pouvoirs publics et les CREA et renforcer la qualité et l'homogénéité de l'expertise de ces organismes ressources dans le champ de l'observation sociale, au service des acteurs du champ social et médico-social, notamment des institutions ;
- permettre la prise en compte de la place des aidants dans la programmation de l'offre sociale et médico-sociale. .

III. Options possibles et nécessité de légiférer

Les MAIA sont d'ores et déjà régies par les dispositions législatives du code de l'action sociale et des familles et l'ajustement de leur intitulé, comme de leur fonctionnement en ce qu'il requiert de déroger au principe du secret professionnel, nécessitent une disposition législative.

L'élargissement du champ de compétence des programmations régionales de l'offre sociale et médico-sociales nécessite de modifier le code de la santé publique.

Il apparait en outre utile de reconnaître le rôle que jouent les CREA auprès des planificateurs, lesquels ont fait part de toute leur satisfaction quant à l'appui méthodologique de ces organismes dans la construction des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

IV. Présentation et analyse des impacts des dispositions envisagées

1. Présentation synthétique de l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales des dispositions envisagées

Les dispositions proposées par le Gouvernement en matière de gouvernance locale des politiques en direction des personnes âgées ont principalement des impacts sociaux et économiques.

2. Evaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales

- Impacts financiers et budgétaires

L'amélioration des programmations de l'offre en appui sur l'analyse circonstanciée des besoins, son extension au besoin de répit des proches-aidants sont de nature à améliorer l'efficacité des politiques de l'autonomie, en proposant des dispositifs d'accompagnement adaptés et en évitant ainsi le recours à des hospitalisations indues dont le coût est bien plus élevé (Rapport du Haut conseil de l'assurance-maladie, assurance-maladie et perte d'autonomie, 23 juin 2011).

- Impacts sociaux

Le développement d'une politique en faveur des proches aidants est attendu, de même que la garantie pour les personnes âgées et leurs familles en tout point du territoire de pouvoir accéder à des services et de professionnels compétents pour les informer, les conseiller, évaluer leurs besoins et coordonner les interventions auprès d'elles si nécessaire, simplifier et fluidifier leurs parcours dans les situations de crise, de rupture ou simplement d'évolution de leurs besoins.

L'autorisation donnée aux professionnels travaillant dans le cadre des MAIA d'échanger des informations individuelles, sous réserve de l'accord des intéressées, contribuera à fluidifier leurs parcours et à assurer une meilleure prise en charge.

L'accompagnement plus précoce et mieux adapté est lui-même facteur de prévention d'une aggravation de la perte d'autonomie, des entrées en institution ou des hospitalisations indésirables.

3. Impact pour chaque catégorie d'administrations publiques

Les dispositions présentées auront un impact pour les ARS et les départements qui pourront apporter aux personnes âgées et à leurs aidants des réponses mieux adaptées à leur situation. L'appui à l'évaluation des besoins devrait permettre de développer et de mettre en œuvre des parcours de soins répondant aux spécificités du grand âge.

4. Impact sur les personnes physiques et morales

Les personnels des MAIA seront sécurisés dans leurs pratiques auprès des personnes âgées, lesquelles seront mieux accompagnés dès lors que l'ensemble des intervenants pourront partager les informations strictement nécessaires à leur prise en charge. La responsabilité des associations généralement porteuses des MAIA sera plus clairement définie.

La situation des proches-aidants sera prise en compte par les politiques locales de l'autonomie, ce qui constitue un progrès important compte-tenu de la charge qu'ils assument.

V. Textes d'application

Le présent chapitre conduit à :

- modifier les articles L. 113-3 pour ce qui concerne les MAIA et à prévoir un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés afin de préciser la nature des informations qui peuvent être transmises entre professionnels de la MAIA, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires,
- compléter l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et les articles L. 1431-2 et L. 1434-12 du code de la santé publique (CSP).

Les mesures proposées n'ont pas d'impact sur le droit européen et sur le droit international.

VI. Présentation des consultations menées

Consultations obligatoires : CNOSS

Consultations non obligatoires : CNSA, acteurs de la concertation.

VII. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de l'intervention

1. Présentation des moyens nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention

Le présent chapitre appelle des mesures réglementaires d'application pour préciser :

- les modalités de recueil, de traitement et de conservation des informations relatives aux usagers dans le cadre des MAIA .

2. Evaluation

L'évaluation relèvera du ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Section 2 : organisation du contentieux de l'aide sociale

Article 55 autorisant le gouvernement à prendre par ordonnance des mesures visant à réformer le contentieux de l'aide sociale relevant des juridictions mentionnées aux articles L.134-1 et L.134-2 du code de l'action sociale et des familles.

I. Etat du droit

Le contentieux de l'aide sociale légale relève des commissions départementales d'aide sociale (CDAS) et en appel de la commission centrale d'aide sociale (CCAS), juridictions administratives spécialisées régies par le code de l'action sociale et des familles (articles L.134-1 à L.314-6 et R.314-1 à R.314-12).

Les CDAS sont compétentes en premier ressort en matière d'aide sociale légale, à l'exception du contentieux lié au RSA et à l'aide sociale à l'enfance de la compétence des tribunaux administratifs. En relèvent notamment les décisions relatives à l'aide sociale aux personnes âgées (allocation personnalisée d'autonomie, placement en établissement, aide-ménagère, ...), aux personnes handicapées (placement en établissement, aide-ménagère, prestation de compensation du handicap...), au RMI, aux recours sur succession ou auprès des obligés alimentaires, à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'aide médicale de l'État (AME), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)...

Deux décisions du Conseil constitutionnel intervenues sur question prioritaire de constitutionnalité ont largement modifié leur composition (décision n°2010-110 QPC du 25 mars 2011 et décision n°2012-250 QPC du 8 juin 2012), celui-ci ayant considéré que les garanties d'indépendance et d'impartialité des membres non magistrats de ces juridictions (fonctionnaires de l'Etat et conseillers généraux) n'étaient pas assurées. Ces décisions s'inscrivent dans le prolongement de la jurisprudence constante du Conseil d'Etat rappelant les exigences d'indépendance et d'impartialité des membres d'une juridiction posées par la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales⁵³

Il en résulte que les CDAS sont aujourd'hui uniquement composées du président, magistrat de l'ordre judiciaire, et du rapporteur. Cette situation et les difficultés récurrentes rencontrées par ces juridictions nécessitent que soit revue rapidement l'organisation de ce contentieux.

II. Options envisagées

Des travaux interministériels en cours destinés à réformer ces juridictions visent à remédier aux conséquences des décisions du Conseil constitutionnel et assurer aux justiciables un droit plus effectif à un procès. Associant les ministères des affaires sociales, de la Justice et de l'économie et des finances, ils ont permis de définir des scénarii de réforme : maintien ou suppression de ces juridictions, cette dernière hypothèse s'accompagnant d'un transfert du contentieux vers les tribunaux administratifs et éventuellement vers les tribunaux des affaires de la sécurité sociale.

Dans un contexte de forte tendance baissière de ce contentieux constatée depuis 2010, la finalisation des hypothèses envisagées nécessite la prise en compte des résultats de l'évaluation en cours du volume contentieux pour 2013.

Dans l'attente des résultats de ces travaux, le présent article d'habilitation du Gouvernement à procéder à la réforme par voie d'ordonnance dans un délai de 18 mois permet de poursuivre la réflexion dans un calendrier contraignant fixé à l'avance et ainsi d'éviter un ralentissement de cette future réforme indispensable.

III. Calendrier

L'ordonnance devra être prise au plus tard dans un délai de dix-mois suivant la publication de la loi d'habilitation. Un projet de loi portant ratification de cette ordonnance sera ensuite déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant la publication de l'ordonnance.

IV. Application en Outre-mer

Dans les départements et les régions d'outre-mer, les dispositions relatives au contentieux de l'aide sociale figurant dans le chapitre IV du titre III du livre Ier du CASF sont actuellement applicables de plein droit.

Pour les collectivités d'outre-mer, l'article L. 581-5 du CASF dispose que la commission départementale d'aide sociale de Guadeloupe est compétente à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

⁵³ CE, 6 décembre 2002, *Trognon et Aïn-Lhout* ; CE, 21 octobre 2009, *Bertoni*

Pour l'application de l'article L. 134-6, lorsqu'elle examine des affaires relevant de chacune de ces collectivités, les trois conseillers généraux élus par le conseil général sont remplacés par les trois conseillers territoriaux élus par le conseil territorial de Saint-Barthélemy ou par les trois conseillers territoriaux élus par le conseil territorial de Saint-Martin.

V. Consultation

La présente disposition ne doit faire l'objet d'aucune consultation obligatoire. Elle a fait l'objet d'une consultation de l'ADF.

TITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES A L'OUTRE-MER

Article 56 : Conditions d'application en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion en Martinique, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.

Les lois s'appliquent de plein droit aux départements d'Outre-mer de Martinique, de Guadeloupe, de La Réunion, et de Guyane. Au code de l'action sociale et des familles, quelques adaptations les concernent dans le domaine de la lutte contre l'exclusion. En revanche, pour ce qui est des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées et des dispositions du présent projet de loi, il n'y a pas de mesures particulières d'adaptations à prévoir au Livre V dudit code dédié à l'Outre-mer (L.521-1) sous les réserves suivantes qui tiennent pour l'essentiel à la législation du code de la construction et de l'habitation (CCH) dont certaines dispositions ne sont pas applicables dans les départements et collectivités d'outre-mer.

Des mesures d'adaptation de la loi sont cependant nécessaires pour certains de ces départements, en matière d'inclusion des problématiques liées au vieillissement dans les domaines de l'urbanisme, de la construction, de l'habitat et des transports.

Il en est de même pour le Département de Mayotte, inscrit dans une logique de convergence des droits et des politiques, pour lequel la législation nouvelle est désormais applicable de plein droit.

Enfin, pour les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, le code de l'action sociale y est applicable avec quelques dispositions d'adaptation pour Saint-Pierre-et-Miquelon tenant pour l'essentiel à son organisation administrative, qu'il conviendra de sauvegarder (compétence sanitaire du préfet).

I - S'agissant des départements d'outre-mer de Guadeloupe, de Guyane, de La Réunion et de Martinique (1° de l'article 56 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement) :

- a) du 1° de l'article 56 – cf. l'article 3 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement

Au chapitre Ier du Titre II du Livre V du code de l'action sociale et des familles, consacré aux départements d'outre-mer, il est inséré deux articles d'adaptation, L.521-2 et L.521-3 :

- La première adaptation rappelle que le dispositif « conférence des financeurs » doit tenir compte du ressort territorial de l'ARS commune à la Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, notamment pour sa représentation au sein de la conférence.
- La deuxième adaptation prévue pour la Guyane a vocation à permettre, le cas échéant, une plus grande souplesse d'organisation, compte tenu des particularismes de ce département.
- **b) et c) du 1° de l'article 56 : cf. les articles 5 et 11 à 14 du projet de loi qui ne s'appliquent pas.**

Concernant les articles 12 à 14, l'exclusion des dispositions du Chapitre III (Mesures relatives à la protection des personnes logées en logement-foyer) à l'article L.661-1 du code de l'habitation et de la construction et la non application de l'aide personnalisée au logement (APL) induit l'exclusion de certains articles ou la mention des dispositions visant des catégories d'établissement ne s'appliquant pas.

- **d) du 1° de l'article 56 : cf. l'article 40 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

L'adaptation tire la conséquence de l'absence d'Aide Personnalisée au Logement (APL) en raison de l'existence d'aides spécifiques au logement combinées avec des aides personnelles.

II - S'agissant de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin (2° de l'article 56 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement) :

- **a) du 2° de l'article 56 : cf. l'article 3 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

Au chapitre unique du Titre VIII du Livre V du code de l'action sociale et des familles, consacré à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, il est inséré un article d'adaptation – L.581-10 - qui est lié au ressort territorial de l'ARS commun à la Guadeloupe et à ces deux collectivités.

La conférence des financeurs étant organisée au niveau départemental, la deuxième adaptation a vocation à permettre davantage de souplesse, le cas échéant, dans la composition des membres obligatoires. L'adaptation prévue permettrait au gré des collectivités d'organiser une conférence commune entre plusieurs collectivités du même ressort de l'ARS.

- **b) et c) du 2° de l'article 56 : cf. les articles 5, 11, 12 à 16, 18 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement qui ne s'appliquent pas.**

Les articles 12 à 16 modifient des dispositions du code de la construction et de l'habitation. La compétence en « urbanisme ; construction ; habitation ; logement » a été transférée aux collectivités de Saint-Barthélemy en juillet 2007 et de Saint-Martin en avril 2012 conformément aux articles LO 6214-3 et LO 6314-3 du code général des collectivités

territoriales (CGCT). L'exclusion expresse de l'application de ces articles garantit la sécurité juridique.

L'article 15, qui modifie la loi n°65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis est également exclu en raison de son rattachement à la matière « logement ». (Avis Conseil d'État section des travaux publics portant sur la répartition des compétences entre l'État, la Nouvelle-Calédonie et les provinces en matière de logement et d'habitat du 28 mai 2013).

L'article 18 modifie le code des transports. En vertu des articles LO 6214-3 et LO 6314-3 du CGCT, en raison de la compétence en matière de « circulation routière et transports routiers ; voirie » de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, l'application de ces articles est écartée pour ne risquer de porter atteinte à la compétence de ces collectivités en matière d'organisation des déplacements urbains et des services de transports.

- **d) du 2° de l'article 56 : cf. l'article 40 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement**

L'adaptation tire la conséquence de la compétence acquise par ces collectivités en matière d'urbanisme et de logement.

III - S'agissant de Saint-Pierre-et-Miquelon (3° de l'article 56 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement):

- **a) du 3° de l'article 56 : cf. l'article 3 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

Au chapitre unique du titre III du livre V du code de l'action sociale et des familles, consacré à Saint-Pierre-et-Miquelon, il est créé un article – L.531-10 - dont la finalité est identique à celles prévues pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

En effet, l'ARS (dénommée administration territoriale de santé) de Saint-Pierre-et-Miquelon est un service de l'État et le préfet exerce les compétences dévolues au directeur d'ARS, en vertu de l'article L.1441-1 du code de la santé publique.

- **b) du 3° de l'article 56 : cf. l'article 5 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement qui ne s'applique pas.**
- **c) du 3° l'article 56 : cf. les articles 11 à 16 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement qui ne s'appliquent pas.**

Ces articles ne sont pas applicables en vertu de la compétence de la collectivité en « urbanisme ; construction ; habitation ; logement » prévue à l'article LO 6414-1 du CGCT.

- **d) du 3° l'article 56 : cf. l'article 40 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

L'adaptation tire la conséquence de la compétence acquise en matière d'urbanisme et de logement par ces collectivités.

- **e) du 3° l'article 56 : cf. l'article 49 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

Il est fait mention de la structure particulière de la maison territoriale de l'autonomie compétente pour les personnes handicapées à Saint-Pierre-et-Miquelon prévue à l'article L531-8 du code de l'action sociale et des familles, pour préserver des adaptations potentielles.

IV - S'agissant du Département de Mayotte (4° l'article 56 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement):

L'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles, a maintenu certains dispositifs et prévu dans certains cas une entrée en vigueur différée. Les adaptations proposées tirent les conséquences de l'état du droit actuellement applicables à Mayotte.

- **a) du 4° de l'article 56 : cf. l'article 3 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

L'article L.542-3 du code de l'action sociale et des familles définit les conditions d'application à Mayotte du titre III du livre II de ce même code. Le projet de loi précise que le chapitre III (prévention) nouvellement introduit au sein de ce titre III du livre II s'applique à Mayotte dans les conditions prévues au code de l'action sociale, afin de tenir compte de l'organisation particulière de l'agence régionale de santé dans ce département.

- **b), d), e), n) et p) du 4° de l'article 56 : cf. les articles 5, 11, 12 à 14 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement ne s'appliquent pas.**

Concernant les articles 12 à 14, l'article L.661-1 du code de la construction et de l'habitation exclut l'application à Mayotte des dispositions du Chapitre III « Mesures relatives à la protection des personnes logées en logement-foyer » du titre III du livre VI, des dispositions relatives à l'aide personnalisée au logement (APL) et des dispositions relatives aux logement-foyers-. En cohérence avec cet état du droit, le projet de loi exclut l'application à Mayotte des dispositions corrélatives du code de l'action sociale.

- **h) du 4° de l'article 56 : cf. les articles 25 et 26 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

La création des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales issus de la réforme de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 n'interviendra à Mayotte, qu'à compter du 1^{er} janvier 2016.

- **i) du 4° de l'article 56 : cf. les articles 29, 30, 33, 36, 37, 38 et du projet de loi adaptation de la société au vieillissement.**

Concernant les articles 30, 36 et 37 :

L'aide personnalisée à l'autonomie (APA), l'APL, les chèques emplois service universel (CESU) ne sont pas applicables, ce qui conduit à exclure les dispositions dont l'économie repose sur ces aides.

L'application de l'article 37 est écartée car les dispositions qu'il contient supposeraient d'appliquer des articles relatifs au temps de travail, qui ne sont pas étendus au code du travail applicable à Mayotte.

Il en est de même pour les autres références faites par l'article 37 à des règles de droit du travail ne renvoyant pas expressément à un article du code : renvoi à des conventions ou accords collectifs de travail non-applicables localement et dont l'équivalent n'existe pas à Mayotte, etc. (II de l'article 37).

- f), et k) du 4° de l'article 56 : cf. l'article 32 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement

Les dispositions relatives à l'agrément des services à la personne n'ont pas été étendues au code du travail applicable à Mayotte et n'ont donc pas d'équivalent au sein de ce code. Les services d'aide à domicile relèvent ainsi du seul régime de l'autorisation prévu au code de l'action sociale et des familles (article 32).

- q) ° du 4° de l'article 56: cf. les articles 49 et 58 du projet de loi adaptation de la société au vieillissement

L'article L. 146-3 entrera en vigueur à Mayotte au plus tard au 1^{er} janvier 2016 (article 10 3° de l'ordonnance de 2012).

Article 57: Adaptation des règles de calcul des concours de la CNSA aux collectivités d'Outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy

Chaque année, la CNSA attribue des concours financiers aux départements pour le financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH). Ces concours financiers sont calculés sur la base de plusieurs critères dont celui du potentiel fiscal des collectivités concernées.

Les dispositions relatives à l'APA, à la PCH, et aux MDPH, ainsi que les concours versés par la CNSA pour leur financement, sont applicables aux collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, en application des articles L531-1 et L581-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Cependant, les dispositions relatives aux concours posent une difficulté de mise en œuvre dans les 3 collectivités d'outre-mer (COM) concernées dans la mesure où la notion de potentiel fiscal, telle que définie à l'article L.3334-6 du code général des collectivités territoriales (CGCT), n'y est pas applicable compte tenu de leur particularisme en matière de ressources lié à leur autonomie fiscale. Jusqu'à ce jour, les concours financiers concernés ont été répartis en postulant que le potentiel fiscal était nul faute de pouvoir en calculer un.

Dès lors, afin de sécuriser juridiquement et financièrement la répartition de ces concours financiers, et de les répartir de façon plus équitable, cet article procède à une adaptation des

dispositions législatives applicables aux concours APA et PCH pour les trois COM concernées.

Ce dispositif, qui demeure globalement favorable aux collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, vise à déterminer, pour les concours financiers APA et PCH, à l'instar de la détermination de la plupart des concours financiers de l'État en outre-mer (DGF, FPIC...), une quote-part majorée permettant ainsi de garantir une stabilité du montant global versé avant et après la réforme aux trois COM concernées. Une fois la quote-part arrêtée, les critères de répartition entre les COM sont déterminés de telle sorte que cette répartition soit la plus équitable au regard des charges supportées par ces collectivités et de leur situation financière.

Il convient de noter qu'en ce qui concerne le concours APA, le dispositif spécifique de quote-part ne se substitue qu'au concours existant antérieurement au projet de loi, qui devient, du fait de l'article 38, la première part du concours APA, seule à être répartie en tenant compte du critère du potentiel fiscal. Les COM percevront en plus du montant du concours calculé selon ce dispositif de quote-part la seconde part du concours créé par l'article 40 du projet de loi pour compenser le coût des améliorations de l'APA résultant du projet de loi.

En ce qui concerne le concours MDPH, qui ne concerne dans les faits que Saint Pierre-et-Miquelon, la seule des trois collectivités à avoir effectivement mis en place une maison des personnes handicapées MDPH, l'article reprend la pratique consistant à retenir pour le critère du potentiel fiscal une valeur nulle.

Ces principes permettent ainsi d'aboutir aux dispositifs suivants :

Pour le concours APA :

- ***Calcul de la quote-part*** : application au montant total de la première part du concours du double du rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'allocation dans les 3 COM et le nombre total de bénéficiaires de l'allocation au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué.
- ***Répartition de la quote-part*** : sur la base des critères de répartition du concours APA à l'exception du critère potentiel fiscal, avec une pondération inchangée pour les critères de la population âgée de plus de 75 ans et de la dépense APA, et un coefficient porté de 5 à 30 % pour le critère bénéficiaires du RSA. La majoration du poids de ce dernier critère permet de compenser l'absence du critère de potentiel fiscal et de conserver à la répartition sa dimension de péréquation.

Pour le concours PCH :

- ***Calcul de la quote-part*** : application au montant total du concours le double du rapport entre le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP dans les 3 COM et le nombre total de bénéficiaires des deux prestations au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué ;
- ***Répartition de la quote-part*** : sur la base des critères de répartition du concours PCH à l'exception du critère potentiel fiscal, avec une pondération abaissée d'un tiers pour

l'ensemble des critères, à l'exception de la pondération du critère du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP qui demeure inchangée.

Ainsi sont prévus pour les deux concours APA et PCH des critères à la fois homogènes (pour le calcul de la quote-part), et le plus proches possible des critères de droit commun en ce qui concerne la répartition des quotes-parts.

Pour le concours MDPH :

Les dispositions législatives sont sans incidences sur le montant du concours.

Le dispositif a pour conséquence de diminuer légèrement les montants attribués aux trois collectivités, considérés ensemble ou individuellement.

Cette diminution est juste, le mode de calcul actuel ayant pour effet de majorer le montant des deux concours attribués aux COM en neutralisant un critère, le potentiel fiscal, qui a toujours un effet minorant sur le montant des concours de la CNSA. Dans le cas du concours PCH, les règles actuelles de calcul aboutissent à des niveaux de concours particulièrement élevées et difficile à justifier.

Le niveau de la diminution est susceptible de varier d'une année à l'autre, comme le montrent les simulations présentées infra, du fait de l'évolution relative, pour les COM et les départements éligibles au concours, de l'ensemble des données qui servent à leur calcul et à celui du taux de couverture. La variation peut être positive pour Saint-Martin (APA 2011), du fait de la pondération du critère RSA.

Les taux de couverture restent pour les trois collectivités considérées ensemble sensiblement supérieurs à la moyenne nationale, en particulier pour le concours PCH (74 % au lieu de 39 % en moyenne nationale) et dans une moindre mesure pour le concours APA (38 % au lieu de 33% pour 2014).

La pondération du critère RSA devrait d'une manière générale aboutir, comme le montrent les simulations à un léger rééquilibrage entre les trois collectivités au profit de Saint-Martin, impact cohérent avec l'objectif de péréquation des règles de droit commun de calcul des concours.

Tableau 1 : comparaison des concours APA 2011 selon les règles de calcul (en €)

	Concours avec PF nul	Taux de couverture	Concours avec quote-part	Taux de couverture
Saint-Barthélemy	156 241	28,5 %	127 672	23 %
Saint-Martin	399 134	39,4 %	416 171	41 %
Saint-Pierre-et- Miquelon	146 073	40,7 %	127 656	35 %
Total COM	701 448	36,4 %	671 500	34,9 %
Moyenne nationale		30,8 %		30,8 %

Tableau 2 : comparaison des concours PCH 2011 selon les règles de calcul (en €)

	Concours avec PF nul	Taux de couverture	Concours avec quote-part	Taux de couverture
Saint Barthélemy	60 248	162 %	29 847	80 %
Saint-Martin	253 170	106 %	191 332	80 %
Saint-Pierre-et- Miquelon	N'attribuait pas la PCH en 2011			
Total COM	313 418	140 %	221 179	80 %
Moyenne nationale		43 %		43 %

**Tableau 3 : comparaison des concours prévisionnels APA 2014
selon les règles de calcul (en €)**

	Concours avec PF nul	Taux de couverture (/dépenses 2012)	Concours avec quote-part	Taux de couverture (/dépenses 2012)
Saint-Barthélemy	176 039	34,7 %	155 832	31 %
Saint-Martin	613 681	45,3 %	535 832	40 %
Saint-Pierre-et- Miquelon	165 808	45,2 %	154 256	42 %
Total COM	955 528	42,9 %	845 146	38 %
Moyenne nationale		33 %		33 %

Tableau 4 : comparaison des concours PCH 2014 selon les règles de calcul (en €)

	Concours avec PF nul	Taux de couverture (/dépenses 2012)	Concours avec quote-part	Taux de couverture (/dépenses 2012)
Saint Barthélemy	70 976	88 %	56 726	71 %
Saint-Martin	273 961	79 %	258 699	74 %
Saint-Pierre-et- Miquelon	10 878	100 %	10 878	100 %
Total COM	355 830	83 %	326 303	74,3 %
Moyenne nationale		39 %		39 %

TITRE VI - DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 58 - Evaluation de l'application de la loi

I. Diagnostic et justification de l'intervention

La mise en œuvre de l'ensemble des dispositions de la loi nécessite d'être évalué afin de mesurer l'atteinte des objectifs initiaux. Compte-tenu de l'importance des dispositions prises qui affectent plusieurs départements ministériels, une vision globale et consolidée apparaît souhaitable. Par ailleurs, ces dispositions auront un impact fort pour les départements, dont le rôle de chef de file des politiques gérontologiques est réaffirmé.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement remettra au Parlement un premier rapport d'évaluation au plus tard le 1^{er} septembre 2016, puis un second au plus tard le 1^{er} septembre 2017. Compte-tenu de la place particulière des départements dans la conduite de la politique gérontologique, ces rapports feront l'objet d'une analyse conjointe de l'Etat avec les départements, avant de donner lieu le cas échéant à des propositions d'ajustement.

II. Impact

Cette clause de revoyure, qui a été concertée étroitement avec l'Assemblée des départements de France, permettra notamment de mesurer la montée en charge des dispositions de la loi, particulièrement pour ce qui concerne l'APA et le fonctionnement de la conférence des financeurs. Les départements seront attentifs au respect de l'engagement du Gouvernement quant à la compensation des dépenses nouvelles résultant de cette loi.

Article 59 - Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015 des dispositions de l'article 4 (suppression de la section V bis du budget de la CNSA destinée à l'imputation de la CASA).

Article 60 - Entrée en vigueur différée des dispositions de l'article 11 relatives à la mise en place d'un socle minimum de prestations dans les résidences-autonomie : cf. Etude d'impact sur l'article 11.

Article 61 - Entrée en vigueur différée au 1^{er} janvier 2016 des dispositions de l'article 14 relatives à l'inscription des logements des logements-foyers et des CHRS au RPLS : cf. Etude d'impact sur l'article 14.

Article 62 - Dispositions relatives à la modification des contrats de séjour, des documents individuels de prise en charge, des règlements de fonctionnement et des livrets d'accueil en cours d'exécution à la date de promulgation de la loi (art. 22).

La mise en conformité de ces documents avec l'art. 22 est prévu à la première actualisation et au plus tard dans les 18 mois suivant la promulgation de la loi. Cette disposition est de nature à permettre à terme la conformité de ces documents avec les nouvelles dispositions prises pour améliorer les droits des personnes hébergées. Le délai de mise en conformité a été prévu au regard de la faculté des gestionnaires de procéder à une telle révision.

Article 63 - Entrée en vigueur de la réforme de l'APA

I – Diagnostic

L'entrée en vigueur de l'APA est prévue à compter de la date de publication des décrets d'application fixant les nouveaux montants des plafonds des plans d'aide et définissant le nouveau barème de l'APA

S'agissant du barème, les droits seront révisés automatiquement dès que les nouvelles spécifications techniques auront pu être intégrées dans les logiciels des départements.

En revanche, des aménagements sont nécessaires pour la révision des plans d'aide au regard des nouveaux droits ouverts par la loi (augmentation des plafonds, droit au répit ...).

II – Dispositif projeté

Au total 170 000 dossiers dont les plans d'aide sont saturés ou très proches de la saturation sont à revoir. Le rythme de révision, qui a fait l'objet de travaux avec l'Assemblée des départements de France, est en moyenne de 1400 dossiers par mois et par département. C'est donc en une année que tous les plans d'aide pourront être révisés. Le projet de loi prévoit donc les critères de priorisation des dossiers.

Ainsi, feront l'objet d'un examen prioritaire la situation des personnes ayant les plans d'aide les plus lourds, c'est-à-dire celles dont le montant du plan d'aide excède un seuil fixé par décret et dont le degré de dépendance, mesuré par le GIR, est le plus élevé.

A l'issue de cette année, les plans d'aide qui n'auront pas été révisés feront l'objet d'une majoration proportionnelle au montant du plan d'aide, selon un taux fixé par décret. Cette mesure est de nature à favoriser la révision de l'ensemble des plans d'aide dans le délai d'un an prévu à cet effet.

S'agissant du bénéfice du droit au répit pour les aidants de personnes âgées dépendantes, la révision du plan d'aide devra intervenir dans le même délai d'un an. Seront examinées en priorité les situations des personnes dont le degré de perte d'autonomie est le plus élevé.

Article 64 - Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 des dispositions relatives à l'accueil familial (article 41)

Article 65 - Non application des dispositions de l'article 40 relatives à l'identification d'un tarif hébergement socle dans les EHPAD, aux contrats en cours avant la date d'entrée en vigueur du décret prévu à cet article 40.

Article 66 - Abrogation différée de :

- l'art. L. 146-9 à la date de publication du décret prévu à l'article L. 146-3 issu de la rédaction de l'article 49 (remontées d'information des MDPH)

- l'art. L. 232-17 à la date de publication des décrets nécessaires à l'entrée en vigueur des mesures prévues par les articles L. 232-21 et L. 232-21-1 du code de l'action sociale et des familles (systèmes d'information).

ANNEXES

Annexe n°1 Plan pour les métiers de l'autonomie

1. Contexte

Le Président de la République a annoncé des États Généraux du travail social à l'occasion du dernier congrès de l'UNIOPSS. La réflexion sur les métiers de l'autonomie s'inscrit dans ce cadre, tout en intégrant également les métiers de la filière sanitaire. Par ailleurs, l'ambition exprimée par le Premier Ministre lors de la remise des rapports de préparation de la future loi d'adaptation de la société au vieillissement, ainsi que le plan d'action arrêté à l'occasion du Comité interministériel du handicap du 25 septembre dernier, confirment l'importance de ces enjeux.

Il est nécessaire de construire une stratégie, d'élaborer un Plan avec ses déclinaisons opérationnelles pour conduire une politique ambitieuse en direction des professionnels du secteur de la gériatrie et de la gérontologie, ainsi que du secteur du handicap.

En France, les personnes âgées de 60 ans et plus, au nombre de 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030. Quant au nombre de personnes âgées de 85 ans et plus, il sera multiplié par près de 4 en 40 ans passant de 1,4 à 4,8 millions d'ici à 2050. La demande de services, de produits et soins liés à l'autonomie va ainsi mécaniquement fortement augmenter.

L'offre doit s'adapter considérablement, générant ainsi des emplois et des relais de croissance importants pour l'économie française avec la « Silver économie ». Cette économie se développe sur deux grands domaines : celui des prestations de soins et d'accompagnement (une intervention humaine), et celui des industries mobilisées pour imaginer, créer, développer des outils, des produits qui ont vocation notamment à faciliter et compléter une prestation d'accompagnement.

Dans le champ du handicap près de 460 000 personnes (dont 150 000 enfants) sont accueillies dans plus de 10 000 établissements et services, employant plus de 250 000 salariés.

S'y ajoutent le secteur social, au travers des services à la personne, et le logement qui contribuent également à l'autonomie des personnes handicapées et âgées. Par ailleurs, la génération des baby-boomers (née entre 1945 et 1972) est la première à accompagner ses parents dans le grand âge et la perte d'autonomie. Elle a donc la volonté d'anticiper son vieillissement et de ne pas se laisser surprendre. **Cette offre d'accompagnement sanitaire, social et médico-social doit se transformer pour s'adapter à l'évolution des réponses aux personnes qui présentent un besoin d'aide à l'autonomie.**

Le vieillissement, la complexité des situations, le développement de la reconnaissance du handicap psychique, l'accompagnement de personnes autistes ou encore de celles touchées par des pathologies telles qu'Alzheimer ou d'autres affections aux conséquences proches par exemple constituent de nouvelles frontières. Ces nouvelles orientations ne sont pas encore pleinement acquises par les acteurs et nécessitent une action d'accompagnement du changement des pratiques professionnelles.

2. Positionnement et vocation du plan dans le cadre du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement

Ce plan d'actions accompagne le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Il a vocation à mettre en valeur une **politique globale cohérente pour les métiers de l'autonomie** même si la déclinaison opérationnelle des mesures s'inscrit dans un autre dispositif, comme par exemple les Etats Généraux du Travail Social (EGTS).

Cette mise en valeur doit contribuer à la lisibilité et ainsi à **rendre plus attractifs** les métiers concernés qui peuvent relever de champs différents (sanitaire, social, médico-social, autre ...) ou politiques publiques pilotées de manière relativement cloisonnée au niveau national comme local.

Il s'agit d'un **plan transverse aux ministères sociaux** chargés des personnes âgées et des personnes handicapées avec un copilotage de la démarche par les deux cabinets concernés en lien avec le cabinet de la ministre des affaires sociales et de la santé.

Le cadrage et les propositions ont été partagées en amont en interministériel afin de permettre une mise en cohérence et une lisibilité des démarches engagées et pilotées par d'autres ministères (Ministère du travail, Ministère du droit des femmes, Ministère de la fonction publique, ..), et ensuite soumis à la concertation.

3. Trois enjeux politiques essentiels

- **Moderniser la politique publique de l'autonomie** en faisant évoluer les métiers au service de nouveaux objectifs, d'une meilleure **réponse aux besoins des usagers et des territoires**.
Il s'agit de **rendre visible les spécificités des métiers de l'accompagnement** et du soin auprès des plus fragiles car les missions assurées au quotidien par les professionnels du secteur ne sont pas des missions comme les autres. Elles sont porteuses de **sens, d'utilité sociale**, de valeurs de **solidarité et d'entraide**.
- **Engager la bataille de l'emploi** en contribuant à la création d'emplois non délocalisables notamment pour les plus jeunes.
- Investir sur le dialogue social pour améliorer **les conditions de travail, la qualité de l'emploi et lutter contre la pénibilité**. Il s'agit également d'accompagner le développement de parcours professionnels plus **attractif** dans un secteur qui reste encore précarisé.

4. Les objectifs structurants du plan

- Stimuler et accompagner le développement des emplois pour répondre à des besoins croissants
- Faire des métiers du social et du médico-social des leviers d'insertion et de promotion des professionnels
- Développer la qualification et transformer les pratiques professionnelles pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers (La mise en œuvre de ce 3^{ème} axe est renvoyée, pour son opérationnalisation, aux Etats généraux du travail social)

4-1 Un premier objectif concernant la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

Trois niveaux.

○ **Au niveau national :**

- ✘ Contractualiser entre l'État et les partenaires sociaux du secteur médico-social un **engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC)**, pour anticiper et accompagner l'évolution des emplois et des qualifications. L'EDEC pourra se décliner sur les territoires volontaires au plus près des acteurs de terrain. (**Action 1**)
- ✘ Créer un **observatoire de l'emploi sanitaire et médico-social pour l'autonomie**. (**Action 4**)
Cette nouvelle structure regrouperait toutes les données chiffrées disponibles sur la thématique de l'autonomie. Il serait ainsi possible de consulter des informations provenant de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares), de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la Fonction publique hospitalière (ONEMFPH), des observatoires régionaux de l'emploi et de la formation, de la CNSA, de la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) ou de la Direction générale de la Cohésion sociale (DGCS).

○ **Au niveau régional**

- ✘ Structurer et décliner des outils pour accompagner les démarches de GPEC sur les territoires (déclinaison de l'EDEC sur plusieurs territoires, capitalisation et diffusion)
- ✘ Inclure dans les Projets Régionaux de Santé (PRS) un volet « développement de l'emploi et des compétences » (cf. mission confiée à Madame de Singly)
- ✘ Améliorer l'articulation entre PRS et les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales (compétences régions)

○ **Au niveau des Etablissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) :**

Intégrer davantage la question Ressources Humaines dans le **dialogue de gestion avec les structures (Action 3)** : Adéquation entre le projet d'établissement et le plan de formation et utilisation de l'outil contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) et des conventions tripartites

4-2 Un deuxième objectif de renforcement de l'attractivité des métiers de l'autonomie

- **Inciter les jeunes et mieux orienter vers ces métiers** : Action de communication grand public, élaboration de Kits destinés aux conseillers Pôle Emploi, organisation d'un débat autour de la projection d'un film, etc. (**Action 5**)
- Multiplier les dispositifs d'insertion portés par les **plates formes territoriales** dédiées aux métiers d'aide à la personne (**Action 5**)
- Promouvoir **la mixité** dans les emplois de l'aide à l'autonomie en coordination avec le plan mixité des métiers portée par le ministère des droits des femmes (**Action 6**)
- Favoriser **l'insertion, recruter et qualifier** : 30 000 emplois d'avenir dans le secteur sanitaire et social : aide à la formation de ces jeunes pour les qualifier et les conserver sur ce secteur d'activité (**Action 7**)
- Faire jouer davantage le levier que constituent les crédits destinés à la formation professionnelle des demandeurs d'emplois vers les métiers de l'autonomie (**Action 8**)
- Prévenir la **pénibilité et l'usure professionnelle, agir pour la promotion de la santé au travail** : élargir les possibilités d'intervention du fonds d'intervention régional (FIR) en matière de financements d'actions liées aux conditions de travail au secteur médico-social (**Action 9**)
- Développer **l'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience (VAE)** (**Action 10**)
- Développer **l'alternance** et favoriser **l'accompagnement des stagiaires** en établissements et services (**Action 11**)

4-3 Un troisième objectif sur la formation et les pratiques professionnelles

- Réformer **l'architecture et le contenu des diplômes** de niveau V avec pour objectif de créer un diplôme commun sanitaire et social aux métiers de l'accompagnement et de l'aide à la personne. (**Action 12**)
- Définir au niveau national les **grandes orientations en matière de formation continue**. (**Action 13**)
- Renforcer la formation des professionnels assurant une **fonction de management** en établissement ou service. (**Action 14**)
- Introduire dans **les formations sanitaires initiales** et dans le développement professionnel continu la prise en compte de spécificités liées à la perte d'autonomie (**Action 15**)
- Promouvoir certains métiers d'avenir identifiés pour leur **potentiel de développement** dans le champ de l'aide à l'autonomie (animateurs, ergothérapeutes, accueillants familiaux, etc.) (**Action 16**)
- Mieux intégrer dans la formation des professionnels **le repérage des fragilités et la lutte contre les discriminations**. (**Action 17**)
- Renforcer la **coordination entre les professionnels** dans la prise en charge des personnes fragiles. (**Action 18**)
- Développer et structurer les coopérations entre **les aidants, les bénévoles, les professionnels** pour repositionner chacun dans son rôle et promouvoir une citoyenneté active. (**Action 19**)

Annexe n°2 : Effets sur l'égalité entre les hommes et les femmes

La mise en avant de statistiques sexuées s'impose également pour détailler les enjeux sur les inégalités entre les femmes et les hommes concernant les professionnelles et professionnels de la dépendance. Les études de la DREES montrent que près de 500 000 professionnels, à 98 % des femmes, soit une population comparable à celle des personnels infirmiers, s'occupent aujourd'hui des personnes dépendantes⁵⁴. Comme on l'a précisé précédemment concernant les études du *care*, la sous-représentation masculine dans ces métiers

« s'inscrit dans le sillage d'une réflexion sur les effets de l'assignation socialement, historiquement et culturellement construite, des femmes au travail domestique (qui recouvre les tâches ménagères mais aussi le soins aux ascendants et descendants, comme les théorisations féministes sur le travail domestiques l'ont analysé) ou à des fonctions « à faible valeur sociale ajoutée » (Kergoat, 2005), du fait de la division sexuelle du travail peut-on préciser »⁵⁵.

Plusieurs mesures sont développées dans le cadre de ce projet de loi ayant un impact sur les inégalités entre les femmes et les hommes. Tout d'abord, le volet concernant la **professionnalisation de ces métiers contribue à leur reconnaissance et à la réduction de leur précarité**. Le rapport *« Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 »* de la DREES⁵⁶ montrait les conditions de travail de ces professions : horaires décalés, temps partiel, tâches difficiles, impact émotionnel du travail avec les personnes en fin de vie, etc. Plusieurs dispositions relatives à la professionnalisation visent à répondre aux demandes du secteur, que ce soit à travers l'augmentation du niveau de qualification, ou la **mise en place de mesures visant à développer les temps complets**, développées par le projet de loi (titre I, chapitre III ; ainsi que sur les différents objectifs du plan métiers pour l'autonomie⁵⁷).

Toujours en lien avec la professionnalisation des métiers de l'autonomie, le plan métiers prévoit dans son article 17 d'intégrer, dans la formation des professionnels, les questions de lutte contre les discriminations. La dimension de lutte contre les discriminations prendra en compte l'égalité entre les femmes et les hommes dans cette formation, en croisant les inégalités sexuées avec toutes les autres discriminations que subissent les personnes âgées.

Dans cette filière très féminisée, la question du **développement de la mixité est un enjeu important, en cohérence avec les déclarations du Premier Ministre sur l'année**

⁵⁴ Galtier Bénédicte et Wierink Marie, « Présentation du dossier », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 n° 2-3, pp. 185-193, p. 188-189.

⁵⁵ Doniol-Shaw G., Lada E., Dussuet A. (2007), *Les parcours professionnels des femmes dans les services à la personne*, rapport de recherche, LATTIS, novembre, p.13.

⁵⁶ Rémy Marquier et Sandra Nahon (coord.), « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », *DOSSIERS solidarité et santé*, N° 30, 2012

⁵⁷ Les trois objectifs du Plan métiers sont :

« Objectif 1: Stimuler et accompagner le développement des métiers de l'autonomie pour répondre à des besoins croissants

Objectif 2: Faire des métiers de l'autonomie un vecteur d'insertion professionnelle

Objectif 3: Développer la qualification et faire évoluer les pratiques professionnelles pour améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées et handicapées »

2014, année de la mixité des métiers. En 2009, à peine 12 % de salariés exerçaient dans un emploi mixte, c'est-à-dire composé de 40 % à 60 % de femmes ; **l'objectif est d'atteindre, d'ici 2025, 33 % de salariés exerçant un emploi mixte.** Ainsi, le Plan métiers du projet de loi prévoit dans son article 6 de promouvoir la mixité dans ces métiers, en lien avec le Plan mixité piloté par le ministère des Droits des femmes.

Annexe n°3 Consultations

Consultations obligatoires :

Organismes		Date de saisine	Date d'avis
CNAV-TS		20 février 2014	11 Mars 2014
RSI		20 février 2014	11 Mars 2014
MSA		20 février 2014	12 Mars 2014
CNIEG (industries électriques et gazières)		20 février 2014	Avis tacite le 15 mars 2014
CNAM-TS		20 février 2014	27 Mars 2014
UNCAM		20 février 2014	20 Mars 2014
ACOSS		20 février 2014	14 Mars 2014
CNIL		17 février 2014	3 avril 2014 – délibération n°2014-112 du 27 mars portant avis sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement
Conseil national de la vie associative		14 mars 2014	14 mars 2014
Caisse nationale des accidents du travail et des maladies professionnelles		25 février 2014	12 mars 2014
CNAF		25 février 2014	19 mars 2014

Consultations non obligatoires prévues :

CNRPA		19 février 2014	18 mars 2014
CNCPH		18 février 2014	11 mars 2014
CNOM		24 février 2014	19 mars 2014
CNOSS section sociale		18 février 2014	4 mars 2014

Annexe n°4 Textes d'application

N° de l'Article	ARTICLE (CASF sauf mention contraire)	NATURE DU TEXTE	OBJET
<i>Article 3</i>	<i>Art. L. 233-2</i>	Décret	Concernant les aides individuelles accordées dans le cadre des actions mentionnées au 1° de l'article L. 233-1, fixation des conditions de ressources variant selon la zone géographique
<i>Article 3</i>	<i>Art. L233-5</i>	Décret en Conseil d'Etat.	Modalités d'application des dispositions du chapitre relatif à la conférence des financeurs de la prévention
<i>Article 4</i>	<i>Art. L14-10-5-V</i>	Arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget	Fixation : - des montants des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues respectivement aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1 - des fractions de CASA et de CSA affectées à ces concours.
<i>Article 6</i>	<i>Art. L. 115-2-1 CSS</i>	Décret en Conseil d'Etat	Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale se communiquent, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL, des renseignements autres que médicaux qu'ils détiennent sur leurs ressortissants. Le décret précise la nature des informations échangées, les modalités de ces échanges et leurs destinataires.
<i>Article 8</i>	<i>Art. L.14-10-5-IV</i>	Arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget	Fixation de la part de la fraction de CASA affectée à la section V versée à la section IV
<i>Article 8</i>	<i>L14-10-5- IV</i>	Décret en Conseil d'Etat	Modification des articles R14-10-49 à R14-10-51 pour mise en cohérence avec les modifications et précisions prévues au 2° de l'article 8
<i>Article 10</i>	<i>Art. L. 480-4</i>	Décret	« Un décret fixe les conditions d'application du titre sur le « volontariat civique senior » inséré après le titre VII du livre IV du CASF
<i>Article 11</i>	<i>Art. L. 313-12</i>	Décret	relatif à la fixation des seuils de personnes âgées non autonomes accueillies en résidences-autonomie. L'arrêté du 14 avril 2011 relatif à

		Arrêté du 14 avril 2011 relatif à l'application de l'article R. 111-1-1 du code de la construction et de l'habitation	l'application de l'article R. 111-1-1 du code de la construction et de l'habitation définit en référence aux mêmes seuils les foyers pour personnes âgées autonomes en vue de leur application des normes incendies prévues pour les locaux d'habitation.
<i>Article 11</i>	<i>Art. L. 313-12</i>	Décret (pour mémoire) : référence au même texte, qui existe déjà : il s'agit du seuil de 10% de GIR 1 et 2 prévu à l'art. D.313-15-1)	relatif à la fixation des seuils de personnes âgées non autonomes accueillies en résidences-autonomie.
<i>Article 11</i>	<i>Art. L. 313-12</i>	Décret	Relatif aux prestations minimales individuelles ou collectives concourant à la prévention de la perte d'autonomie.
<i>Article 11</i>	<i>Art. L. 313-12</i>	Décret	relatif au forfait- autonomie
<i>Article 11</i>	<i>Art. L. 313-12</i>	Décret	relatif aux conventions conclues par les résidences-autonomie pour accueillir des résidents en perte d'autonomie.
<i>Article 13</i>	<i>L.633-3 du code de la construction et de l'habitation</i>	Décret en Conseil d'Etat	Adaptation de la convention type au titre de l'aide personnalisée au logement pour les logements foyers hébergeant des personnes âgées ou des personnes handicapées en vue d'intégrer les dérogations prévues par l'article 12 du projet de loi, en particulier celle relative à la durée du contrat conclu entre le gestionnaire et le résident. Cette convention type est fixée en annexe au III de l'article R.353-159 du code de la construction et de l'habitation.
<i>Article 14</i>	<i>L.411-10 du code de la construction et de l'habitation</i>	Décret en Conseil d'Etat Arrêté	Modification de l'article R.411-3 du code de la construction et de l'habitation consécutivement à l'intégration par l'article 14 du projet de loi des logements foyers et des centres d'hébergement dans le périmètre du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RPLS). Cet article décrit les informations gérées dans le répertoire ainsi que les modalités de communication de son contenu à des tiers. L'arrêté du 5 janvier 2010 pris en application de l'article R.411-3 précise la nature des données à transmettre et leur organisation en fichiers. Il devra

			également être modifié.
<i>Article 15</i>	<i>Art. 41-1 Art. 41-3 Art. 41-6</i>	Décret	Le règlement de copropriété peut étendre l'objet d'un syndicat de copropriétaires à la fourniture, aux occupants de l'immeuble, de services spécifiques dont les catégories sont précisées par décret . <i>Il n'y a pas de renvoi exprès à un décret en CE mais l'article 47 de la loi du 10 juillet 1965 est une disposition générale qui renvoie l'ensemble de la loi à un décret en Conseil d'Etat (cf. Décret n°67-223 du 17 mars 1967 pris pour l'application de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis).</i>
<i>Articles 20 et 21</i>	<i>Intitulé chapitre I^{er} du titre III du livre II Art. L231-4</i>	Décret en Conseil d'Etat	Mise en cohérence des dispositions réglementaires du CASF (titre du chapitre Ier du titre troisième du livre II et articles de ce même chapitre).
<i>Article 22</i>	<i>Art. L. 311-4-1</i>	Décret	II - relatif au délai de préavis prévu au contrat de séjour. III – relatif aux cas de résiliation du contrat de séjour.
<i>Article 25</i>	<i>Art. L. 331-8-1</i>	Décret en Conseil d'Etat	Relatif à la déclaration de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers ou le respect de leurs droits et de tout événement ayant pour effet de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge.
<i>Article 26</i>	<i>Art. L.471-6</i>	Décret	Relatif au contenu minimal du document individuel de protection des majeurs.
<i>Article 27</i>	<i>Art. L.472-1</i>	Décret	Relatif à la procédure d'appel à candidatures pour l'agrément des mandataires judiciaires. .
<i>Article 27</i>	<i>Art. L.472-1</i>	Décret en Conseil d'Etat	relatif aux critères de sélection des candidatures.
<i>Article 29</i>	<i>Art. L. 232-3-1</i>	Décret en Conseil d'Etat	Modalités de prise en compte de la MTP pour la revalorisation des plafonds (modification de l'art. R. 232-10)
<i>Article 29</i>	<i>Art. L. 232-4</i>	Décret en Conseil d'Etat	Principe de l'actualisation annuelle de la participation financière du bénéficiaire de l'APA (modification de l'art. R. 232-28)

<i>Article 29</i>	<i>Art. L. 232-4</i>	Décret en Conseil d'Etat	Refonte du barème de la participation financière du bénéficiaire afin d'alléger les restes à charge pour les plus d'aide les plus lourds (modification de l'art. R. 232-11)
<i>Article 29</i>	<i>Art. L. 232-6</i>	Arrêté	Elaboration des référentiels de l'évaluation multidimensionnelle
<i>Article 29</i>	<i>Art. L. 232-6</i>	Décret en Conseil d'Etat	Remplacement de la référence au « service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail » par celle du « service prestataire d'aide à domicile autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-3 du code du travail » (modification des arts. R. 232-12, R. 232-13 et R. 232-14)
<i>Article 29</i>	<i>Art. L. 232-12</i>	Décret en Conseil d'Etat et décret simple	Suppression de la Commission de proposition et de conciliation (suppression des arts. D. 232-25 et D. 232-26 et modification de l'article R. 232-29)
<i>Article 29</i>	<i>L. 232-14</i>	Décret en Conseil d'Etat	Suppression des 1 ^{er} et dernier alinéas de l'art. L. 232-14 (modification des arts R. 232-23 et R. 232-29)
<i>Article 29</i>	<i>Art. L.232-15</i>	Décret	Modalités des versements ponctuels pour la partie de l'allocation servant à la solvabilisation des aides techniques et des prestations d'accueil temporaire ou de répit à domicile (modification de l'art. D. 232-33, relatif aux dépenses pouvant être versées suivant une périodicité autre que mensuelle)
<i>Article 30</i>	<i>Art. L. 153 A</i>	Décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL	Transmission chaque année aux départements par l'administration fiscale des informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'APA.
<i>Article 32</i>		Arrêté	relatif au cahier des charges de l'expérimentation tarifaire des services d'aide et d'accompagnement à domicile.
<i>Article 34</i>	<i>Art. L. 313-11</i>	Arrêté	relatif au cahier des charges des expérimentations prévues par cet article.

<i>Article 36</i>	<i>Art. L232-3-2</i>	Décret	relatif aux modalités de définition dans le plan d'aide des dispositifs répondant à des besoins de répit des proches aidants Fixation du plafond de l'enveloppe financière dédiée aux dispositifs de répit
<i>Article 36</i>	<i>Art. L. 232-3-3</i>	Décret	Fixation du montant maximum d'augmentation du plan d'aide en cas d'hospitalisation d'un proche aidant et modalités d'application de cette augmentation
<i>Article 36</i>		Décret	Modalités d'application de l'article 36, (notamment situations pouvant faire l'objet de cette augmentation, conditions de formulation de la demande d'aide, conditions de prise en charge de la dépense par le département, en particulier en urgence.
<i>Article 37</i>		Décrets	Fixation des conditions d'application de l'article 37 relatif à l'expérimentation de prestations de suppléance à domicile du proche aidant de toute personne ayant besoin d'une surveillance régulière.
<i>Article 38</i>	<i>Art. L. 14-10-6</i>	Décret en Conseil d'Etat	Modalités de répartition entre les départements du montant de la première part du concours APA, et notamment de la quote-part COM (modification des arts R. 14-10-38 à R. 14-10-42)
<i>Article 39</i>	<i>Art. L. 441-1</i>	Décret en Conseil d'Etat	Approbation d'un référentiel d'agrément (en annexe du CASF)
<i>Article 39</i>	<i>Art. L. 441-1</i>	Décret en Conseil d'Etat	Indication dans la demande d'agrément si l'accueil projeté est à temps complet ou partiel (accueil de jour ou accueil de nuit) permanent ou temporaire (modification de l'art. R.441-2)
<i>Article 39</i>	<i>Art. L. 441-1</i>	Décret en Conseil d'Etat	Possibilité pour le CG, à travers la décision d'agrément : -d'autoriser l'accueil de plus de 3 personnes ; -de préciser les caractéristiques, en termes de handicap et de dépendance, des personnes susceptibles d'être accueillies ; -de subordonner l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial, et, le cas

			échéant, de la personne accueillie. (modification de l'art. R. 441-5 relatif à la décision d'agrément)
<i>Article 39</i>	<i>Art. L. 441-1</i>	Décret en Conseil d'Etat	Saisine de la commission consultative de retrait en cas de non renouvellement d'agrément (modification des arts. R. 441-7 et R. 441-11)
<i>Article 39</i>	<i>Art. L. 442-1</i>	Décret	Projet d'accueil personnalisé (modification des annexes 3-8-1 et 3-8-2)
<i>Article 39</i>	<i>Art. L. 442-1</i>	Décret (décret en Conseil d'Etat si modification de l'art. R. 442-1)	Garantie de l'exercice des droits et libertés individuels et possibilité de recourir aux dispositifs des arts L. 311-5 et L. 311-5-1 (personne qualifiée et personne de confiance) (modification des annexes 3-8-1 et 3-8-2, voire de l'art. R. 442-1 (article relatif au règlement des litiges devant le tribunal d'instance)
<i>Article 39</i>	<i>Art. L. 443-11</i>	Décret	Définition des objectifs, du contenu, de la durée et des modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue des accueillants familiaux (arts D. 443-1 et suivants à insérer dans le chap. III « dispositions communes » du titre IV)
<i>Article 39</i>	<i>Arts. L. 1271-1 et L. 1271-2 CT</i>	Décret	Elargissement du CESU à l'accueil familial. Mise en cohérence des dispositions réglementaires d'application des articles L. 1271-1 et L. 1271-2 du code du travail
<i>Art. 40</i>	<i>Art. L.342-2</i>	Décret	relatif à la liste de prestations minimales relatives à l'hébergement, dites « socle de prestations ».
<i>Art 41</i>	<i>Art. L 312-9</i>	Décret	relatif à la transmission à la CNSA des informations relatives aux capacités d'hébergement et aux tarifs des établissements et services pour personnes âgées.
<i>Article 45</i>	<i>Art. L. 313-1-1</i>	Décret en Conseil d'Etat à l'exception des seuils mentionnés au présent article, qui le sont par décret.	relatif aux conditions d'application de l'article L. 313-1-1.
<i>Article 45</i>	<i>Art. L. 313-1-1</i>	Décret	relatif au seuil en deçà duquel les projets d'extension des établissements n'excédant pas une capacité de 10 lits ou places sont dispensés d'appel à projets.
<i>Article 46</i>	<i>Art. L. 149-2</i>	Décret	Composition du Haut Conseil de l'âge, modalités de désignation de ses membres et modalités de fonctionnement
<i>Article 46</i>	<i>Art. L. 149-1</i>	Décret	Suppression du comité national des retraités et des personnes âgées (abrogation des articles D.149-1 à D149-6)

<i>Article 47</i>	<i>Art. L. 14-10-7-1</i>	Décret	Contenu de la convention pluriannuelle signée entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le président du conseil général, fixant leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
<i>Article 49</i>	<i>Art. L. 146-3</i>	Décret CE après avis de la CNIL	Conditions d'applications des dispositions prévoyant les remontées d'informations obligatoires des MDPH à la CNSA, notamment modalités de transmission normalisées des données.
<i>Article 50</i>	<i>Art. L. 232-21</i>	Décret	Définition des données comptables relatives aux dépenses nettes d'APA que les départements doivent transmettre à la CNSA et des conditions de leur transmission.
<i>Article 50</i>	<i>Art. L. 232-21-1</i>	Décret	Définition des données relatives aux décisions d'attribution par le département de l'allocation personnalisée d'autonomie et sur les caractéristiques de leurs bénéficiaires transmises par les départements au ministre chargé des personnes âgées et des conditions de leur transmission.
<i>Art 50</i>	<i>Art L 232-21-2</i>	Décret	Conditions de transmission par les départements au ministre chargé des personnes âgées des données individuelles relatives à l'APA et à l'ASH
<i>Art.50</i>	<i>Art. L.232-21-3 II</i>	Décret en CE après avis de la CNIL	Conditions dans lesquelles les départements recourent au NIR des bénéficiaires de l'APA pour attribuer, gérer et contrôler l'APA
<i>Article 51</i>	<i>Art. L. 247-2</i>	Décret	Conditions d'utilisation par les MDPH d'un système d'information commun, interopérables avec les SI des départements et de la CNSA.
<i>Article 52</i>	<i>Art. L. 113-3</i>	Décret en Conseil d'Etat pris après avis de la CNIL	Nature des informations et conditions de transmission entre professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires.
<i>Article 55</i>	<i>Art. 134-1 – L134-2</i>	Ordonnance	Habilitation à légiférer par ordonnances sur l'organisation du contentieux de l'aide sociale. Délai de 18 mois à compter de la publication de la loi.
<i>Article 56</i>	<i>Art. L.521-3</i>	Décret en Conseil d'Etat	Conditions particulières d'application des dispositions relatives à la conférence des financeurs en Guyane
<i>Article 56</i>	<i>Art. L.581-10</i>	Décret en Conseil d'Etat	Conditions particulières d'application des dispositions relatives à la conférence des financeurs à Saint-Martin et Saint-Barthélemy
<i>Article 56</i>	<i>Art. L.531-10</i>	Décret en Conseil d'Etat	Conditions particulières d'application des dispositions relatives à la conférence des

			financeurs à Saint-Pierre-et-Miquelon
<i>Article 57</i>	<i>Article L. 14-10-7</i>	Décret en conseil d'Etat	Critères de répartition des concours PCH aux collectivités d'Outre-mer Saint-Martin et Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon
<i>Article 63</i>		Décret	Fixation du seuil du plan d'aide entraînant le réexamen de la situation et des droits des bénéficiaires de l'APA Fixation du taux de majoration du plan d'aide.
<i>Article 64</i>	<i>Art. L. 443-11</i>	Décret	Conditions d'application des dispositions de l'article L. 443-11 nouveau du code de l'action sociale et des familles aux personnes qui disposent, à la date de publication de la présente loi, de l'agrément prévu à l'article L. 441-1 du même code (accueil familial).

