

N° 2155

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 juillet 2014.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE  
LOI, *relatif à l'adaptation de la société au vieillissement*,

PAR MME MARTINE PINVILLE,

Députée.

---

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1994 et 2119.



## SOMMAIRE

	Pages
<b>INTRODUCTION</b> .....	11
<b>I. RÉPONDRE AUX ENJEUX DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE</b> .....	15
<b>II. FINANCER ET ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b> .....	20
<b>A. LES RESSOURCES NOUVELLES ISSUES DE LA CASA</b> .....	20
1. Le financement de la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie .....	20
2. L'affectation du produit de la CASA à la perte d'autonomie .....	21
<b>B. L'AMÉLIORATION DE LA GOUVERNANCE NATIONALE</b> .....	23
1. Le Haut Conseil de l'âge .....	23
2. Le rôle de pilotage confié à la CNSA .....	24
3. Les systèmes d'information .....	26
<b>C. L'ENGAGEMENT DE LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE LOCALE</b> .....	27
1. Des avancées notables .....	27
2. L'essentiel reste cependant à mettre en place .....	28
<b>III. CHANGER LE REGARD DE LA SOCIÉTÉ ET LE QUOTIDIEN DES AÎNÉS</b> .....	29
<b>A. LES DROITS ET LA PARTICIPATION DES PERSONNES ÂGÉES</b> .....	29
1. Vieillesse et participation à la vie de la cité .....	29
2. Vieillesse et respect des droits .....	30
<b>B. L'ADAPTATION DU CADRE DE VIE</b> .....	36
1. Adapter les transports et l'urbanisme .....	36
2. Améliorer l'offre de logements avec services .....	37
<b>C. LES CONDITIONS DU MAINTIEN À DOMICILE</b> .....	39
1. L'amélioration de l'APA à domicile .....	39
2. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile .....	43
3. L'identification et le soutien des proches aidants .....	47
4. Le développement de l'accueil familial .....	50

<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	51
<b>AUDITIONS DE LA MINISTRE</b> .....	51
<b>EXAMEN DES ARTICLES</b> .....	83
<b>TITRE PRÉLIMINAIRE DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION</b> .....	83
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Impératif national d'adaptation de la société au vieillissement.....	83
<i>Après l'article 1<sup>er</sup></i> .....	85
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé définissant les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement.....	88
<b>TITRE I<sup>ER</sup> : ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b> .....	115
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – L'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention</b> .....	115
<i>Article 3</i> (Art.L. 233-1, L. 233-2, L. 233-3, L. 233-4 et L. 233-5 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) : Instauration d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.....	115
<i>Article 4</i> (Art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) : Financement des actions de prévention de la perte d'autonomie sur la section V du budget de la CNSA..	124
<i>Article 5</i> (Art. L. 14-10-10 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Répartition des concours de la CNSA.....	129
<b>Chapitre II – L'action sociale inter-régimes des caisses de retraite</b> .....	131
<i>Article 6</i> (Art. L. 115-2-1 et L. 115-9 [nouveaux] du code de la sécurité sociale) : Recueil d'informations et coordination des régimes de sécurité sociale.....	131
<i>Article 7</i> (Art. L. 113-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Modalités de la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie par les départements et les organismes de sécurité sociale.....	133
<b>Chapitre III – Lutte contre l'isolement</b> .....	136
<i>Article 8</i> (Art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) : Financement des actions de formation au profit des intervenants bénévoles par la CNSA.....	136
<b>TITRE II : ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT</b> .....	139
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – Vie associative</b> .....	139
<i>Article 9</i> (Art. L. 120-17 du code du service national) : Conditions de délivrance d'une attestation de tutorat.....	139
<i>Article 10</i> (Art. L. 480-1, L. 480-2, L. 480-3 et L. 480-4 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) : Instauration d'un volontariat civique sénior.....	142
<b>Chapitre II – Habitat collectif pour personnes âgées</b> .....	146

<i>Section 1 : Les résidences autonomie et les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées</i> .....	146
<i>Article 11</i> (Art. L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles) : Mission de prévention de la perte d'autonomie des logements-foyers accueillant des personnes âgées .....	146
<i>Article 12</i> (Art. L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation) : Durée des contrats d'accueil et contenu des règlements intérieurs des logements-foyers accueillant des personnes âgées et des adultes handicapés .....	160
<i>Article 13</i> (Art. L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles) : Revalorisation des redevances des logements-foyers conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement et non habilités à l'aide sociale.....	162
<i>Article 14</i> (Art. L. 411-10 du code de construction et de l'habitation) : Amélioration du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux.....	164
<i>Section 2 : Les autres formes d'habitat avec services</i> .....	167
<i>Article 15</i> (Art. 41-1 à 41-5, 41-6 [nouveau] et 41-7 [nouveau] de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, art. L. 7232-1-2 du code du travail) : Sécurisation de la gestion des résidences-services.....	167
<i>Après l'article 15</i> .....	177
<i>Article additionnel après l'article 15</i> : Rapport au Parlement sur le logement intergénérationnel.....	181
<b>Chapitre III – Territoires, habitats et transports</b> .....	182
<i>Article 16</i> (Art. L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation) : Prise en compte du vieillissement dans les programmes locaux de l'habitat.....	182
<i>Article additionnel après l'article 16</i> (article L. 122-1-2 du code de l'urbanisme) : Prise en compte du vieillissement par les schémas de cohérence territoriale .....	183
<i>Article 17</i> (Art. L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales) : Prise en compte des personnes âgées dans les commissions communales pour l'accessibilité.....	184
<i>Après l'article 17</i> .....	186
<i>Article 18</i> (Art. L. 1214-2 et L. 1231-8 du code des transports) : Prise en compte de l'avancée en âge dans les transports urbains .....	187
<b>Chapitre IV – Droits, protection et engagements des personnes âgées</b> .....	188
<i>Section 1 : Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées</i> .....	188
<i>Article 19</i> (Art. L. 113-1, L. 113-1-1 et -2 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) : Droits des personnes âgées à un accompagnement adapté .....	188
<i>Article 20</i> (Intitulé du chapitre 1er du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles) : Substitution de la notion d'accueil à la notion de placement.....	191

<i>Article 21</i> (Art. L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles) : Substitution de la notion d'accueil à la notion de placement .....	192
<i>Article 22</i> (Art. L. 311-3, L. 311-4, L. 311-4-1 [nouveau] et L.311-5-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Renforcement des droits et libertés des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux .....	194
<i>Après l'article 22</i> .....	207
<i>Section 2 : Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles...</i>	210
<i>Article 23</i> (Art. L 116-4 [nouveau], L 331-4 et L 443-6 du code de l'action sociale et des familles) : Extension de l'incapacité spéciale à recevoir des libéralités.....	210
<i>Après l'article 23</i> .....	215
<i>Article 24</i> (Art. 911 du code civil) : Nullité des dons et legs adressés à des personnes morales par simulation ou interposition .....	215
<i>Article 25</i> (Art. L 331-8-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Obligation de signalement des situations de maltraitance.....	217
<i>Article additionnel après l'article 25 (Article 2-8 du code de procédure pénale) : Possibilité pour les associations de défense de personnes âgées de se porter partie civile</i> .....	222
<i>Section 3 : Protection juridique des majeurs</i> .....	223
<i>Article 26</i> (Art. L. 471-6 et L. 471-8 du code de l'action sociale et des familles) : Généralisation de l'obligation de délivrance du document individuel de protection des majeurs .....	223
<i>Article additionnel après l'article 26</i> (Art. L. 471-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Incompatibilité des activités de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel et de délégué mandataire .....	229
<i>Article 27</i> (Art. L. 472-1 et L. 472-1-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Organisation d'appels à candidatures pour la délivrance de l'agrément des mandataires individuels .....	229
<i>Article additionnel après l'article 27</i> (Art. 477 du code civil) : Durée maximale de validité et modalités d'enregistrement du mandat de protection future .....	232
<i>Article 28</i> (Art. L. 3211-6 du code de la santé publique) : Extension aux personnes hébergées dans un établissement médico-social du placement sous sauvegarde de justice par déclaration médicale.....	234
<i>Article additionnel après l'article 28</i> (Art. 26 du code civil) : Déclaration de nationalité française par un étranger ascendant de Français et présent sur le territoire depuis vingt-cinq ans .....	236
<i>Après l'article 28</i> .....	240

<i>Article additionnel après l'article 28</i> (Art. L. 816-1 du code de la sécurité sociale) : Vérification de la condition d'antériorité de résidence pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées .....	243
<b>TITRE III ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b> .....	244
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – Revaloriser et améliorer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile</b> .....	244
<i>Article 29</i> (Art. L. 232-3, L. 232-3-1 [nouveau], L. 232-4, L. 232-6, L. 232-7, L. 232-12, L. 232-14, L. 232-15 et L. 232-18 du code de l'action sociale et des familles) : Diversification et amélioration des plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie .....	244
<i>Article additionnel après l'article 29</i> (Art. L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales) : Convention de mandat pour le paiement des chèques d'accompagnement personnalisé .....	255
<i>Article 30</i> (Art. L. 153 A [nouveau] du livre des procédures fiscales) : Transmission d'informations des administrations fiscales aux services chargés d'apprécier les ressources des bénéficiaires de l'APA .....	256
<i>Après l'article 30</i> .....	257
<b>Chapitre II – Refonder l'aide à domicile</b> .....	260
<i>Article 31</i> (Art. L. 313-11-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des services d'aide et d'accompagnement à domicile .....	260
<i>Article 32</i> : Prolongation de l'expérimentation de nouvelles modalités d'allocation de ressources aux services d'aide et d'accompagnement à domicile .....	265
<i>Article 33</i> : Procédure d'autorisation avec dispense d'appel à projet pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés .....	271
<i>Article 34</i> : Possibilité pour les services polyvalents d'aide et de soins à domicile d'opter pour un mode d'organisation intégré .....	278
<b>Chapitre III – Soutenir et valoriser les proches aidants</b> .....	283
<i>Article 35</i> (Art. L. 113-1-3 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Définition du proche aidant de la personne âgée .....	283
<i>Après l'article 35</i> .....	286
<i>Article 36</i> (Art. L. 232-3-2 et L. 232-3-3 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) : Augmentation du plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en cas d'absence temporaire du proche aidant .....	286
<i>Article 37</i> Expérimentation de la suppléance des proches aidants par « <i>baluchonnage</i> » ....	289

<b>Chapitre IV – Dispositions financières relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie et au soutien à la valorisation des proches aidants</b> .....	295
<i>Avant l'article 38</i> .....	295
<i>Article 38</i> (Art. L. 14-10-5, L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles) : Revalorisation de l'APA grâce aux ressources issues de la CASA .....	296
<b>Chapitre V – Soutenir l'accueil familial</b> .....	301
<i>Article 39</i> (Art. L. 441-1, L. 441-2, L. 442-1, L. 443-11 [nouveau] du code de l'action et des familles, L. 1271-1, L. 1271-2, L. 1271-3 du code du travail, et L. 133-8 du code de la sécurité sociale) : Renforcement de l'accueil familial à titre onéreux de personnes âgées et handicapées .....	301
<b>Chapitre VI – Clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b> .....	311
<i>Article 40</i> (Art. L. 342-2, L. 342-3 et L. 342-4 du code de l'action sociale et des familles) : Création d'un tarif socle d'hébergement dans les EHPAD non habilités à l'aide sociale .....	311
<i>Après l'article 40</i> .....	316
<i>Article 41</i> (Art. L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles) : Transmission par les ESMS d'informations tarifaires à la CNSA .....	317
<i>Article 42</i> (Art. L. 315-16 et L. 314-12-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Élargissement à l'ensemble des établissements de la faculté de saisir le juge aux affaires familiales en cas d'impayés de prestations facturées aux résidents .....	318
<i>Article 43</i> (Art. L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles) : Possibilité de recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale à l'encontre des décisions du représentant de l'État dans la région .....	321
<i>Après l'article 43</i> .....	323
<b>Chapitre VII – Améliorer l'offre médico-sociale sur le territoire</b> .....	324
<i>Article 44</i> (Art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles) : Clarification du cadre juridique applicable aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale .....	324
<i>Après l'article 44</i> .....	326
<i>Article 45</i> (Art. L. 313-1-1, L. 313-2, L. 313-3, L. 313-6, L. 315-2, L. 531-6, L. 581-7 du code de l'action sociale et des familles) : Facilitation et simplification de la mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appel à projet des ESMS .....	326
<i>Après l'article 45</i> .....	333



<b>TITRE IV GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE</b> .....	334
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – Gouvernance nationale</b> .....	334
<i>Section 1 : Le Haut Conseil de l'âge</i> .....	334
<i>Article 46</i> (Art. L. 149-1 et L. 149-2 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Création d'un Haut Conseil de l'âge .....	334
<i>Section 2 : Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie</i> .....	341
<i>Article 47</i> (Art. L. 14-10-1, art. L. 14-10-7, art. L. 14-10-7-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Élargissement des missions et de la gouvernance de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie .....	341
<i>Article 48</i> (Art. L. 114-5 et art. L. 114-8 du code de la sécurité sociale) : Référentiel comptable applicable et obligation de nommer un commissaire aux comptes .....	346
<i>Section 3 : Systèmes d'information</i> .....	347
<i>Article 49</i> (Art. L. 146-3-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) : Définition homogène du contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées .....	347
<i>Article 50</i> (Art. L. 232-21, L. 232-21-1, L. 232-21-2, L. 232-21-3 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) : Gestion et suivi statistique .....	351
<i>Article 51</i> (Art. L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles) : Système d'information des maisons départementales des personnes handicapées .....	354
<b>Chapitre II – Gouvernance locale</b> .....	355
<i>Section 1 : La coordination dans le département</i> .....	356
<i>Article 52</i> (Art. L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles) : Instauration de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie et modalités d'échange d'informations .....	356
<i>Article 53</i> (Art. L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles) : Participation des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité à l'élaboration des schémas d'organisation médico-sociale ...	360
<i>Article 54</i> (Art. L. 1431-2 et L. 1434-12 du code de la santé publique) : Compétence des agences régionales de santé et élargissement du périmètre des schémas régionaux d'organisation médico-sociale pour la prise en compte du besoin de répit des proches aidants .....	362
<i>Section 2 : Organisation du contentieux de l'aide sociale</i> .....	366
<i>Article 55</i> : Organisation du contentieux de l'aide sociale .....	366

<b>TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER</b> .....	370
<i>Article 56</i> (Art. L. 521-2, L. 521-3, L. 581-10, L. 531-10 [nouveaux], L. 542-3, L. 541-1, L. 543-4, L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles) : Adaptation du projet de loi aux départements et collectivités d'outre-mer.....	370
<i>Article 57</i> (Art. L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles) : 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.....	377
<b>TITRE VI DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES</b> .....	380
<i>Article 58</i> : Remise au Parlement par le Gouvernement de deux rapports sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi.....	381
<i>Article 59</i> : Suppression de la section V <i>bis</i> du budget de la CNSA le 1 <sup>er</sup> janvier 2015 .....	381
<i>Article 60</i> : Entrée en vigueur des dispositions relatives aux prestations minimales fournies par les résidences autonomes .....	381
<i>Article 61</i> : Entrée en vigueur des dispositions de l'article 14 relatives au répertoire des logements locatifs sociaux.....	382
<i>Article 62</i> : Délai de mise en conformité des livrets d'accueil des établissements et des contrats de séjour .....	383
<i>Article 63</i> : Délais de réexamen des situations et droits des bénéficiaires actuels de l'APA .....	384
<i>Article 64</i> : Entrée en vigueur des dispositions relatives aux accueillants familiaux .....	385
<i>Article 65</i> : Exclusion des contrats en cours du champ des dispositions relatives au tarif socle.....	386
<i>Article 66</i> (Art. L. 146-3 et L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles) : Entrée en vigueur des dispositions en matière de suivi statistique .....	387
<b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....	389
<b>ANNEXE À L'ARTICLE 2</b> .....	515
<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR</b> ( <i>par ordre chronologique</i> ).....	569

## INTRODUCTION

Comme dans tous les pays européens voisins, on observe en France une croissance importante et continue du nombre des personnes âgées : le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement se veut une réponse forte à cette réalité.

L'augmentation de la longévité constitue un défi, mais aussi une chance. Les politiques sociales ne sauraient en effet se réduire à la prise en charge, passive, du coût de la perte d'autonomie, perçue comme la conséquence négative et inéluctable du vieillissement de la société.

Une approche ambitieuse exige au contraire d'anticiper la transition démographique afin de créer les conditions du « bien vieillir » dans un cadre adapté, et donc de prévenir un accroissement important du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie. Fruit d'une longue concertation qui a rassemblé l'ensemble des acteurs du vieillissement, aux plans national et local, jusqu'aux représentants des secteurs du logement, des services et des transports, le projet de loi couvre l'ensemble des domaines qui peuvent avoir une incidence sur la capacité des personnes âgées à bien vivre leur vieillesse.

Dès lors que la part des personnes âgées dans la population est amenée à croître et que le temps de la vieillesse s'allonge, les modes de vie et de consommation évoluent ; s'y adapter constitue notamment un enjeu économique afin de répondre à la demande de services, de loisirs, d'équipements, de transports, de logements et de quartiers adaptés aux besoins du grand âge.

L'adaptation de la société au vieillissement nécessite également de changer le regard de notre société sur les personnes âgées. Il convient de renoncer aux visions misérabilistes de la vieillesse qui doit être un temps de liberté, non seulement pour les jeunes retraités mais également pour les âgés les plus fragiles.

L'âge, en soi, n'entraîne pas nécessairement d'incapacités. Néanmoins il occasionne des fragilités, qui peuvent être accentuées par le mode de vie, par une adaptation insuffisante du cadre de vie ou par un mauvais accès aux soins, ou encore par les inégalités sociales. Dès lors, il importe de faire de la réduction des inégalités d'accès aux aides la première ambition de toute politique sociale en matière de vieillesse : l'adaptation des dispositifs existants en fonction des fragilités et des parcours de chacun est précisément une des lignes directrices du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Centré sur la prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement du vieillissement à domicile, en réponse aux aspirations de la majorité de nos concitoyens, ce projet de loi d'orientation fait ainsi de l'adaptation de la société au vieillissement une priorité de l'ensemble des politiques publiques. Cette priorité se traduit par l'affectation pleine et entière du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie au financement des différentes mesures du projet de loi : dans le contexte budgétaire actuel, l'apport de près de 650 millions d'euros d'une recette pérenne et dynamique doit incontestablement être salué. La priorité accordée à la prévention pourra également se traduire lors de l'examen des textes à venir, en particulier du projet de loi de santé publique.

Parce qu'il n'est pas de politique de la vieillesse sans respect des droits des aînés qui sont fondamentalement des citoyens comme les autres, le projet de loi garantit l'exercice des droits par la personne âgée en situation de fragilité. Il affirme pour la première fois le droit de toute personne âgée qui bénéficie d'une aide publique au respect de son projet de vie : le libre choix entre domicile et établissement est ainsi consacré. De même, lorsqu'une personne est accueillie en établissement, notamment médicalisé, le projet de loi consacre la liberté d'aller et venir au même titre que le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité. Ce texte encadre strictement les restrictions qui pourraient y être apportées dans le seul but de garantir l'intégrité physique et la sécurité des personnes les plus fragiles. Et chacun pourra désigner une « personne de confiance » pour l'accompagner dans ses démarches et l'aider dans ses décisions relatives à sa prise en charge médico-sociale.

Ensuite, l'objectif de prévention a dicté la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le projet de loi maintient le périmètre des bénéficiaires de l'APA, y compris en cas de pertes d'autonomie légères, contrairement aux approches restrictives qui ont, par le passé, proposé de réserver l'allocation aux plus fortes pertes d'autonomie : ceci allait à l'encontre de l'objectif de prévention. Apporter les aides de manière précoce, contribue à prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie.

Le projet de loi consacre donc, en année pleine, 450 millions d'euros supplémentaire à cette allocation, qui financeront des aides nouvelles justifiées par une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins, de façon personnalisée, pour mieux prendre en compte l'environnement de vie et la contribution des proches aidants, également reconnus pour la première fois.

Cet « acte II » de l'APA à domicile se double de l'engagement d'une refondation du secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile : le projet de loi définit de nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens permettant d'associer aux départements, dans un cadre incitatif, l'ensemble des intervenants, qu'ils bénéficient déjà d'une autorisation en tant que service social et médico-social ou seulement de l'agrément préfectoral comme services à la personne.

Des objectifs de qualification et de promotion des personnels pourront être définis, en cohérence avec le plan des métiers de l'autonomie engagé par le Gouvernement. À terme, la tarification des services à domicile dépassera la simple tarification horaire actuelle, afin de mieux valoriser la qualité de l'accompagnement.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile participeront ainsi du renforcement de la planification gérontologique. C'est un gage d'amélioration de la cohérence entre accompagnement à domicile et en établissement. L'expérimentation d'une gestion intégrée des services polyvalents d'aide et de soins à domicile va en outre permettre de dépasser le cloisonnement entre d'une part le secteur social et médico-social, et d'autre part le secteur sanitaire.

De même, le projet de loi améliore les conditions d'exercice de l'accueil familial, renforce la formation des accueillants familiaux et apporte de nouvelles garanties, qui devront être approfondies.

L'accent mis sur la qualité de l'accompagnement se double de nouvelles garanties en matière de prévention de la maltraitance, de promotion de la bientraitance, ainsi que de protection des personnes fragiles contre la « maltraitance financière ».

Le projet de loi donne également un nouveau souffle aux formes d'habitat regroupé qui permettent, notamment aux plus modestes, de bénéficier d'un logement ainsi que de services. Les logements-foyers pour personnes âgées sont renommés « résidences autonomie » : leur gestion est simplifiée et leurs missions en matière de prévention de la perte d'autonomie sont consacrées. Ces structures bénéficieront d'une aide financière, « le forfait autonomie », qui financera des actions de prévention de la perte d'autonomie permettant notamment de repérer de façon précoce les personnes les plus vulnérables.

En la matière, la conférence des financeurs dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie constitue une avancée majeure pour coordonner les financeurs locaux, l'agence nationale d'amélioration de l'habitat, ainsi que l'action sociale des caisses et des complémentaires de retraite.

La question de la gouvernance paraît donc cruciale. Il faut développer des politiques d'ensemble de la vieillesse comme il existe des politiques d'ensemble de la jeunesse. En matière de jeunesse, le cadre actuel permet la mobilisation des différents acteurs pour accompagner et faciliter l'acquisition de l'autonomie ; en matière de vieillesse, il faut parvenir à faire de même pour préserver le capital d'autonomie, en prévenant puis en compensant la perte.

Au plan national, le projet de loi crée ainsi le Haut Conseil de l'âge, placé auprès du Premier ministre, qui aura vocation à se saisir de toutes questions concernant l'adaptation de la société au vieillissement.

Les fonctions de coordination et d'animation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sont également renforcées : elle est en effet devenue en quelques années une instance reconnue et crédible. Elle va pouvoir exercer de nouvelles compétences de prévention, d'appui méthodologique ou encore d'information du public qui amélioreront la coordination et le pilotage des politiques de l'autonomie.

Mais des interrogations persistent concernant la gouvernance locale des politiques de l'autonomie. L'avant-projet de loi examiné par le Conseil économique, social et environnemental consacrait de nouvelles instances de gouvernance au niveau local. Elles ne figurent plus dans le projet de loi en raison de l'engagement d'une grande réforme territoriale, attendue par nos concitoyens, et en cours de discussion devant le Parlement.

Il est indispensable d'organiser la mise en cohérence et l'animation des actions d'accompagnement de la perte d'autonomie sur un même territoire, celui du département paraissant le plus pertinent à votre rapporteure. L'ensemble des acteurs concernés sur ce territoire – collectivités territoriales, financeurs, associations de personnes âgées, familles, professionnels – gagneront à ce que soit formalisé et systématisé un cadre institutionnel de dialogue et de décision commun.

La mise en cohérence avec la réforme territoriale paraît donc incontournable : il faut que l'examen du projet de loi par le Parlement permette de refondre les outils de gouvernance locale dans ce domaine au niveau du département ; de même les maisons départementales de l'autonomie, qui existent déjà dans certains départements, doivent se voir consacrées.

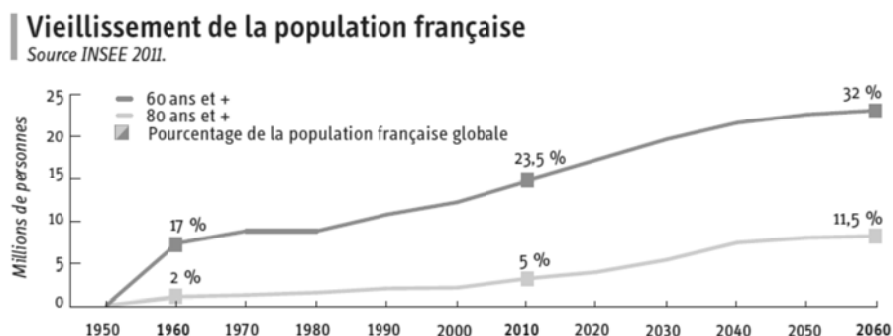
L'enjeu de l'adaptation de la société au vieillissement dépasse les clivages politiques : il ne saurait faire l'objet de querelles partisans, tant son appropriation dans chaque commune et dans chaque département est cruciale afin de rendre notre cadre de vie « *ami des aînés* » et donc porteur d'améliorations pour tous.

L'examen du texte du projet de loi par la commission des affaires sociales a d'ores et déjà permis des améliorations : certaines ont suscité un vote unanime. Votre rapporteure émet donc le vœu que l'examen de ce projet de loi par le Parlement se caractérise par une réflexion collective, des approches constructives et rassemble le plus largement la représentation nationale autour d'un impératif de solidarité nationale qui nous concerne toutes et tous.

## I. RÉPONDRE AUX ENJEUX DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

### ● *Le défi du vieillissement*

Selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans vivant en France atteindrait 23,6 millions en 2060 parmi lesquels 11,9 millions auraient plus de 75 ans et 5,4 millions plus de 85 ans<sup>(1)</sup>. La part des plus de 60 ans connaîtra ainsi une augmentation continue pour atteindre 32% de la population en 2060. Un habitant sur trois sera donc âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005, ce que montre le graphique ci-après.



Source : « Les chiffres clés de l'autonomie », CNSA, 2012.

L'accroissement est le plus fort entre 2006 et 2035, le nombre de personnes de plus de 60 ans passant de 12,8 à 20,9 millions, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses nées entre 1946 et 1975. La hausse sera donc plus modérée entre 2035 et 2060.

C'est donc dès maintenant que notre société doit anticiper cette évolution et s'y adapter comme le propose le projet de loi.

Certes, il n'existe pas de consensus sur l'âge à partir duquel une personne est considérée comme âgée, ainsi que l'a récemment souligné un avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme sur l'effectivité des droits des personnes âgées<sup>(2)</sup>. Toutefois, le seuil applicable correspond généralement à l'âge légal de départ à la retraite ou à celui que fixent les prestations légales.

Un facteur décisif correspond à l'état de santé des personnes âgées dans les prochaines décennies : il peut être mesuré par l'espérance de vie en bonne

(1) INSEE, *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*, juillet 2006.

(2) Commission nationale consultative des droits de l'homme, « Avis sur l'effectivité des droits des personnes âgées », JORF n° 0176 du 31 juillet 2013, texte n° 101.

santé, c'est-à-dire sans incapacité. Des incertitudes pèsent sur les projections mais selon les études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère des affaires sociales et de la santé, la progression de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans serait limitée et le nombre d'années supplémentaires en bonne santé varierait entre 4,5 et 5,3 années pour les hommes, et entre 3,5 et 4,9 années pour les femmes.

L'adaptation de la société au vieillissement est donc particulièrement nécessaire au vu de ce tassement de l'espérance de vie en bonne santé, illustré par le graphique ci-après. Mais le taux de dépendance des plus de 60 ans augmenterait plus fortement pour les niveaux de dépendance modérés : une politique d'anticipation et de prévention peut dès lors être efficace, en s'efforçant de détecter de manière précoce les pertes d'autonomie légères, en prévenant leur survenance et en évitant leur aggravation.



*Espérance de vie en bonne santé, INSEE, décembre 2012*

En outre, l'analyse des différences d'espérance de vie selon les catégories sociales témoigne de l'effet important des inégalités sociales sur les conditions du vieillissement.

Les inégalités en termes d'espérance de vie s'atténuent légèrement avec l'âge mais épousent les inégalités sociales. L'impact des métiers pénibles, des parcours heurtés et des emplois précaires, mais encore les différences de genre, ont un impact réel sur le gain d'espérance de vie et la qualité de vie de ces années supplémentaires. Ainsi, à 35 ans, l'espérance de vie des cadres sans problèmes sensoriels et physiques est de 34 ans, contre 24 ans chez les ouvriers, soit un écart



de 10 ans. Les hommes cadres vivraient 6,3 années de plus de les ouvriers et les femmes cadres 3 années de plus que les ouvrières <sup>(1)</sup>.

Ces inégalités se maintiennent depuis près de vingt ans et n'ont été modifiées que de manière marginale. La prévention de la perte de l'autonomie doit permettre des améliorations significatives dans ce domaine et constitue un puissant vecteur dans la lutte pour la réduction des inégalités, tout comme d'ailleurs la prise en compte de la pénibilité dans la récente réforme des retraites.

La politique d'adaptation de la société au vieillissement ne saurait ainsi s'analyser comme la simple gestion d'une « charge », illustrée par la notion de coût global de la dépendance, décrite dans l'encadré ci-après, qui a focalisé l'attention à la fin de la décennie 2000, lors de la préparation d'un projet de loi dit « dépendance » qui n'a finalement jamais vu le jour.

Le **coût global de la dépendance** <sup>(2)</sup> recouvre les financements publics consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie : en 2010, il représentait 24 milliards d'euros soit 1,3 % du produit intérieur brut.

Ces dépenses publiques comprenaient outre l'APA :

– les dépenses de sécurité sociale reposant sur les dépenses de soins compris dans l'objectif global de dépense, pour 8 milliards d'euros, et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie - soins de ville et hôpital, pour 6 milliards d'euros, soit 14 milliards d'euros ;

– les aides à l'hébergement (2,6 milliards d'euros) ;

– l'action sociale ainsi que les diverses exonérations fiscales en lien avec la perte d'autonomie (1,9 milliards d'euros).

Selon le périmètre des dépenses, le taux de couverture publique s'élève de 68 % à 77 %. Les dépenses à domicile sont financées à hauteur de 86% par la puissance publique et de 72 % pour les dépenses en établissement.

### ● *Les opportunités du vieillissement*

Or la transition démographique ne se réduit pas à l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. L'avancée en âge constitue à la fois un défi à relever et une réelle opportunité à saisir car elle enrichit notre tissu démographique de classes d'âges supplémentaires qui ont des besoins spécifiques mais qui sont majoritairement autonomes.

---

(1) « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », Nathalie Blanpain, division Enquêtes et études démographiques, Insee, n°1372, octobre 2011.

(2) Bertrand Fragonard, « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées », - Rapport du groupe n°4 sur la prise en charge de la dépendance, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, juin 2011.

Le projet de loi vise ainsi à atteindre un objectif global dont le champ dépasse celui de la seule prise en charge de la dépendance. Il s'agit en effet de faire face aux enjeux sur la longue durée sans se cantonner aux conséquences négatives de l'évolution démographique en cours. Dans son avis rendu le 26 mars 2014, le Conseil économique, social et environnemental, s'est ainsi félicité du changement de regard dont témoigne cette distinction entre vieillesse et dépendance.

Tout d'abord, les projections démographiques et les nouveaux besoins des âgés sont à la base de nouveaux marchés pour nos entreprises et constituent un réel potentiel de croissance. La « Silver économie » recouvre ainsi la filière industrielle des entreprises qui investissent la thématique du vieillissement, sur un champ très large, des nouvelles technologies à destination des âgés aux services de l'aide à l'autonomie en passant par les offres assuranciennes et bancaires.

Les acteurs de cette filière ont bénéficié de l'appui du Gouvernement tout au long de l'année 2013, aboutissant à la signature du contrat de filière le 12 décembre 2013. L'État, les collectivités locales, les agences et opérateurs publics ainsi que les acteurs privés se sont ainsi engagés à agir selon leur champs de compétence dans une démarche partenariale et à participer de manière active au développement, à l'accompagnement et la promotion des projets. L'investissement des entreprises françaises dans ce domaine doit permettre de structurer une industrie de pointe du vieillissement, afin de répondre à la demande de plus de 900 millions de seniors dans le monde.

La prise en compte du vieillissement constitue également une opportunité pour améliorer globalement nos politiques publiques. Les comparaisons internationales montrent qu'aucun pays n'a jusqu'à présent vraiment pris en compte dans des politiques transversales et cohérentes cette révolution de l'avancée en âge. Il apparaît toutefois que la prévention ainsi que l'adaptation de la société aux besoins du plus grand nombre se sont imposées comme des objectifs consensuels dans l'ensemble des pays de l'OCDE <sup>(1)</sup>.

Les politiques de l'âge apparaissent encore très ciblées et sectorisées, dans le domaine de la santé et des services sociaux pour l'essentiel. Or relever le défi du vieillissement, c'est aussi contribuer à améliorer des politiques sociales qui, au final, profitent à l'ensemble de la société.

Anticiper la perte d'autonomie, c'est ainsi repérer les moments de « rupture » dans les trajectoires individuelles, qui peuvent déclencher ou aggraver les fragilités. La préparation de la cessation d'activité professionnelle est sur ce plan décisive, de même que l'amélioration des conditions de travail pendant tout le parcours professionnel. La promotion de l'activité physique et sportive visant à permettre une avancée en âge en bonne santé constitue de même un des objectifs majeurs des politiques de santé publique, à tous les âges de la vie.

---

(1) Martine Pinville, parlementaire en mission, « Relever le défi politique de l'avancé en âge, perspectives internationales », Rapport remis à M. le Premier Ministre, mars 2013.

Enfin, l'encouragement à la participation sociale des aînés, sous la forme du bénévolat ou de l'implication politique et citoyenne dans la vie de la cité est porteur d'améliorations pour toute la société : elle favorise la transmission des savoirs et des valeurs vers les nouvelles générations. De même la lutte contre les discriminations liées à l'âge entre dans le cadre global des politiques de lutte contre les discriminations et en faveur d'une citoyenneté dont les conditions d'exercice ne doivent pas dépendre de l'âge.

Dans cette optique, les politiques publiques manquent aujourd'hui de cohérence. Le projet de loi repose donc sur une approche transversale, qui s'appuie sur les acquis existants en les simplifiant, en les renforçant et en les coordonnant davantage.

Il se nourrit de deux années de travaux préalables importants, à partir de trois rapports remis au Premier ministre en mars 2013. Ainsi le Dr Jean-Pierre Aquino, dans le rapport intitulé « *Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société* », a mis l'accent sur des actions individuelles et collectives telles que la promotion de la santé, la préparation à la retraite, ou encore la lutte contre la maltraitance.

M. Luc Broussy, conseiller général, dans le rapport intitulé « *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France, année zéro* », a préconisé de faire du maintien à domicile une véritable priorité nationale : il envisage une structuration de l'accès à des services de proximité depuis chaque quartier et dans le cadre de chaque politique communale et intercommunale afin de rendre l'espace public plus convivial et de faciliter la mobilité à tous les âges de la vie.

Ces préconisations sont partagées par votre rapporteure, qui, alors parlementaire en mission, a remis le rapport consacré aux perspectives internationales intitulé « *Relever le défi politique de l'avancée en âge* » : elle y insiste sur la participation sociale des aînés, et met l'accent sur les mesures de prévention et la lutte contre les discriminations et la maltraitance.

La préparation du projet de loi s'est en outre nourrie d'une vaste concertation des acteurs dont les conclusions ont été restituées par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre déléguée aux personnes âgées le 12 février 2014.

De fait, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers : l'anticipation, c'est-à-dire une réelle politique de prévention de la perte d'autonomie ; l'adaptation, qui concerne l'ensemble des politiques publiques et vise à changer le regard de la société sur le vieillissement ; et enfin l'accompagnement de la perte d'autonomie, pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que de leurs proches aidants.

## **II. FINANCER ET ORGANISER L'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

Le projet de loi apporte deux réponses majeures aux difficultés liées à l'accompagnement de la perte d'autonomie : il permet d'affecter les ressources nouvelles issues de la Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, la CASA d'une part, et réforme les gouvernances locales et nationales d'autre part.

### **A. LES RESSOURCES NOUVELLES ISSUES DE LA CASA**

#### **1. Le financement de la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie**

Le financement de la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie repose sur deux piliers principaux : une contribution des régimes d'assurance maladie, le sous-objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social, et un pilier fiscal, composé essentiellement de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

Créée en 1991, la CSG contribue pour près de 80 milliards d'euros au financement de la protection sociale. Elle porte sur une assiette importante et dynamique qui comprend : les revenus d'activité et de remplacement, les revenus du patrimoine, les produits de placement et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux. Son assiette comprend la plupart des revenus et concerne les actifs comme les retraités. Elle finance les sections II et IV du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La Caisse est allocataire d'une fraction de 0,1 % de l'assiette de la CSG, soit, en 2012, une ressource de près de 1,2 milliard d'euros.

À la suite de la canicule de 2003 a été instaurée le 1<sup>er</sup> juillet 2004 une contribution spécialement dévolue au financement des mesures d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, la CSA. Elle repose sur les actifs et représente l'équivalent d'un jour travaillé, soit 0,3 % de la masse salariale de l'employeur (assiette des cotisations patronales à l'assurance maladie). Deux contributions analogues la complètent : contribution additionnelle au prélèvement social sur les revenus du patrimoine et celle sur les produits de placement, dont le taux est également fixé à 0,3 %.

Dans ce contexte, le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées souffrait d'un déséquilibre, les ressources provenant très majoritairement des actifs. Face au besoin de ressources, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a instauré une contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, la CASA, qui porte sur les pensions de retraite et d'invalidité des personnes imposables à l'impôt sur le revenu, ainsi que sur les allocations de préretraite, à un taux fixé à 0,3 %. Les titulaires de pensions de retraite ou

d'invalidité non redevables de la CSG et de la CRDS en sont exonérés. La CASA est elle aussi une ressource dynamique qui, en année pleine, génère un apport de près de 650 millions d'euros.

Dans l'attente du projet de loi, l'affectation de la ressource CASA à la CNSA (à la section *V bis* de son budget) a permis de réaffecter un montant équivalent de CSG (soit environ 650 millions d'euros en année pleine) au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Un amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, soutenu par votre rapporteure, a prévu le maintien de 100 millions d'euros à la CNSA pour financer par anticipation les premières mesures d'adaptation de la société au vieillissement, telles que la modernisation des établissements ou l'amélioration de l'APA à domicile.

Le projet de loi prévoit donc techniquement des mesures d'affectation de la CASA non pas à la CNSA (ce qui est déjà le cas via sa section *V bis* provisoire), mais aux six titres de dépenses de la CNSA. Sur le plan budgétaire, cela se traduira donc formellement par un rétablissement de la ressource CSG proportionnellement à l'engagement des nouvelles dépenses : ces mesures seront prises dans le cadre de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

## **2. L'affectation du produit de la CASA à la perte d'autonomie**

Les mesures d'affectation sont décrites dans l'étude d'impact jointe au projet de loi. Elles se décomposent en trois volets, censés monter en charge par paliers d'ici à 2017.

Le premier volet porte sur l'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie. Il consiste en une enveloppe de 185 millions en année pleine, comportant des mesures dont la mise en œuvre prendra effet dès 2015. Ce montant comprend essentiellement les 140 millions d'euros qui seront versés aux départements, sous forme de concours (article 5 du projet de loi).

Ces sommes serviront à financer des mesures décrites à l'article 3, visant à améliorer l'accès aux équipements et aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile ainsi que celles soutenant le développement d'actions collectives de prévention.

Un autre concours, de 40 millions d'euros, servira à financer le forfait autonomie instauré par le projet de loi afin de soutenir les logements-foyers devenus résidences autonomie (article 11 du projet de loi).

Enfin, le solde de cette première enveloppe, à savoir la somme de 5 millions d'euros, permettra de soutenir le Fonds de compensation du handicap, auquel sont éligibles de nombreuses personnes âgées.

Le second volet porte sur l'accompagnement de la perte d'autonomie pour un total de 460 millions d'euros. En année pleine, ces montants seront alloués comme suit :

- Revalorisation de l'APA pour le maintien à domicile en particulier afin de diminuer le ticket modérateur : 153 millions d'euros, conformément à l'article 29 du projet de loi ;
- Allègement des restes à charge pour les plans d'aide les plus lourds (APA) : 197 millions d'euros, également prévu à l'article 29 ;
- Amélioration des conditions de travail dans le secteur de l'aide à domicile : 25 millions d'euros (APA) ;
- Soutien accru aux actions d'aide et d'accompagnement des aidants : 5 millions d'euros (article 8) ;
- Appui et formation en faveur de l'accueil familial : 1 million d'euros (article 8) ;
- Création d'un droit au répit pour les aidants et prise en charge des personnes aidées lorsque leur aidant est hospitalisé (78 millions d'euros), conformément à l'article 36 du projet de loi.

L'addition de ces deux volets donne un montant de 650 millions, soit le produit de la CASA. Cependant, les mesures du second volet tenant à la revalorisation de l'APA ne connaîtront qu'une montée en charge progressive.

L'article 38 du projet de loi prévoit en effet que, compte tenu du temps nécessaire à la mise en place des mesures nouvelles concernant l'APA, la majeure partie de la ressource CASA sera effectivement attribuée au titre II mais au terme de trois paliers, décrits comme suit :

- 39 % de son produit au titre de l'exercice 2015 ;
- 69,5 % au titre de 2016 ;
- 70,5 % au-delà.

Le Gouvernement s'étant engagé à l'affectation pleine et entière de la ressource CASA à l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, cette montée en charge dégage des ressources permettant de créer un troisième volet, transitoire.

Ce troisième volet comprendra 84 millions d'euros, déployés comme suit :

- 40 millions d'euros en garantie du financement d'un plan autonomie géré par l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) pour l'adaptation de 80 000 logements privés ;

- 40 millions d’euros pour alimenter un plan d’aide à l’investissement en faveur des résidences autonomie ;
- 4 millions d’euros pour le fonds de garantie du microcrédit (cette dépense étant étalée sur trois ans).

Ces mesures concrétisent l’engagement du Gouvernement d’affecter l’intégralité de la CASA à la perte d’autonomie et de compenser l’ensemble des mesures nouvelles financées par les départements.

## **B. L’AMÉLIORATION DE LA GOUVERNANCE NATIONALE**

La réussite de la réforme de l’accompagnement de la perte d’autonomie implique une approche « globale » : outre le volet financier, il faut aussi repenser et améliorer l’organisation de l’ensemble des acteurs concernés. Cela passe, d’abord, par une amélioration de la gouvernance au niveau national.

Le projet de loi l’améliore fortement : il vise la mise en cohérence de la conception et du suivi de la politique du vieillissement en créant un Haut Conseil de l’âge d’une part, et renforce la CNSA pour en assurer une mise en œuvre cohérente d’autre part.

### **1. Le Haut Conseil de l’âge**

Ce Haut Conseil, instauré par l’article 46 du projet de loi, assurera des missions assurées à ce jour de façon dispersée et segmentée par plusieurs organismes, en particulier le comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) et le Comité « avancée en âge ».

Actuellement, la consultation du CNRPA par le ministre chargé des personnes âgées est obligatoire sur les projets de textes réglementaires concernant les personnes âgées et portant sur les politiques de prévention de la perte d’autonomie, de soutien à la dépendance, de maintien à domicile, de coordination gérontologique ainsi que sur la qualité des prises en charge par les services et établissements. Il peut également être saisi par le ministre sur toute autre question ou s’autosaisir.

Il anime en outre le réseau des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) placés auprès des présidents de conseils généraux depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités et libertés locales.

En complément, le Gouvernement a créé le 8 octobre 2013 un Comité « avancée en âge » afin de développer la prévention, de promouvoir la santé, préserver la qualité de vie et la dignité des citoyens avançant en âge. Ce comité a été chargé de formuler des propositions pour nourrir le volet anticipation du projet de loi. Il s’agit d’une instance de réflexion chargée de procéder à un état des lieux

et à une synthèse des bonnes pratiques en matière de prévention et d'accompagnement des personnes âgées et qui doit également formuler des propositions opérationnelles pour coordonner les politiques liées à l'avancée en âge.

Afin d'élargir le champ d'intervention de ces instances et d'améliorer les modalités de participation des personnes âgées, des institutions, associations et experts, l'article 46 instaure donc le Haut Conseil de l'âge. Il rassemblera des personnalités qualifiées et pourra traiter de l'ensemble des politiques ayant trait au vieillissement, dans leur conception, comme dans le suivi de leur mise en œuvre. Il pourra être saisi par le Premier ministre ou les ministres intéressés, mais également s'autosaisir. Il proposera des analyses thématiques, ce qui, compte tenu de sa composition, permettra des constats et une méthodologie de suivi consensuels.

La création de cette instance constitue une avancée incontestable. Néanmoins, votre rapporteure considère qu'il serait utile de pousser la logique plus avant afin de rapprocher ce Haut Conseil du Haut Conseil de la famille. Ce « Haut Conseil de la famille et des âges » permettrait aux autorités de disposer d'une expertise forte et reconnue sur un ensemble de domaines souvent imbriqués afin d'aborder les questions s'y rapportant d'une façon non cloisonnée. L'organisation des pouvoirs publics y gagnerait en efficience.

À côté du Haut Conseil, placé auprès du Premier ministre, le projet de loi affirme le rôle de la CNSA comme organisme pivot chargé de la mise en cohérence de la politique d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

## **2. Le rôle de pilotage confié à la CNSA**

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et installée en mai 2005, s'est en effet progressivement imposée comme un acteur essentiel des politiques de l'autonomie. Cet établissement public administratif exerce des compétences variées, puisqu'il est notamment chargé, en vertu des dispositions de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles :

- de financer, en tant que caisse, les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ;

- de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps, en assurant la répartition équitable de l'objectif général de dépenses, qui regroupe les dépenses de l'assurance maladie (sous-ONDAM médico-social) destinées aux établissements et aux services médico-sociaux, ainsi que le produit de la CSA ;



– d’assurer une mission d’expertise, d’information et d’animation à l’attention des divers acteurs du champ de l’autonomie.

Afin d’assurer ses missions, la CNSA jouit de la personnalité juridique et de l’autonomie financière. Ainsi, la caisse est dotée de ressources propres qui se composent de la totalité de la contribution de solidarité autonomie, d’une fraction de la CSG équivalant à 0,064%, de montant de la CASA et des contributions d’assurance vieillesse. Ces ressources lui permettent de verser des concours aux départements afin de participer au financement de l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). La CNSA finance également le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ainsi que d’autres actions intervenant dans le champ de l’autonomie telles que les aides à la modernisation des services à la personne, ou la recherche.

La Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie est également soumise au contrôle de l’État. Une convention d’objectifs et de gestion (COG) pluriannuelle signée entre l’État et la CNSA, permet ainsi de fixer les engagements réciproques des deux parties et de déterminer les priorités d’action de la Caisse, selon les modalités décrites au II de l’article L. 14-10-1 du code de l’action sociale et des familles.

Si la CNSA jouit d’ores et déjà d’une forte crédibilité dans le champ des politiques de l’autonomie, force est de constater que son action reste toutefois limitée par les dispositions réglementaires et législatives en vigueur. En particulier, la compétence de la caisse concernant les politiques de prévention et d’adaptation au vieillissement est moins développée que dans le champ du handicap.

Le projet de loi renforce les compétences de la CNSA. En devenant l’opérateur de référence pour l’ensemble des politiques de l’autonomie, la caisse dispose d’un mandat et d’un champ d’action suffisamment larges pour appréhender la question du vieillissement et des politiques de l’autonomie, de manière transversale et exhaustive. Ce renforcement du rôle de la CNSA, défini à l’article 47 du projet de loi, repose essentiellement sur deux orientations.

La première vise à améliorer l’information fournie et le service rendu à l’ensemble des publics bénéficiaires ou concernés par les politiques de l’autonomie. À cette fin, il est notamment prévu de renforcer la mise à disposition d’informations relatives aux droits et services pour les personnes âgées, les personnes handicapées ainsi que leurs familles. La caisse pourra également développer des actions de formation à l’attention des proches aidants. Enfin, le projet de loi prévoit de faire remonter les informations relatives à la satisfaction des usagers des maisons départementales des personnes handicapées, afin d’améliorer le service rendu par ces organismes et de contribuer au développement de bonnes pratiques.

La seconde orientation du projet de loi est de renforcer la cohérence et donc l'efficacité des politiques de l'autonomie. Il est ainsi proposé de confier à la CNSA une fonction de pilotage auprès de l'ensemble des acteurs des politiques de l'autonomie. Cette fonction passera dans un premier temps par le renforcement de l'appui méthodologique de la CNSA auprès d'eux, afin de les inviter à multiplier leurs échanges et de favoriser, une nouvelle fois, au développement de bonnes pratiques.

Son rôle dans le domaine de la prévention sera renforcé. Ainsi, l'article 3 prévoit ainsi que la caisse conclura des conventions avec les départements sur l'utilisation des crédits de prévention. Les décisions de la conférence des financeurs concernant l'emploi de ces fonds feront l'objet d'une transmission annuelle à la caisse par tous les présidents de conseils généraux.

Par ailleurs, l'article 19 charge la CNSA, au même titre que les départements au niveau local, d'assurer l'information des usagers. C'est d'ailleurs dans cette perspective que l'article 41 prévoit que les établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes âgées transmettent des informations, notamment tarifaires, à la CNSA. Celle-ci les mettra à disposition du grand public via un portail internet dédié.

### **3. Les systèmes d'information**

Si l'amélioration de la gouvernance nationale des politiques de l'autonomie requiert avant tout une clarification du rôle et des compétences des instances en charge de ces politiques telles que la CNSA, ces évolutions ne sauraient aboutir en l'absence de fonctions support efficaces. En particulier, les systèmes d'information sont l'une des clés de voûte d'une gouvernance nationale efficace des politiques de l'autonomie.

Les articles 47 et 51 du projet de loi prévoient ainsi de rationaliser les systèmes d'information utilisés par les MDPH, en confiant à la CNSA la maîtrise d'ouvrage du développement d'un nouveau système d'information commun à l'ensemble de ces structures, interopérable avec les systèmes d'information de la CNSA et des départements.

En outre, afin de lui donner les moyens d'assurer sa nouvelle fonction de pilotage des politiques de l'autonomie, et de développer notamment son appui méthodologique auprès des différents acteurs intervenant dans les politiques de l'autonomie, le projet de loi organise les conditions d'une meilleure transmission des données de ces acteurs vers la CNSA.

Le ministère en charge des personnes âgées, qui intervient traditionnellement dans la conception et l'analyse des politiques de l'autonomie, bénéficiera également de remontées d'informations plus régulières et plus exhaustives pour la constitution d'échantillons statistiques, l'article 50 du projet de loi prévoyant à la fois de confier aux départements la mission de collecte et de

conservation de données relatives à leur activité sociale, et de normaliser la transmission de certaines de ces données aux différentes instances de gouvernance nationale.

## **C. L'ENGAGEMENT DE LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE LOCALE**

### **1. Des avancées notables**

Les départements sont aujourd'hui les principaux acteurs en charge de la distribution des prestations de compensation, et notamment de l'APA, ainsi que de la définition et du soutien à l'offre médico-sociale. C'est au niveau de cet échelon que se vit l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

Le projet de loi apporte une première réponse au besoin de coordination et de clarification des interventions en faveur des personnes âgées. La perspective de la réforme territoriale a cependant amputé ce texte de dispositions pourtant très attendues, qu'il serait utile de réintroduire au cours des débats à venir.

Le projet de loi permet de coordonner des initiatives aujourd'hui dispersées dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. Il instaure une conférence des financeurs de la perte d'autonomie qui, rassemblant les principaux financeurs intervenant dans ce domaine au niveau du département, les charge de coordonner les interventions en adoptant une programmation commune de leurs actions. L'objectif est d'éviter les doublons, de favoriser la diffusion d'une information cohérente et d'encourager les actions individuelles et collectives innovantes.

Aux articles 6 et 7, les caisses de sécurité sociales sont également encouragées à échanger des informations sur leurs affiliés afin que, par le croisement des données pertinentes, elles identifient le plus en amont possible les situations de perte d'autonomie ou de risque de perte d'autonomie et proposent des solutions d'accompagnement.

À des fins de cohérence, les départements et les caisses de retraites devront s'accorder sur leurs critères d'évaluation de la perte d'autonomie. Ils devront par ailleurs organiser un système de reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie, afin d'éviter au demandeur des démarches redondantes, voire divergentes.

Enfin, le projet de loi facilitera les échanges d'informations entre participants aux MAIA, les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, que l'article 52 du projet de loi rebaptise, dans un souci de clarté, méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

## **2. L'essentiel reste cependant à mettre en place**

Cependant, des mesures ambitieuses et attendues ont été ajournées. L'avant-projet de loi prévoyait en effet la création de deux institutions communes aux personnes âgées et aux personnes handicapées : le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) et les maisons départementales de l'autonomie (MDA).

Les CDCA devraient répondre au besoin de mise en cohérence de la politique locale d'accompagnement de la perte d'autonomie. Elles visaient à rassembler l'ensemble des acteurs concernés afin d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie. Il s'agissait de couvrir un vaste champ de politiques publiques : prévention, accessibilité, logement, transport, accès aux soins ou encore accompagnement médico-social. Présidés par les présidents de conseils généraux, les CDCA devaient ainsi alimenter les réflexions et travaux relatifs à l'offre médico-sociale dans le département et la région et contribuer aux travaux du Haut Conseil de l'âge.

En complément, l'avant-projet de loi concrétisait une demande ancienne formulée par votre rapporteure, à savoir celle de généraliser un guichet unique ouvert aux personnes en perte d'autonomie, qu'elles soient handicapées ou âgées dépendantes, ainsi qu'à leurs proches. Ce type d'institution existe déjà dans un certain nombre de départements, sous le nom de MDA. Ce guichet devait s'appuyer sur les structures existantes dans les départements, à savoir les MDPH, dont la composition aurait ainsi été élargie. Cette organisation aurait le mérite de la simplicité et de la lisibilité. Elle permettrait aux familles des personnes âgées confrontées à la perte d'autonomie d'un proche de se sentir moins « perdues » face au grand nombre d'acteurs intervenant dans la prise en charge de la perte d'autonomie. L'existence d'au moins un point de focalisation et de coordination dans chaque département offrirait, en outre, une garantie d'efficacité et de réactivité des politiques publiques menées par les acteurs nationaux comme locaux.

Compte tenu de l'avancée des débats sur la réforme territoriale ainsi que des souhaits manifestés par les membres de votre commission de toutes sensibilités, votre rapporteure souhaite que les étapes à venir d'examen du projet de loi permettent de prévoir à nouveau la mise en place des CDCA et des MDA.

### III. CHANGER LE REGARD DE LA SOCIÉTÉ ET LE QUOTIDIEN DES AÎNÉS

Le financement supplémentaire et la nouvelle gouvernance doivent viabiliser les mesures nouvelles figurant dans le projet de loi. Elles sont conformes aux principaux axes d'intervention définis au terme de la concertation préalable à l'élaboration du projet de loi : le financement de mesures de prévention vise à *anticiper* la perte d'autonomie, l'affirmation des droits des personnes âgées et les mesures en matière de logement et de transport visent à *adapter* la société au vieillissement, enfin l'amélioration du financement de l'APA et la refondation des services d'aide et d'accompagnement à domicile visent à mieux *accompagner* la perte d'autonomie.

#### A. LES DROITS ET LA PARTICIPATION DES PERSONNES ÂGÉES

##### 1. Vieillesse et participation à la vie de la cité

Les aînés comptent pour une bonne part des 16 millions de Français engagés dans le bénévolat. Cet engagement est parfois le prolongement d'une relation plus ancienne à une association, un syndicat ou encore une Église. Mais, très souvent, l'engagement en tant que bénévole contribue à la construction d'une nouvelle étape de vie, notamment lors du passage à la retraite. Les organisations représentant les aînés ne manquent pas de confirmer la contribution considérable des seniors aux secteurs recrutant des bénévoles. Ils y apportent un engagement souvent structuré, durable, faisant profiter le tissu associatif de leur expérience et, surtout, de leur enthousiasme.

Pour tenir compte de ce phénomène, l'article 9 du projet de loi est consacré aux âgés qui s'engagent en tant que tuteurs de jeunes effectuant un service civique. Leur démarche de transmission de savoirs et de compétences ainsi que de formation civique et citoyenne sera enfin valorisée : l'agence du service civique leur délivrera une attestation de tutorat spécialement conçue à cette fin.

L'article 10 crée un statut de volontaire civique senior qui valorisera l'engagement bénévole des aidants. Le volontaire verra la prise en charge par l'organisme d'accueil des frais réellement engagés au titre de son activité, pourra bénéficier de chèques-repas et, surtout, se verra délivrer un certificat de volontaire civique senior.

Cet engagement civique participe de la prévention de la perte d'autonomie, et en particulier de la lutte contre l'isolement, qui est un des premiers facteurs de fragilité. Ainsi, la lutte contre l'isolement des personnes âgées fait l'objet d'un chapitre spécifique, à l'article 8 du projet de loi. Il vise à mieux accompagner les bénévoles investis dans cette tâche, en particulier dans le cadre de la mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (MONALISA), décrite dans l'encadré ci-après.

### **L'initiative MONALISA**

Impulsée par le Gouvernement, la mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (MONALISA) est l'une des quinze initiatives retenues de « *La France s'engage* », une démarche portée par le président de la République, visant à identifier, mettre en valeur, soutenir et faciliter l'extension d'initiatives socialement innovantes.

Établie depuis janvier 2014, MONALISA entend valoriser, simplifier et soutenir les projets citoyens de lutte contre l'isolement des personnes âgées. Elle fédère de grandes associations nationales partageant une charte d'engagement (telles la Croix-Rouge française, les Petits frères des pauvres ou la Société de Saint-Vincent de Paul, dont les représentants ont été auditionnés par votre rapporteure). Ces projets participent tant de l'accompagnement des personnes âgées isolées que de la prévention de la perte d'autonomie.

MONALISA offre une vision panoramique des actions de lutte contre l'isolement des seniors. Elle permet de dresser un état du maillage territorial. Elle offre un parcours de formation aux bénévoles, permet l'intégration de leurs initiatives avec les dispositifs locaux d'information et organise la désignation d'un référent au sein de chaque équipe. Son action est financée jusqu'en 2016 par la section V du budget de la CNSA et par la Caisse des dépôts et consignations.

Ainsi, la CNSA pourra désormais financer la formation et le soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social.

Ce volet du projet de loi est pleinement cohérent avec la place qui est faite aux personnes âgées dans la définition et la réalisation de la politique d'adaptation au vieillissement par la création du Haut Conseil de l'âge. La présence de membres représentatifs des personnes âgées dans les conseils de commissions consultatives ou décisionnelles est ainsi affirmée.

## **2. Vieillesse et respect des droits**

L'objectif de changement de regard de la société sur le vieillissement passe par l'affirmation des droits des personnes âgées : ces droits sont les mêmes qu'à tous les âges de la vie, mais ils doivent être mieux garantis par les dispositifs spécifiques d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Il en va en premier lieu du respect du « projet de vie » de la personne âgée bénéficiaire des dispositifs d'aide et d'actions sociales. Il passe principalement par la liberté de choix entre le maintien à domicile, avec une aide adaptée, ou l'accueil dans un établissement.

L'admission en établissement ne doit en effet pas être contrainte ; une information le plus en amont possible peut garantir le « libre choix ». Une information adaptée peut en outre permettre de co-construire un projet de vie viable correspondant aux attentes de la personne accompagnée. Ainsi l'article 19 consacre le droit, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, à un accompagnement respectant leur projet de vie.

L'affirmation du principe se double d'une garantie d'information afin de permettre de choisir de façon éclairée le type d'aide en fonction de son incidence sur le mode de vie de la personne en perte d'autonomie.

En outre, la rationalisation de la gouvernance, promue par le projet de loi, doit également contribuer à rendre plus effectif l'exercice par les personnes âgées de leurs droits.

- *La liberté d'aller et venir des personnes fragilisées*

L'article 22 du projet de loi affirme le respect de la liberté d'aller et venir en établissement. Toute personne accueillie, notamment dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), quel que soit son niveau de fragilité physique ou psychique, reste en effet détentrice de ses droits. Lorsque le vieillissement occasionne une perte d'autonomie importante, il ne convient pas d'établir des droits spécifiques mais d'exercer une vigilance accrue pour rendre pleinement effectif l'exercice des droits fondamentaux.

La Haute autorité de la santé (HAS) a ainsi défini la liberté d'aller et venir en établissement social et médico-social comme non seulement la possibilité de se mouvoir à l'intérieur et à l'extérieur de la structure d'accueil mais aussi de prendre ses décisions avec autonomie et de pouvoir y mener une vie ordinaire<sup>(1)</sup>. Aussi, les personnes les plus fragilisées doivent-elles disposer de garanties quant aux décisions prises par les établissements et services sociaux et médico-sociaux qui ont une incidence sur leur accompagnement.

La liberté d'aller et venir n'est donc pas seulement une « contrainte » que l'équipe médico-sociale devrait respecter : elle constitue au contraire un des objectifs mêmes de la prise en charge.

Des garanties nouvelles sont apportées en conséquence : entretien réunissant, à l'occasion de la conclusion du contrat de séjour, la personne intéressée et le directeur de l'établissement, afin de s'assurer du consentement de la personne à être accueillie dans la structure d'hébergement ; faculté de désigner une personne de confiance, « *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* ».

Proportionnées à l'état physique de la personne âgée, les mesures visant à garantir l'intégrité physique et la sécurité des personnes doivent être strictement nécessaires et s'inscrire dans la lignée des objectifs de la prise en charge individuelle.

---

(1) Haute autorité de la santé (HAS), *Recommandations de bonnes pratiques, « La liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », Conférence de consensus des 24 et 25 novembre 2004.*

Ces mesures approfondissent les acquis de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui a fait figurer le libre choix de la personne accueillie et la personnalisation de l'accompagnement médico-social au nombre des principes directeurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux, comme les détaille l'encadré ci-après.

#### **Droits et libertés des personnes accueillies en établissement social et médico-social**

Les articles L. 311-3 et L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles définissent les conditions d'exercice des droits et libertés dans le cadre de l'accompagnement social et médico-social. Ces articles prévoient, pour chaque usager :

– le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;

– le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans celui d'une admission au sein d'un établissement spécialisé (sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés) ;

– une prise en charge et un accompagnement individualisés de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. À défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;

– la confidentialité des informations concernant la personne accompagnée ;

– l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires ;

– une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;

– la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Afin de garantir l'exercice effectif de ces droits, et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie,

b) Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service.

Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal.

Cette approche est en outre cohérente avec l'article 28 du projet de loi qui intègre les personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux dans le champ de la procédure simplifiée de placement sous sauvegarde de justice par déclaration médicale défini à l'article L. 3211-6 du code de la santé publique, dispositif de protection juridique provisoire permettant au majeur qui connaît, aux termes de l'article 425 du code civil, une altération de son état physique ou psychologique, de bénéficier d'une protection juridique temporaire ou d'être représenté pour l'accomplissement de certains actes déterminés.



Concernant les majeurs protégés, l'article 26 du projet de loi prévoit en outre la généralisation de l'obligation de délivrance du document individuel de protection des majeurs : il étend aux mandataires judiciaires « personnes physiques » une mesure de formalisation et de personnalisation des droits du majeur protégé et de recherche de son consentement qui a largement fait ses preuves dans le champ des services mandataires judiciaires. De même, l'article 27 réforme les modalités de la délivrance de l'agrément des mandataires individuels à la protection des majeurs. Elle est désormais organisée sous la forme d'appels à candidature, garants de transparence et de lisibilité : les majeurs protégés gagneront ainsi à la mise en cohérence de la désignation des mandataires individuels avec le schéma régional d'organisation sociale médico-sociale consacré à la protection juridique des majeurs.

- *La promotion de la bientraitance en établissement et à domicile*

La bientraitance des personnes les plus fragiles lors de leur prise en charge médico-sociale constitue la première manifestation du respect de leurs droits.

Il s'agit d'une priorité du Gouvernement, ce dont témoigne sa décision d'instaurer un Conseil national de la bientraitance, le 12 février 2013. Mentionné au rapport annexé au projet de loi, il a notamment pour mission de réfléchir à la façon de prévenir les suicides à domicile, de promouvoir les bonnes pratiques pour une bientraitance active, et de clarifier et mieux expliciter les droits des personnes âgées et handicapées. Il mène également une réflexion sur les moyens d'améliorer le dispositif de prévention, de détection et d'intervention, au domicile comme en établissement.

Dans ce but, l'article 25 établit la première définition légale des situations pouvant entraîner la maltraitance des usagers de l'établissement ou du service social et médico-social et justifiant, dès lors, un signalement aux autorités compétentes par les services concernés. La définition projetée vise à mieux prendre en compte l'origine institutionnelle de la maltraitance et élargit donc aux institutions elles-mêmes les obligations de signalement des actes de violence, ou de négligence, déjà applicables au plan individuel, en vertu du droit commun.

Il reviendra alors aux autorités destinataires d'utiliser pleinement cette nouvelle source d'information sur les dysfonctionnements et les événements qui causent un mauvais traitement des usagers fragilisés des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Tout autant qu'à des sanctions ponctuelles, les informations signalées doivent tendre à l'amélioration constante de l'offre sociale et médico-sociale par le développement de la bientraitance, définie par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) comme une « culture (visant) à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant à l'esprit le risque de maltraitance ».

La formation et la sensibilisation des personnels des services ainsi que des personnels encadrants constituent les principaux leviers de promotion de la

bienveillance. La refondation de l'aide et de l'accompagnement à domicile sous la forme d'un conventionnement notamment autour d'objectifs de qualification professionnelle, prévu à l'article 31 du projet de loi, doit ainsi contribuer à la promotion de la bienveillance.

- *Les garanties nouvelles contre la maltraitance financière.*

Des garanties nouvelles sont également apportées afin d'éviter que les personnes âgées les plus fragiles ne soient victimes d'abus financiers.

Ceux-ci peuvent provenir de captation de biens par des intervenants professionnels ou bénévoles abusant de leur position prééminente pour obtenir des libéralités ou des donations. Aussi, l'article 23 étend l'incapacité spéciale à recevoir des libéralités aux auxiliaires de vie, professionnels ou bénévoles, qui accompagnent, assistent ou réconfortent les personnes accompagnées à domicile ou en établissement. Et l'article 24 établit sans ambiguïté que les règles prévenant le contournement des incapacités de recevoir à titre gratuit s'appliquent également aux personnes morales frappées d'incapacité de recevoir, donc aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les abus financiers peuvent également provenir des conditions contractuelles ou tarifaires appliquées par les établissements. Aussi, l'article 22 encadre les conditions de rupture du contrat de séjour aujourd'hui définies par les contrats eux-mêmes : face à la diversité des pratiques parfois cause d'abus, le projet de loi s'inspire de recommandations de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et définit strictement les cas de résiliation du contrat à l'initiative du gestionnaire et les cas de résiliation à l'initiative de la personne accueillie, à laquelle est en outre reconnu un droit de rétractation sans opposition de préavis.

De même, le projet de loi vise à promouvoir la transparence dans la tarification des solutions d'hébergement en établissements.

À ce jour, seuls les établissements habilités à l'aide sociale doivent identifier un tarif journalier afférent aux prestations relatives à l'hébergement. Il s'agit d'une démarche vertueuse, qui permet aux conseils généraux d'identifier les coûts de base liés à l'hébergement d'une personne en EHPAD, quitte à ce que l'établissement propose ou non des prestations supplémentaires. La création d'un tarif socle, prévue à l'article 40, répond à des objectifs similaires pour les établissements non habilités à l'aide sociale.

L'objectif est d'accroître la transparence tarifaire en permettant la comparaison d'un même panier de prestations nommé « tarif socle ». Les pouvoirs du président du conseil général seront accrus puisqu'il pourra, en fonction des besoins, autoriser des dérogations à l'application du taux maximal d'évolution annuelle des tarifs des établissements et services non habilités à l'aide sociale.

Ainsi, le projet de loi poursuit un objectif cohérent de transparence. C'est donc tout naturellement que ces informations seront communiquées à la CNSA. L'article 41 prévoit en effet qu'elle mettra, sur son portail internet, un certain nombre d'informations, notamment tarifaires, à destination du public. Les personnes âgées et leurs proches pourront ainsi comparer le niveau des tarifs de base entre établissements, avant de faire leur choix.

- *Les améliorations au contentieux de l'action sociale*

Enfin le projet de loi apporte plusieurs améliorations au contentieux relatif à la tarification des établissements ainsi qu'à l'aide sociale. Si ces dispositions touchent des domaines assez hétérogènes, leur mise en œuvre pourrait apporter des simplifications appréciables au final pour l'ensemble des intervenants des politiques sociales destinées aux personnes âgées.

Ainsi l'article 42 étend aux établissements privés la possibilité d'exercer en cas d'impayés un recours auprès du juge des affaires familiales à l'encontre des débiteurs d'une obligation alimentaire. Cette faculté n'est ouverte aujourd'hui qu'aux établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. Elle simplifie les modalités de recouvrement et permet d'organiser un rapport plus constructif avec les parties mises en cause.

L'article 43 donne la possibilité de contester devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale les décisions prises par le représentant de l'État dans la région concernant les dotations et la tarification des établissements. Il s'agit d'une mesure de cohérence, l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 ayant substitué la responsabilité du préfet de région à celle du préfet de département pour arrêter la tarification des établissements et services financés par le budget de l'État.

Enfin, l'article 55 habilite le Gouvernement à réformer par ordonnance, dans les 18 mois, l'organisation du contentieux de l'aide sociale afin de 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 commissions départementales d'aide sociale, en raison de leur manque d'impartialité au regard de l'article 6§1 de la convention européenne des droits de l'homme. Des travaux interministériels sont en cours pour déterminer s'il est préférable d'envisager un maintien, une modification ou une suppression de ces juridictions.

## **B. L'ADAPTATION DU CADRE DE VIE**

Adapter la société au vieillissement, c'est veiller à la prise en compte des besoins spécifiques des seniors dans tous les pans de leur vie quotidienne. L'approche transversale du projet de loi se traduit par de nombreuses mesures améliorant concrètement le cadre de la vie quotidienne des personnes âgées : elles concernent à la fois la ville et le logement.

### **1. Adapter les transports et l'urbanisme**

Les politiques de l'urbanisme, des transports et du logement doivent prendre en compte les aînés qui, très majoritairement, vieillissent sans incapacité mais qui peuvent se voir exclus de la participation à la vie commune si leurs besoins sont ignorés. L'accessibilité des espaces communs de la ville est aussi la première manifestation de l'adaptation de la société au vieillissement de la population.

À l'article 16, le projet de loi prévoit ainsi de prendre davantage en compte les besoins spécifiques des seniors dans les programmes locaux d'urbanisme : les communes seront incitées à développer une « offre nouvelle » à destination des personnes âgées, ce qui englobe toutes les alternatives au séjour en établissement (logements-foyers, accueillants familiaux, etc.). Les collectivités devront en outre participer à la politique d'adaptation des logements existants.

Les 84 millions d'euros engagés à ce titre reposent entièrement sur des dispositifs inscrits dans le volet adaptation : la garantie du financement d'un plan autonomie géré par l'ANAH pour l'adaptation de 80 000 logements privés à hauteur de 40 millions d'euros, dépensés sur deux ans, le fond de garantie du microcrédit de 4 millions d'euros et enfin le plan d'aide à l'investissement dans les résidences autonomie de 40 millions d'euros sur deux ans.

L'article 18 du projet de loi touche à la politique des transports. Il vise la prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées dans les plans de déplacements urbains et dans les systèmes de transports publics locaux. Il prévoit également la mise en place des dispositifs d'information dédiés à l'intention de publics spécifiques et notamment les personnes handicapées et les personnes âgées. Cette démarche constitue une avancée de tout premier ordre car elle tient compte des personnes âgées en tant que telles, et non plus comme un public dont les éventuelles spécificités seraient nécessairement communes avec les personnes handicapées.

Au-delà des dispositions proprement législatives, toutes sortes d'outils peuvent être mobilisés pour favoriser l'adaptation du cadre de vie aux attentes des seniors. C'est l'objet, par exemple, de l'initiative majeure que constitue la mise en place d'un label « ville amie des aînés », dont le rapport annexé au projet de loi prévoit la création. Le label traduira en France, une proposition de l'Organisation mondiale de la santé.

Le dispositif reposera sur le volontariat des collectivités désireuses d'accueillir tous les âges dans les meilleures conditions. Il pourra être obtenu à la suite d'un audit mené par un panel de personnes âgées, de la modification des documents d'urbanisme et du repérage de zones favorables à une « haute qualité de vieillissement ».

Parallèlement à la mise en accessibilité du cadre bâti, les acteurs du logement et de la construction vont ainsi s'engager dans l'adaptation aux publics âgés des logements du parc privé ou social.

Le domicile constitue en effet un instrument privilégié de la prévention de la perte d'autonomie. Votre rapporteure considère en conséquence que l'aménagement des espaces intérieurs doit, le plus souvent possible, associer des ergothérapeutes, les plus à même d'évaluer les niveaux de compensation requis de l'aménagement du logement à partir d'une évaluation des gestes de vie.

## **2. Améliorer l'offre de logements avec services**

De mauvaises conditions de logement constituent les premiers facteurs d'isolement des personnes âgées, donc de fragilité au regard du risque de perte d'autonomie. Le logement collectif constitue une réponse adaptée pour de nombreuses personnes âgées autonomes : il leur fournit un domicile personnel, distinct d'une place en établissement, mais également des services collectifs.

- *Les résidences autonomie*

Aussi l'article 11 attribue aux logements-foyers accueillant des personnes âgées l'appellation de « *résidences autonomie* » afin de tirer pleinement parti de cette forme d'habitat collectif accessible aux personnes âgées à revenus modestes. Les personnes âgées concernées sont le plus souvent isolées et disposent de ressources limitées : or ces deux caractéristiques constituent précisément des facteurs élevés de risque de perte d'autonomie.

Pour les publics susceptibles de demander à résider dans un logement-foyer, cet habitat avec services ne constitue en effet pas une étape intermédiaire, au sein d'un « *parcours résidentiel* » qui commencerait au domicile ordinaire et s'achèverait nécessairement en EHPAD : la plupart des résidents n'entrent jamais en établissement très médicalisé. Ce type d'habitat avec services constitue un choix pérenne, moins onéreux, permettant de faire face au vieillissement dans de bonnes conditions.

Dans leur fonctionnement actuel, les logements-foyers accueillant des personnes âgées conduisent donc déjà des actions visant à nourrir une vie sociale et à prévenir la perte d'autonomie. Ils bénéficient à ce titre de financements dans le cadre de conventions de partenariat avec la Caisse nationale d'allocations vieillesse (CNAV) ou les mutualités sociales agricoles (MSA). Ces activités stimulent les résidents et contribuent, de fait, au maintien de leur autonomie. Le

projet de loi leur attribue désormais une mission de prévention de la perte d'autonomie : des prestations spécifiques doivent être proposées, et un financement dédié est instauré, le « forfait autonomie », pour un montant annuel de 40 millions d'euros.

Les financements seront définis, au niveau départemental, par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie ce qui favorisera la mutualisation des interventions, et leur ouverture aux personnes isolées habitant à proximité des résidences autonomie.

En outre, le projet de loi établit la faculté pour les résidences autonomie d'accueillir des personnes en perte d'autonomie, à la condition que le projet d'établissement soit adapté à l'accompagnement d'un début de perte d'autonomie et que la résidence établisse des conventions avec des services d'aide à domicile ou des services de soin, et avec un EHPAD.

#### **Les effets concomitants du plan d'aide à l'investissement**

Le financement du forfait autonomie se double d'un effort substantiel pour moderniser le bâti des logements-foyers.

Le vieillissement du parc de logements-foyers appelle en effet le financement d'importants travaux de mise aux normes. Ainsi, 49 % des logements-foyers gérés par les centres communaux d'action sociale ont été construits avant 1978, 22 % de 1975 à 1977 et 47 % entre 1977 et 1983. Les travaux de réhabilitation pour satisfaire aux normes d'accessibilité et de confort constituent le premier poste de dépenses d'investissement.

De ce fait, un plan d'aide à l'investissement a été engagé, financé par la CNSA, à hauteur de 10 millions d'euros dès 2014 et de 40 millions d'euros pendant les deux années qui suivront la publication de la loi. Ces sommes seront versées par la CNSA à la CNAV qui gère le plan d'aide et octroie les financements au terme d'appels à projet. Une enquête sur le cadre bâti des logements-foyers est en cours à l'initiative conjointe de la direction générale de la cohésion sociale du ministère des affaires sociales et de la CNAV, afin d'identifier les besoins de rénovation prioritaires.

On peut donc attendre de ce plan d'aide à l'investissement une amélioration de la sécurité et du confort des résidents, et une adaptation de l'offre de logements conforme aux besoins évolutifs des personnes âgées retraitées socialement fragilisées.

#### ● *Les résidences services*

Parallèlement à l'appui significatif apporté aux résidences autonomie, l'article 15 du projet de loi sécurise la gestion des résidences-services, structures privées qui ne relèvent pas de la réglementation des logements-foyers. Commercialisées soit par la vente de lots, soit par le biais de la location, elles s'adressent à des personnes âgées autonomes de plus de 60 ans qui y bénéficient d'un logement privé et de services communs.

Des imprécisions de la législation actuelle découlent des difficultés pour les copropriétaires et les résidents à distinguer loyers, charges et frais de services, ce qui hypothèque le développement d'une nouvelle offre de logements

particulièrement prometteuse, les initiatives de nombreux promoteurs pouvant en effet porter le nombre de logements de ce type à 50 000 dès 2015.

Aussi, l'article 15 modifie les dispositions du code de la copropriété applicables aux résidences services afin de mieux établir la répartition des différentes catégories de services spécifiques, selon qu'ils sont individualisables ou non, et leur mode de gestion. Il met en outre fin à la faculté pour le syndic de gérer lui-même les services spécifiques rendus aux résidents, afin de réduire les sources de conflits d'intérêt et d'éviter que les résidents ne constituent une clientèle captive. Enfin, il établit un conseil des résidents, distinct du conseil syndical ou de l'assemblée générale des copropriétaires, afin de mieux associer les occupants locataires à la définition des services fournis par la résidence.

Le projet de loi sécurise donc un mode de gestion innovant afin de permettre son développement, particulièrement adapté aux enjeux du vieillissement de la société.

### **C. LES CONDITIONS DU MAINTIEN À DOMICILE**

Enfin, le projet de loi comporte des mesures importantes et cohérentes visant à permettre aux personnes âgées de bénéficier, à leur domicile, d'un accompagnement adapté, conformément au souhait de la très grande majorité des plus âgés et de leurs proches.

#### **1. L'amélioration de l'APA à domicile**

En créant l'allocation personnalisée d'autonomie, la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 a instauré un dispositif relevant de la solidarité nationale à destination des *« personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière »*.

Il s'agit d'un droit universel, l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles disposant que *« 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 a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins »*.

L'aide est accordée à toute personne de plus de 60 ans en perte d'autonomie, conformément à la classification des niveaux de perte d'autonomie décrite dans l'encadré ci-après.

Seules les personnes en GIR 1 à 4 sont éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie. Les personnes en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier de l'action sociale des caisses d'assurance vieillesse ou de l'aide-ménagère du

département. 80 % des bénéficiaires de l'APA à domicile sont en GIR 3 et 4 et 20 % en GIR 1 et 2.

La grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources) évalue la dépendance des personnes âgées en termes de niveau de demande de soins requis (appelé groupe iso-ressources (GIR)).

Elle s'appuie sur le constat d'activités de la vie quotidienne que la personne est en mesure ou non d'effectuer seule. La grille comporte dix items ou « variables discriminantes » (la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, les transferts, les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur du logement etc). Un algorithme classe, à partir des combinaisons de réponse, les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie, des plus aux moins dépendants :

– le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants ;

– le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices ;

– le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ;

– le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement ;

– le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;

– le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes déterminants de la vie quotidienne.

● *Le nombre de bénéficiaires de l'APA va continuer de croître*

Une décennie après sa création, l'APA constitue un indéniable succès. Au 31 décembre 2012, 1,228 million de personnes âgées dépendantes ont bénéficié de l'APA dont 735 000 à domicile et 493 000 en établissement<sup>(1)</sup>. La part des bénéficiaires de l'APA à domicile est stable autour de 60 %.

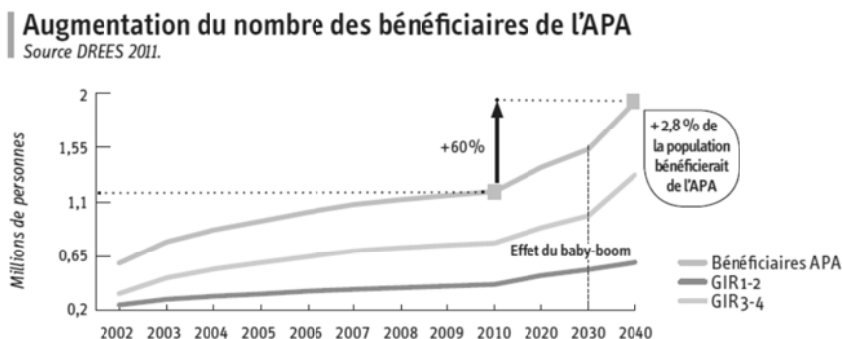
En moyenne, la durée de perception de l'APA est de 4 ans et les bénéficiaires sont âgés de 83 ans. La moitié des bénéficiaires ont plus de 85 ans. Mais 17 % se situent dans la tranche d'âge inférieure, autour de 75 ans. 70 % des nouveaux bénéficiaires sont des femmes et perçoivent l'APA en moyenne entre douze et vingt-deux mois de plus que les hommes à niveau de dépendance égal<sup>(2)</sup>.

(1) Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). « 2013, les chiffres clés de l'autonomie »,

(2) Clotilde DEBOUT « La durée de perception de l'APA : 4 ans en moyenne. Premiers résultats des données individuelles APA 2006-2007 », Drees, *Études et résultats*, N° 724, avril 2010.



Selon un scénario intermédiaire des projections réalisées en 2011 <sup>(1)</sup>, le nombre de bénéficiaires de l'APA passerait à 1,5 million en 2025, 2 millions en 2040 et 2,3 millions en 2060. Par niveau de dépendance, la variation la plus importante concernera les niveaux de dépendance modérée qui représenteront, selon les hypothèses, entre 1 et 2 millions de bénéficiaires en 2060, ainsi que le montre le graphique ci-après.



Source : « Les chiffres clés de l'autonomie », CNSA, 2012.

Le bon calibrage de l'APA constitue donc un des premiers leviers d'adaptation, à la transition démographique en cours, des politiques d'aide sociale à destination des personnes âgées.

- *Les obstacles à l'utilisation des plans d'aide*

Or, malgré son succès, l'utilisation effective de l'APA par ses bénéficiaires peut rencontrer des obstacles : les aides au maintien à domicile prévues par le plan ne sont alors pas utilisées à la hauteur des besoins. L'efficacité du plan d'aide pour prévenir une dégradation du niveau d'autonomie peut dès lors être amoindrie.

Tout d'abord, le financement de l'aide par l'APA trouve ses limites dans les cas où le plan d'aide est égal à son plafond : le besoin d'aide évalué par l'équipe médico-sociale peut alors dépasser le montant maximal pris en charge. C'est ce qu'indique le « *taux de saturation* », qui est de 20 % en moyenne en 2011 : il s'accroît logiquement avec le taux de dépendance et atteint 42 % dans les cas de dépendance les plus élevés (GIR 1). Dans ce cas, les bénéficiaires ont probablement besoin de plus d'aide qu'il ne peut leur être accordé et le plan ne couvre donc pas leurs besoins.

En outre, on constate un non recours à la totalité des composantes du plan d'aide pour les bénéficiaires dont le ticket modérateur représente une part importante du revenu. Le ticket modérateur sur le plan d'aide attribué par le

(1) DREES, Document de travail « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060. Sources, méthode et résultats », n° 23, septembre 2011.

conseil général est acquitté par 75 % des bénéficiaires de l'APA à domicile. Ses modalités de définition actuelles ont un effet défavorable sur l'utilisation des plans d'aide des bénéficiaires dont le reste à charge est le plus lourd. Mais elle a aussi un effet défavorable sur la définition même des plans d'aide pour les allocataires dont les revenus sont modestes mais suffisamment élevés pour entraîner l'application d'un reste à charge : les équipes médico-sociales sous-dimensionneraient dans ce cas certains plans d'aide pour tenir compte de la contrainte budgétaire des ménages.

Les barèmes actuels de l'APA seraient ainsi plus défavorables pour les personnes dont les revenus sont modestes et moyens, entre 740 euros et 2 000 euros par mois, en particulier lorsque le montant du plan d'aide est élevé.

En outre, la sous-consommation des heures prescrites auprès de services d'aide et d'accompagnement à domicile pourrait provenir d'une mauvaise définition des plans d'aide, lorsque certaines équipes médico-sociales ne les élaborent pas de façon suffisamment individualisée. L'évaluation pluridisciplinaire est inégale selon les départements : la première évaluation médicale est rarement complétée par une approche sociale <sup>(1)</sup>.

De même la part des plans d'aide consacrée à de l'aide humaine atteint 90 %, au détriment d'autres modalités de soutien : aides techniques, aménagement du logement ou financement de dispositifs d'accueil temporaire.

- *Le choix de ne pas réduire le caractère universel de l'APA*

Le constat de la nécessité de dégager des financements pour mieux répondre aux besoins des personnes confrontées à une saturation de leurs plans d'aide ou à un reste-à-charge trop élevé a déjà conduit à des propositions de réformes.

En 2010, une mission d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait proposé de réserver le bénéfice de l'APA aux personnes en GIR 1 à 3, c'est-à-dire les plus dépendantes <sup>(2)</sup> : l'économie occasionnée aurait permis d'améliorer le financement des plans d'aide des allocataires ayant les besoins les plus élevés. Or votre rapporteure considère qu'exclure les personnes en GIR 4 de l'APA à domicile leur ferait courir un risque de fragilisation qui contribuerait à aggraver leur état de dépendance avec un risque de passage accéléré en GIR 1 à 3. Le maintien d'une attribution de l'APA pour les personnes en GIR 4 constitue donc à la fois une mesure d'accompagnement de la perte d'autonomie mais également de prévention de son aggravation.

De même, le projet de loi écarte les propositions de « gage patrimonial », qui consisteraient, pour les détenteurs d'un patrimoine significatif, à subordonner

---

(1) « La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie ». IGAS, RAPPORT N° RM2009-024P, juillet 2009.

(2) Valérie Rosso-Debord, « Perte d'autonomie des personnes âgées : répondre aux défis d'aujourd'hui et de demain ». Commission des affaires sociales. Rapport d'information n°2647. Juin 2010.

le versement de l'intégralité de l'allocation à l'acceptation d'un recours plafonné sur leur succession. Une telle mesure restreindrait excessivement l'universalité de l'APA et accroîtrait sans doute le non-recours chez des personnes en perte d'autonomie qui seraient détentrices d'un patrimoine de valeur vénale élevée, tel une résidence principale en milieu urbain, mais dont les revenus seraient pourtant modestes et qui redouteraient de pénaliser leurs héritiers, c'est-à-dire souvent leurs proches aidants : dans ces situations, un amoindrissement de l'aide à domicile accroîtrait la perte d'autonomie et, in fine, les coûts pour la collectivité sous la forme de soins médicaux ou d'entrée précoce en établissement.

Aussi, l'article 29 du projet de loi engage un « acte II de l'allocation personnalisée d'autonomie » au service du maintien à domicile : les missions de l'équipe médico-sociale sont mieux définies, sur la base d'une évaluation multidimensionnelle du besoin, gage d'une meilleure adéquation du plan d'aide ; les allocataires bénéficieront d'une augmentation importante du nombre d'heures d'aide à domicile grâce à une augmentation du plafond national appliqué à l'APA ; un nouveau barème permettra de cibler la diminution du ticket modérateur sur les allocataires dont les besoins sont les plus importants ; enfin l'utilisation de l'allocation sera simplifiée, soit par le biais du versement direct au service d'aide et d'accompagnement à domicile ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, soit par l'emploi du chèque emploi-service universel.

Ces mesures permettront de financer à hauteur de 350 millions d'euros une augmentation des plans d'aide et une diminution du reste à charge pour les bénéficiaires de l'APA qui pâtissent le plus fortement des définitions actuelles des plafonds et du barème. Mais elles ne font aucun perdant, parmi les allocataires, au regard des règles actuelles : ceci est rendu possible par le choix d'apporter des financements supplémentaires, malgré les contraintes imposées par le redressement des finances publiques. Ce choix est dicté par la conviction que l'amélioration de l'APA à domicile constitue aussi une mesure de prévention de la perte d'autonomie et donc, *in fine*, permet d'économiser les dépenses occasionnées par les situations de dépendance les plus lourdes et les recours mal préparés aux structures les plus lourdement médicalisées.

## **2. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile**

Le financement supplémentaire au titre de l'APA va, au premier chef, nourrir une demande nouvelle en matière d'aide et d'accompagnement à domicile : l'amélioration de l'offre de services en la matière est donc un des prérequis de toute politique cohérente visant à favoriser la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile.

Une des ambitions du projet de loi consiste donc à progresser dans la structuration de filières d'aide et de soins pour les personnes âgées, entre le domicile et les établissements.

Or malgré leur intervention sur un domaine où les besoins sont importants et structurellement croissants, les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont aujourd'hui dans une situation difficile, marquée par la disparition de structures et des diminutions d'effectifs. La stagnation de l'activité des services depuis plusieurs années rend plus difficile leur évolution et leur insertion dans les stratégies de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie définies par les départements et promues par le projet de loi.

Le secteur est en outre marqué par un cadre d'exercice dual, défini à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles. La grande majorité des services entre dans le cadre de l'autorisation par le président du conseil général, conformément à la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; le service est dès lors soumis à l'ensemble des règles applicables aux services sociaux et médico-sociaux. Ayant pour objectif la promotion de l'emploi, la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a complété ce dispositif par celui de l'agrément préfectoral au regard de critères de qualité, conformément à l'article L. 7232-1 du code du travail : il y a alors liberté de tarification au titre des services à la personne.

Cette distinction ne sépare pas exclusivement le secteur associatif du secteur privé à but lucratif : de nombreux services relevant de l'agrément sont aussi des gestionnaires privés non lucratifs, soit parce qu'ils sont dans un département qui n'a pas souhaité autoriser des services, ou n'a établi que des autorisations partielles, soit parce que le gestionnaire souhaite garder une certaine liberté dans les tarifs. En tout état de cause, la grande disparité des modalités d'organisation parmi les intervenants traditionnels, très majoritairement autorisés, et l'émergence d'une offre concurrente, moins bien insérée dans la planification gérontologique, ont contribué à aggraver les effets de la crise économique.

Celle-ci a au demeurant été concomitante d'un tassement dans la demande au titre des plans d'aide de l'APA. Selon une étude de l'observatoire des non recours aux droits et services (ODENORE), de nombreux cas de sous-utilisation des heures d'intervention à domicile dans le cadre de l'APA seraient dus aux conditions de délivrance des services par les prestataires<sup>(1)</sup>. En particulier, le changement d'intervenants à domicile peut bousculer le rythme et le quotidien de la personne aidée. Ceci expliquerait certaines réticences à recourir aux services d'aide et d'accompagnement et démontre, a contrario, l'importance d'une bonne gestion départementale de l'aide à domicile fondée sur des critères de continuité et de régularité.

Dans cette situation économique et organisationnelle très difficile, l'article 31 du projet de loi renforce la définition partenariale des projets de service et le dialogue de gestion entre les services d'aide à domicile et les départements en

---

(1) Document de travail ODENORE, « L'APA, l'utilisation des plans d'aide, adhésion aux services rendus », novembre 2011.

définissant les clauses obligatoires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les départements et les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes âgées et d'adultes handicapés.

En contrepartie de leurs engagements dans le cadre du CPOM, les responsables de structures bénéficient d'une visibilité pluriannuelle sur le niveau ou l'évolution des dotations, ainsi que d'une souplesse et d'une autonomie de gestion plus importante. La conclusion d'un CPOM permet en outre de sécuriser l'attribution de financements publics au regard des exigences du droit européen, puisqu'elle satisfait l'exigence de « mandatement » emportant attribution d'aides, contreparties nécessaires de missions d'intérêt économique général.

De même, les CPOM définiront la participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux. Les services qui sollicitent la conclusion d'un CPOM doivent en outre obligatoirement prévoir des engagements en matière d'optimisation des parcours de soins des personnes âgées.

Enfin les CPOM définissent des objectifs de qualification professionnelle des intervenants : ils permettent donc de déployer au niveau des départements les objectifs du plan pour les métiers de l'autonomie qui prévoit une politique globale et cohérente visant à rendre ces métiers plus attractifs.

Engagé par le Gouvernement parallèlement à l'examen du projet de loi, **le plan pour les métiers de l'autonomie** a pour objectifs de :

- 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.

25 millions d'euros sont engagés aux fins d'amélioration des conditions de travail du secteur de l'aide à domicile.

Celle-ci peut passer par exemple par l'accompagnement à la validation des acquis de l'expérience (VAE), par le développement de passerelles entre les différents métiers intervenant auprès des publics fragiles, notamment par le rapprochement avec les diplômés du secteur sanitaire (aide-soignant, auxiliaire de puériculture) afin de construire de véritables parcours professionnels. Il s'agit en outre d'une évolution cohérente avec le souci de rapprochement des secteurs médico-social et sanitaire, dans une logique de prise en compte du parcours de santé des personnes.

De même l'article 32 prolonge les expérimentations tarifaires engagées par des services d'aide et d'accompagnement à domicile avec les départements afin de valoriser la qualité de l'intervention du service.

Ces expérimentations reposent sur le II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, qui les a autorisées à compter du 1er janvier 2012 pour une durée n'excédant pas trois ans, ces

conventionnements particuliers vont être poursuivis, sur une base volontaire, et de nouvelles expérimentations seront rendues possibles, pendant une durée d'un an, soit sous la forme d'un forfait global, soit par le biais d'une tarification horaire renouvelée.

Le prolongement des expérimentations et leur évaluation fournira une base solide pour l'éventuelle généralisation de ces modalités de tarification renouvelées, mieux à même de valoriser la qualité de l'accompagnement des publics vulnérables que l'actuelle tarification horaire.

Votre rapporteure souligne que cette nouvelle dynamique peut s'appuyer sur les efforts engagés au moyen du fonds de restructuration du secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile.

Instauré par le I de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 précitée, ce fonds a été constitué d'une dotation de l'État de 50 millions d'euros versée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Géré par les agences régionales de santé, avec le concours des conseils généraux, ce fonds s'accompagne d'une contractualisation avec les services bénéficiaires sur des objectifs de retour à l'équilibre.

L'abondement a été complété de 50 millions d'euros supplémentaires par l'article 70 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Les plans de retour à l'équilibre ont incité à des regroupements et à la mutualisation. Ils ont contribué à la professionnalisation du secteur et à l'engagement des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans les activités de prévention.

Dans le même but, l'article 33 vise à simplifier l'accès des services agréés au régime de l'autorisation : ils sont dispensés, pendant trois ans, de se soumettre à la procédure d'appel à projet, sous réserve de conclure un CPOM avec le département. Faciliter l'autorisation d'un plus grand nombre de services agréés doit ainsi permettre de mieux réguler l'offre afin d'améliorer le maillage social et médico-social du territoire. Cette mesure de simplification est au demeurant cohérente avec l'article 45 du projet de loi qui dispense de la procédure d'appel à projet certains cas de transformation et d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux déjà autorisés.

Enfin, l'article 34, expérimente un mode d'organisation intégratif des services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD) : ces services permettent en effet de rapprocher l'aide et les soins à domicile, en transcendant les séparations habituelles entre les domaines social et médico-social d'une part, sanitaire d'autre part.

La refondation de l'aide à domicile concourt donc à un des objectifs principaux de ce projet de loi : elle permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de rester plus longtemps à domicile, grâce à un accompagnement de qualité, mené par des intervenants mieux coordonnés.

### 3. L'identification et le soutien des proches aidants

De même, l'objectif de faciliter le maintien à domicile ne saurait faire l'impasse sur la contribution des proches aidants à la prévention et à l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Selon les enquêtes réalisées par la DREES, 80 % des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile bénéficient de l'aide régulière d'un proche. Ces proches aidants sont estimés à 3,4 millions. Toutes les catégories d'âge sont représentées ; 57 % sont des femmes ; 21 % n'ont pas de lien de parenté avec la personne aidée ; la moitié ne partagent pas le domicile de la personne dépendante ; 47 % sont actifs et 33 % à la retraite.

- *Un rôle reconnu auprès des personnes handicapées*

Les aidants exercent, aux côtés des professionnels, un rôle indispensable dans la prise en charge de la personne âgée en perte d'autonomie. Mais seul le rôle des aidants de personnes en situation de handicap est aujourd'hui reconnu. Ainsi, c'est en matière de handicap qu'une charte élaborée en 2007 par la confédération des organisations familiales de l'Union européenne fournit une définition de l'aidant. Il s'agit de « *la personne qui vient en aide à titre non professionnel, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités quotidiennes. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes* ».

L'aide apportée par la Nation aux aidants de personnes handicapées est ainsi importante et ancienne. Depuis 1975, les aidants familiaux d'une personne lourdement handicapée bénéficient de l'affiliation gratuite et obligatoire à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), afin de tenir compte des retraits ou réductions d'activité auxquels elles sont contraintes. De même, l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit l'affectation de la prestation de compensation du handicap (PCH), à des charges « *liées à un besoin d'aides humaines, y compris, le cas échéant, celles apportées par les aidants familiaux* ». Enfin, l'article 38 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a récemment élargi le bénéfice de l'AVPF en supprimant la condition de ressources. Il a en outre créé une majoration de durée d'assurance pour les aidants familiaux en charge d'un adulte lourdement handicapé : un trimestre par période de trente mois de prise en charge à temps complet.

- *Un rôle à mieux définir auprès des personnes âgées*

Certains dispositifs ont bien pris en compte les aidants non professionnels de personnes âgées, mais ils sont limités au domaine sanitaire, par exemple dans le cadre du dernier plan Alzheimer : les gestionnaires de cas qui ont coordonné l'action des différents intervenants ont apporté un appui aux professionnels comme aux non-professionnels, c'est-à-dire aux proches aidants.

Or le rôle du proche aidant est indissociable de la prévention de la perte d'autonomie et de sa compensation. Dans le cas de l'aide à domicile, le proche est, dans les faits, le véritable coordinateur des interventions professionnelles. L'aide informelle apportée par les membres de la famille ou de l'entourage de la personne âgée, loin de se substituer à l'aide apportée par des professionnels, permet de compléter et de coordonner les interventions de ces derniers.

Les difficultés d'accès à une aide et un accompagnement à domicile contraignent parfois des proches aidants à poser des actes qui doivent relever des seuls professionnels. Le proche aidant doit dès lors pouvoir bénéficier d'une information et, le cas échéant, d'une formation adaptées. Aussi, la refondation de l'aide à domicile engagée par le projet de loi afin d'en garantir la qualité et la pérennité, passe-t-elle également par une meilleure prise en compte des besoins des aidants.

La contribution des aidants traduit également les difficultés occasionnées dans notre société par la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Pour les aidants de personnes âgées qui exercent une activité professionnelle, cette conciliation est parfois plus difficile encore que pour certains parents avec de jeunes enfants.

Aussi, une définition formelle du proche aidant vise à reconnaître ce rôle et à permettre de mieux identifier les destinataires prioritaires de dispositifs d'aide, d'accompagnement ou de répit des aidants qui contribuent à l'adaptation de la société au vieillissement.

En conséquence, l'article 35 du projet de loi établit une définition du proche aidant dans le code de l'action sociale et des familles qui inclut les proches sans lien de parenté et se fonde sur l'apport d'une aide régulière et fréquente dans la vie quotidienne. Et l'article 36, définit les situations dans lesquelles l'allocation personnalisée d'autonomie peut être utilisée pour financer les dépenses occasionnées par l'absence temporaire d'un proche aidant du bénéficiaire dont la présence est indispensable pour le maintien à domicile de ce dernier.

Certains proches aidants peuvent en effet être amenés à assurer l'accompagnement d'une personne âgée très lourdement dépendante, et à y consacrer l'essentiel de leur temps libre, voire à réduire leur activité professionnelle à cette fin.

Les études évaluant la « *charge ressentie* » par les aidants, du fait de leur activité, révèlent une charge importante chez la moitié des aidants auprès d'une personne âgée en forte perte d'autonomie (GIR 1-2). L'intensité de la charge ressentie est également liée à l'aspect psychique de la dépendance : un quart des aidants déclarant une charge importante soutiennent une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer. <sup>(1)</sup>

---

(1) DREES, « *Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie* », *op. cit.*, p. 4.



Ces situations peuvent fragiliser les aidants, particulièrement exposés aux risques d'épuisement psychologique et physique. Ils sont également moins susceptibles de bénéficier de soins et subissent des pertes de revenus importantes, tant en raison de la diminution de leur activité professionnelle que de leur contribution au financement de l'accompagnement professionnel de la personne âgée. Or les aidants de personnes âgées de plus de 80 ou 90 ans entrent eux-mêmes dans la « première génération de l'âge » : ils ont souvent 50 ou 60 ans.

Améliorer la situation des aidants, c'est donc également prévenir la perte d'autonomie de ceux qui aident les plus âgés.

L'aide apportée dans le cadre de l'APA permettra, en fonction des besoins évalués par l'équipe médico-sociale, de financer un surcroît d'aide à domicile, ou un hébergement temporaire, le temps de l'absence de l'aidant : le supplément d'aide pourrait ainsi atteindre 500 euros par an.

En outre, une augmentation ponctuelle du plan d'aide est autorisée, jusqu'à un montant fixé par décret, pour faire face à l'hospitalisation du proche aidant. Les dépenses supplémentaires en année pleine pourront ainsi atteindre 78 millions d'euros.

Enfin l'article 37 diversifie l'offre de répit des proches aidants en permettant l'expérimentation de services de relais à domicile fonctionnant avec un professionnel unique plusieurs jours consécutifs : dans ce dispositif communément dénommé « baluchonnage », il y a suppléance de l'aidant par un intervenant unique au domicile d'une personne en perte d'autonomie qui nécessite une surveillance permanente. Cette approche vise en particulier les personnes souffrant d'affections neurodégénératives, qui peuvent être désorientées par l'accueil temporaire en dehors du domicile ou par la multiplicité des intervenants. Elle s'inspire du « baluchon Alzheimer » mis en place au Québec.

L'expérimentation d'une durée de cinq ans permettra de mesurer la pertinence du dispositif et de ses dérogations aux règles fixées par le code du travail en matière de temps de pause, de durées maximales quotidiennes et hebdomadaires de travail et de travail de nuit, ainsi que de durée minimale de repos quotidien. Sur la base de l'évaluation réalisée en lien avec les services expérimentateurs d'ici juillet 2018, une pérennisation et une généralisation du dispositif, modifié le cas échéant, seront envisageables.

Votre rapporteure fait confiance aux porteurs de projets, très demandeurs du lancement de l'expérimentation, pour y contribuer et l'enrichir. Ils permettront ainsi d'ancrer en France un modèle d'« aide aux aidants » qui a fait ses preuves dans de nombreux pays pionniers en matière d'adaptation de la société au vieillissement.

#### 4. Le développement de l'accueil familial

Enfin, parmi les formes intermédiaires d'accueil entre le domicile et l'établissement, le projet de loi, à l'article 39, promeut le développement de l'accueil familial, hébergement à titre onéreux proposé par des particuliers bénéficiant de l'agrément du conseil général comme accueillants familiaux.

Prévu pour des accueils temporaires, séquentiels, à temps plein ou à temps partiel, l'accueil familial illustre la diversification des solutions d'accueil des personnes âgées ou adultes handicapées intervenue au cours des dernières années. On compte aujourd'hui près de 10 000 accueillants familiaux en France. L'accueil familial s'effectue par l'intermédiaire de contrats dits « gré à gré », conclus directement entre l'accueillant familial et la personne accueillie, ou auprès du salarié d'une personne morale de droit public ou de droit privé, le salariat restant toutefois très marginal aujourd'hui.

Différents obstacles au développement de l'accueil familial existent aujourd'hui, le principal d'entre eux tenant à la précarité du statut de l'accueillant familial ainsi qu'aux difficultés de professionnalisation des intervenants.

Bien qu'il ne représente en conséquence qu'une part très faible des dispositifs de prise en charge des personnes âgées ou handicapées, ses nombreux avantages en font un mode d'hébergement intéressant : l'accompagnement est personnalisé et stimulant ; la prise en charge professionnelle est économique et de proximité ; il est particulièrement adapté à l'exercice du « droit au répit » pour les proches aidants.

Afin de développer l'accueil familial, l'article 39 modifie les conditions d'agrément de l'activité d'accueillant familial. Ses conditions de délivrance sont précisées. Le contrat d'accueil de la personne hébergée est amélioré : la personnalisation est accentuée ; la possibilité de recourir aux chèques emploi-service est consacrée ; les droits de la personne accueillie sont renforcés. Enfin, les obligations de formation des accueillants familiaux sont enrichies, par l'introduction notamment d'une initiation obligatoire aux gestes de secourisme.

L'approche globale du projet de loi permet ainsi d'insérer une forme d'accueil encore trop méconnue dans la gamme des offres proposées aux personnes en perte d'autonomie, ce qui lui permettra d'exercer le « libre choix » consacré par l'affirmation du respect de son projet de vie, à l'article 20 du même projet de loi.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### AUDITIONS DE LA MINISTRE

*La Commission entend Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, sur le présent projet lors de sa séance du mardi 8 juillet 2014.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Mes chers collègues, je tiens tout d'abord à remercier Mme la secrétaire d'État de venir nous présenter les dispositions du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, adopté par le conseil des ministres du 3 juin dernier.

Je tiens à excuser Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, qui ne peut être parmi nous, car elle est retenue par la fin de la conférence sociale qui s'est déroulée ces deux derniers jours et dont M. Rebsamen, ministre du travail, viendra nous entretenir demain.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement a fait l'objet d'un travail préparatoire important, notamment d'une large concertation dans laquelle notre collègue Michèle Delaunay a pris une part essentielle. Il a également fait l'objet d'une appréciation positive du Conseil économique, social et environnemental qui a considéré qu'il allait « dans le bon sens en proposant un changement de regard sur le vieillissement et des mesures d'anticipation de la perte d'autonomie ».

Nous examinerons les articles de ce texte la semaine prochaine, le mercredi 16 juillet matin, après-midi et soir, et le jeudi 17 au matin, avec une suite la semaine suivante si nécessaire.

La discussion en séance publique est prévue à l'automne prochain, au plus tôt lors de la session extraordinaire envisagée en septembre, sans qu'une date précise ait à ce jour été arrêtée. Mais peut-être Mme la secrétaire d'État pourra-elle nous donner des indications plus précises à ce sujet.

Ce projet de loi, qui traite du soutien aux personnes âgées vivant à domicile, s'articule autour de trois axes : anticiper pour prévenir la perte d'autonomie, adapter les politiques publiques au vieillissement, améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Il s'agit d'une première étape puisqu'un deuxième projet de loi, relatif à l'accompagnement des résidents des maisons de retraites, viendra le compléter.

Je crois que l'on peut se réjouir que notre majorité ait permis à ce texte attendu depuis longtemps, souvent annoncé mais jamais concrétisé, de devenir une réalité.

Madame la secrétaire d'État, vous avez la parole.

**Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie.** Je vous prie tout d'abord d'excuser Marisol Touraine, retenue par la conférence sociale. Nous souhaitons toutes les deux vous présenter notre vision commune du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Trop longtemps repoussé par nos prédécesseurs, ce texte est le fruit d'un travail mené depuis près de deux ans et qu'a initié Michèle Delaunay, à laquelle Marisol Touraine et moi-même voulons ici rendre hommage.

Il est également l'aboutissement d'une concertation qui a rassemblé l'ensemble des acteurs du vieillissement. Les échanges réguliers et continus avec les associations d'élus, de gestionnaires, de personnes âgées et de leurs familles, avec les représentants des secteurs du logement et des transports ont permis d'améliorer et d'enrichir ce texte. Il faut rappeler que nous avons une base de départ précieuse nourrie par les trois rapports remis en mars 2013 au Premier ministre par Martine Pinville, Luc Broussy et Jean-Pierre Aquino.

Nous tenons aussi à rappeler que le vieillissement est un enjeu majeur pour les décennies à venir et que, malgré un contexte économique contraint, nous avons le devoir d'avancer en portant un projet global qui mobilise l'ensemble des politiques publiques. C'est chose faite avec ce projet de loi tant attendu par les acteurs du secteur, en particulier le monde associatif.

Marisol Touraine aurait souhaité vous faire part de quatre points essentiels qui ont guidé ses choix dans la construction de ce texte que je détaillerai tout à l'heure.

En premier lieu, ce projet de loi permettra d'attaquer les inégalités à la racine. Anticiper, prévoir, c'est nous donner les moyens de repérer et de combattre les premiers facteurs de risque de perte d'autonomie.

Deuxième point : ce texte traduit l'ambition du Gouvernement de poursuivre le mouvement de prise en charge collective du vieillissement, initié par le gouvernement de Lionel Jospin. Je souhaite ici rendre hommage à Paulette Guinchard au nom de laquelle l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) restera éternellement associée.

Troisième point : nous voulons porter une politique globale. La plupart de nos aînés vieillissent sans incapacité. Pour autant, ce n'est pas à eux de s'adapter à l'urbanisme, aux transports ou au logement ; c'est aux politiques de l'urbanisme, des transports et du logement de le faire. Ainsi, les politiques en la matière ont une place à part entière dans ce texte.

Enfin, le point majeur qui a guidé les choix lors de l'élaboration de ce projet de loi est celui du renforcement du soutien aux aidants familiaux.

Ce texte s'inscrit ainsi pleinement dans la politique menée par cette majorité depuis plus de deux ans. Sa cohérence est totale avec l'action conduite par Marisol Touraine dans le champ de la santé et dans celui de notre protection sociale : le renforcement de la prévention, la personnalisation des politiques publiques, la préservation et le renforcement de notre système solidaire.

L'adaptation de notre société au vieillissement est l'un des plus grands chantiers qu'il nous revient de conduire au cours du quinquennat.

Ce texte de programmation et d'orientation propose – c'est une première – d'aborder la double dimension du bien vieillir et de la protection des plus vulnérables.

Notre responsabilité est en effet de changer les représentations du grand âge et de renforcer la lutte contre les inégalités sociales. Le Conseil économique, social et environnemental, dans son avis rendu le 26 mars 2014, s'est d'ailleurs félicité de ce changement de regard proposé par le projet de loi à travers notamment la distinction entre vieillesse et dépendance.

Le projet de loi qui nous réunit aujourd'hui est centré sur la prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement à domicile et en habitat collectif intermédiaire, en réponse aux aspirations de la majorité de nos concitoyens. En effet, beaucoup souhaitent vieillir à domicile dans les meilleures conditions, et nous souhaitons les y aider. Aussi le texte développe-t-il une action globale et transversale, reposant sur trois piliers complémentaires : anticiper/prévenir, adapter la société, accompagner la perte d'autonomie.

L'anticipation doit permettre de repérer et combattre les facteurs de risque de la perte d'autonomie, de développer les actions individuelles et collectives de prévention et de promouvoir une vision moderne des aides techniques en complément, et non en remplacement, des aides humaines, indispensables à la promotion du « vivre ensemble ».

Le second volet est le plus interministériel car il doit nous permettre d'adapter toutes les politiques publiques au vieillissement, en particulier celles du logement, de l'urbanisme et des transports. Il a fait l'objet d'un long travail entre les ministères concernés. L'habitat doit accompagner l'avancée en âge. S'agissant des logements privés, un plan national d'adaptation de 80 000 logements d'ici à 2017 avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) est programmé, conformément à l'engagement présidentiel. L'habitat intermédiaire entre le domicile et la maison de retraite doit être développé et modernisé. De façon emblématique, les « logements foyers » seront renommés « résidences autonomie », leurs missions seront redéfinies et une aide financière, « le forfait autonomie », sera attribuée pour renforcer les actions de prévention conduites au sein de ces structures. Il s'agira également de sécuriser le modèle économique des résidences services, en conditionnant le paiement des charges liées aux services à leur réelle utilisation.

Enfin, le dernier pilier a vocation à améliorer l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. La loi engage un acte II de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au service du maintien à domicile, douze ans après sa mise en place par le gouvernement de Lionel Jospin. Concrètement, les personnes âgées bénéficieront d'une augmentation importante du nombre d'heures d'aide à domicile (1 heure par jour supplémentaire pour les plans d'aide les plus lourds), accompagnée d'une réduction du ticket modérateur. En résumé, le projet de loi permettra une meilleure couverture des besoins par plus de prestations, avec des plans d'aides diversifiés, et une participation financière réduite pour les usagers. Le fil conducteur du Gouvernement pour plus de justice trouve ici une illustration concrète qui se traduira dans le quotidien des familles.

En établissement, les axes prioritaires concernent la transparence des tarifs sur la base d'un socle de prestations identiques, ainsi que l'encadrement de l'évolution des tarifs.

En outre, le respect et la dignité des personnes âgées vulnérables sont renforcés par la réaffirmation de leurs droits, en particulier lors la signature du contrat de séjour en établissement, et par les mesures prises pour lutter contre les abus de faiblesse. La liberté d'aller et venir librement est inscrite dans le code de l'action sociale et des familles, au même titre que le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité. Un espace de réflexion commune est aussi ouvert sur la délicate question du consentement et de l'expression de la volonté lorsque des personnes en établissement rencontrent des difficultés dans la connaissance et la compréhension de leurs droits. L'introduction de la personne de confiance est une première piste et le Gouvernement est ouvert à une réflexion plus large qui permettra, nous l'espérons, d'avancer plus encore pour ne pas restreindre à l'excès la parole de ceux de nos concitoyens que l'âge a rendu tout particulièrement vulnérables.

Enfin, les aidants sont fortement soutenus par ce texte de loi, qui reconnaît leur rôle dans l'accompagnement et leur droit au répit, en finançant l'accueil ou l'hébergement temporaire de la personne aidée dans une structure adaptée.

Un volet transversal relatif à la gouvernance unifie par ailleurs la représentation des personnes âgées et favorise leur participation à l'élaboration des politiques publiques les concernant. Le titre IV du projet de loi a fait l'objet, dans la version sur laquelle vous travaillez, du retrait d'un certain nombre de dispositions relatives à la gouvernance locale. Le Gouvernement juge en effet incontournable la mise en cohérence avec la réforme territoriale, mais aussi avec le projet de loi santé. Les articles ont été réservés, ce qui nous permettra de retravailler ces questions essentielles de gouvernance. Compte tenu des calendriers, les débats en séance seront un moment privilégié pour cette mise en cohérence qui tiendra compte des récentes prises de parole du Premier ministre concernant la particularité des territoires ruraux dans la réflexion sur le devenir des conseils généraux.

Il est important de noter que le projet de loi comprend également un rapport annexé qui permet notamment de présenter les plans thématiques, dont plusieurs sont d'ores et déjà lancés : lutte contre l'isolement grâce au programme MONALISA, promotion de l'activité physique adaptée, prévention de la dépression et du suicide des personnes âgées, bon usage du médicament, promotion d'un urbanisme intergénérationnel – avec le label « Ville amie des aînés » –, développement de la filière industrielle du bien vieillir, professionnalisation du secteur par le plan métier autonomie.

Concernant la question du financement des mesures nouvelles, le Gouvernement n'a pas la prétention de répondre à l'ensemble des besoins avec l'enveloppe dédiée, qui était connue dès l'ouverture de la concertation. Nous souhaitons toutefois rappeler que, dans le contexte actuel de tensions sans précédent sur les finances publiques, les 645 millions d'euros par an – dotation appelée à augmenter dans les années à venir – représentent un effort important rendu possible grâce à la solidarité nationale et à l'engagement présidentiel.

Cette somme permet à la fois de financer le volet Accompagnement de la loi à hauteur de 460 millions d'euros, comprenant la revalorisation de l'APA à domicile – 375 millions d'euros – et le droit au répit pour les aidants – 78 millions –, mais aussi de dégager de réelles marges de manœuvre pour le volet Anticipation/Prévention – 85 millions d'euros –, ce qui n'a jamais été fait précédemment. Enfin, le financement du volet Adaptation à hauteur de 84 millions d'euros sera assuré pendant la phase de montée en charge. La totalité de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, la CASA, sera donc bien affectée à la loi dès son entrée en vigueur.

La compensation à 100 % par l'État de ces mesures nouvelles permettra par ailleurs un meilleur équilibre entre la participation financière de l'État et celle des départements.

Concernant la réforme de l'accompagnement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), celle-ci demeure notre objectif à moyen terme. Cette nouvelle étape pourra intervenir lorsque le redressement des finances publiques engagé par le Gouvernement aura produit ses effets. En matière de tarification, un choc de simplification visera à renforcer la responsabilisation des gestionnaires et l'efficacité des établissements, en lien avec les chantiers en cours tels que les études de coûts et la réforme du référentiel PATHOS.

Je voudrais enfin aborder la situation des services d'aide à domicile qui sont un maillon essentiel pour un accompagnement à domicile professionnel, sécurisé et respectueux des habitudes de vie des personnes. En effet, le maintien à domicile suppose de s'appuyer sur des réseaux d'aide à domicile sécurisé et professionnalisé. Or la situation du secteur d'intervention auprès des publics fragiles préoccupe à la fois le Gouvernement et de nombreux parlementaires. La mobilisation du fonds de restructuration à hauteur de 130 millions d'euros de 2012

à 2014 a été un soutien significatif. Il nous faut désormais construire des réponses pérennes en lien avec les départements, les agences régionales de santé (ARS), qui disposent d'une vision d'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale sur les territoires, et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

À travers la réforme de l'APA à domicile, la loi va apporter naturellement un développement de l'activité par une meilleure solvabilisation de la demande. Une revalorisation des salaires est également prévue. Au total, 375 millions d'euros sont consacrés à ces mesures. Mais cela ne suffira pas à résoudre les problèmes que connaît le secteur. C'est pourquoi le projet de loi comporte également des articles relatifs à la refondation de l'aide à domicile et à l'expérimentation d'une offre plus intégrée entre l'aide et les soins à domicile, avec les services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD). Nous devons aboutir collectivement à des avancées structurelles de simplification et de meilleure régulation de l'offre.

Mesdames, messieurs les députés, je vous remercie de votre attention. Nous savons avec Marisol Touraine pouvoir compter sur vous pour enrichir ce texte qui nous permettra de relever cet immense défi du vieillissement de la population et de profiter pleinement de cette opportunité que représente l'allongement de la durée de vie.

Nous espérons retrouver les bancs de l'Assemblée dès la rentrée pour enfin débiter l'examen de ce texte concret et utile pour améliorer le quotidien des familles. Je souhaite un dialogue le plus ouvert possible ; nous sommes sensibles aux propositions des parlementaires. Ainsi, ce texte apportera la preuve à nos concitoyens que la représentation nationale sait se rassembler sur les grands sujets.

**Mme Martine Pinville, rapporteure.** Je me félicite de l'ambition forte de ce projet de loi, dont le titre est éloquent. Il promeut un changement de regard, car s'adapter au vieillissement, c'est tirer pleinement parti de la longévité en prévenant la perte d'autonomie et en améliorant globalement notre cadre de vie.

Ce projet de loi, fruit d'une longue concertation avec tous les acteurs menée avec énergie par notre collègue Michèle Delaunay, était très attendu. Aussi pouvez-vous nous préciser à grands traits, madame la secrétaire d'État, le calendrier envisagé qui nous conduira à la promulgation de la loi et à sa mise en application ?

On sait que le produit de la CASA va financer de manière pérenne les mesures du projet de loi en matière d'APA à domicile, d'accès aux aides techniques, et de développement des résidences autonomie. Mais compte tenu des différents paliers d'entrée en vigueur, quelle sera l'utilisation du solde pendant la phase intermédiaire ?

Le projet de loi affirme, pour la première fois, le droit de toute personne âgée qui bénéficie d'une aide publique au respect de son projet de vie : le libre choix entre domicile et établissement est donc consacré. Il se fonde sur une



évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins, dans le cadre de l'APA, pour mieux prendre en compte l'environnement de vie et la contribution des proches aidants, également reconnus pour la première fois.

De même, le projet de loi consacre la liberté d'aller et venir en établissement et encadre strictement les restrictions qui y sont apportées pour les personnes les plus fragiles. Dans ce domaine, à la frontière du droit de la protection des majeurs, il sera sans doute nécessaire d'apporter des précisions. Pouvez-vous nous indiquer vos intentions à cet égard ?

Concernant l'APA, je me félicite que soient écartées les approches restrictives consistant, par exemple, à réserver l'allocation aux plus fortes pertes d'autonomie, les GIR 1 à 3. Une telle mesure était préconisée dans le cadre de travaux précédents, mais elle allait à l'encontre de l'objectif de prévention. Apporter les aides de manière précoce, c'est en effet prévenir le mauvais vieillissement. À rebours de ces approches, vous nous présentez donc une amélioration de l'APA particulièrement significative dans le contexte budgétaire.

Pouvez-vous préciser les modifications apportées aux plans d'aide de l'APA, en particulier pour les personnes dont les revenus sont les plus modestes et les plans d'aide les plus lourds ? Comment envisagez-vous de réduire la disparité des pratiques de définition des plans ou d'évaluation de la perte d'autonomie selon les départements ?

Le projet de loi d'orientation se fixe comme objectif de permettre à la personne de résider le plus longtemps possible dans un domicile adapté. Aussi convient-il d'améliorer la cohérence entre les services d'aide et d'accompagnement à domicile et les établissements.

La réduction des inégalités d'accès aux aides humaines peut être un des grands marqueurs de cette réforme. Le projet de loi définit de nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Pouvez-vous en préciser les effets attendus ?

De nombreuses interrogations persistent concernant les services à domicile qui font l'objet d'un simple agrément qualité par l'État : ils ont parfois contribué à faire baisser la tarification appliquée par les conseils généraux aux services autorisés, souvent bien en dessous des coûts occasionnés par l'intervention de personnels convenablement formés et expérimentés.

Si l'apparition de nouveaux intervenants privés répond aux principes de la liberté d'entreprise, une meilleure régulation est manifestement nécessaire. Pouvez-vous préciser les effets attendus du projet de loi pour pérenniser l'action du monde associatif et permettre à tous les services d'aide et d'accompagnement à domicile de répondre à une demande qui va croître dans les années à venir ?

Des expérimentations sont prévues, mais quelle sera l'étape suivante ? Faut-il d'ores et déjà définir un nouveau modèle d'ensemble ?

La question de la gouvernance me paraît donc cruciale. Il faut développer des politiques d'ensemble de la vieillesse comme il existe des politiques d'ensemble de la jeunesse. En matière de jeunesse, on mobilise différents acteurs pour accompagner et faciliter l'acquisition de l'autonomie ; en matière de vieillesse, il faut parvenir à faire de même pour préserver le capital d'autonomie, en prévenir puis en compenser la perte.

En ce qui concerne la gouvernance nationale des politiques de l'autonomie, je me félicite de la création du Haut Conseil de l'âge. Cette instance n'a-t-elle pas vocation à être rapprochée d'autres instances placées auprès du Premier ministre dans tous les domaines qui touchent la famille ?

Je me félicite également de la volonté du Gouvernement de développer les fonctions de coordination et d'animation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La CNSA est devenue en quelques années une instance reconnue et crédible : lui confier de nouvelles compétences en termes de prévention, d'appui méthodologique ou encore d'information du public, va asseoir sa légitimité. Cela améliorera la coordination et le pilotage des politiques de l'autonomie au niveau national.

Cette remarque me conduit néanmoins à vous faire part de mes interrogations relatives à la gouvernance locale des politiques de l'autonomie.

L'avant-projet de loi examiné par le Conseil économique, social et environnemental consacrait de nouvelles instances de gouvernance au niveau local. Or elles ne figurent plus dans le projet de loi.

La conférence des financeurs dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie constitue une avancée majeure pour coordonner les financeurs locaux, l'Agence nationale d'amélioration de l'habitat, l'action sociale des caisses de retraite et des complémentaires. Pour autant, nous sommes nombreux à considérer que les outils de gouvernance locale pourraient être refondus au niveau du département. Quelles sont vos intentions au regard du projet de loi de réforme territoriale ? Peut-on généraliser les maisons départementales de l'autonomie (MDA), qui existent déjà dans certains départements ?

Comment réunir dans une même enceinte l'ensemble des acteurs concernés par la perte d'autonomie sur un territoire – financeurs, associations de personnes âgées, familles, professionnels ?

Enfin, ce projet de loi d'orientation fait de l'adaptation de la société au vieillissement une priorité de l'ensemble des politiques publiques. Cet objectif, nous ne le perdrons pas de vue lors de l'examen des textes à venir. Pouvez-vous préciser l'articulation avec le projet de loi de santé publique ? Allez-vous contribuer à enrichir l'avant-projet de loi de santé parallèlement à l'examen du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement ?

Je finirai par une dernière interrogation plus technique. L'article 55 du projet de loi prévoit d'habiliter le Gouvernement à réformer par ordonnances l'organisation du contentieux de l'aide sociale. Compte tenu de la complexité du sujet, nous comprenons cette demande, mais il me semblerait utile que vous nous précisiez les intentions du Gouvernement.

**Mme Fanny Dombre Coste, rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Je tiens d'abord à saluer ma voisine, Michèle Delaunay pour tout le travail qu'elle a accompli sur ce texte.

Rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques sur ce projet de loi, plus particulièrement sur les questions relatives au logement, je tiens tout d'abord à manifester mon soutien à ce texte et à son approche transversale des enjeux de la révolution de l'âge et des réponses à y apporter.

Quelques jours après la sortie du rapport de la Fondation de France sur l'isolement, on mesure l'importance à l'échelle d'une société de savoir anticiper ce phénomène du vieillissement. J'apprécie tout particulièrement la volonté affichée de dépasser les cloisonnements de l'organisation des secteurs de la santé, du médicosocial, de la vie associative ou économique, pour définir une stratégie d'adaptation de la société au vieillissement transversale et globale qui anticipe la perte d'autonomie et qui s'appuie sur les spécificités territoriales pour se déployer.

Je m'intéresserai plus particulièrement à la question du logement. Je salue l'esprit de ce texte qui vise à lever les freins pour permettre le développement d'une offre diversifiée de logements tout en affichant l'objectif prioritaire, le maintien à domicile.

Je salue la volonté d'accompagner la modernisation des logements foyers, de sécuriser les résidences services en faisant évoluer leur cadre juridique, mais aussi de créer un forfait autonomie pour financer les mesures de prévention collective.

Madame la secrétaire d'État, au-delà du cadre juridique renouvelé des résidences services et des logements foyers, comment envisagez-vous le développement du logement intermédiaire à coût social, avec un socle minimum de prestations de prévention de perte d'autonomie, mais aussi l'émergence de nouveaux modèles d'habitat partagé ? À cet égard, je pense au modèle que nous connaissons tous, celui des babayagas.

**Mme Joëlle Huillier.** Madame la secrétaire d'État, le groupe socialiste, républicain et citoyen souhaite vous faire part de sa satisfaction.

D'abord, parce que ce texte était attendu depuis de nombreuses années par les personnes âgées, leurs familles et l'ensemble des acteurs qui ont participé, à leur grande satisfaction, à la concertation dirigée par votre prédécesseur, notre collègue Michèle Delaunay.

Ensuite, parce que ce gouvernement de gauche n'a pas failli à l'un des soixante engagements du Président de la République, alors que son prédécesseur de droite avait, pendant cinq ans, sans cesse parlé d'une réforme, sans jamais la faire.

Satisfaction donc d'un texte d'orientation et de programmation qui développe une vision globale, sociétale du vieillissement, et qui ne se limite pas aux seules questions de l'accompagnement et du financement.

Satisfaction de la priorité donnée à la prévention, à travers le développement de l'habitat collectif (résidences autonomie et résidences services), l'adaptation des logements, des transports, de l'espace et des politiques publiques sur les territoires, mais aussi la mise en place de la conférence des financeurs au niveau local.

Satisfaction de l'amélioration des prestations de maintien à domicile, avec un acte II de l'APA qui permettra une hausse du nombre d'heures d'aides et une baisse du reste à charge.

Satisfaction du soutien concret apporté aux aidants, avec la création tant attendue d'une aide au répit.

Satisfaction aussi de voir les droits et libertés des personnes âgées davantage sécurisés et garantis, notamment dans les établissements.

Satisfaction de la valorisation de l'engagement citoyen des âgés, avec la création du volontariat civique senior, mais aussi le renforcement de leur participation à la construction des politiques publiques au sein du Haut Conseil de l'âge.

Satisfaction, enfin, de voir mise en œuvre une véritable stratégie de filière des métiers de l'autonomie, qui veut faire du vieillissement non une charge, mais une chance pour l'économie française.

Pour autant, nous avons certaines interrogations ou demandes de précisions, madame la secrétaire d'État.

La première tient à la gouvernance locale. Nous avons bien compris le choix cohérent du Gouvernement d'articuler ce texte avec la réforme territoriale et la future loi de santé publique. Mais pouvez-vous nous donner votre position dans la mesure où la réussite de la loi dépendra en grande partie de sa mise en œuvre locale et que l'échelon, ou du moins le périmètre départemental, a fait preuve de sa pertinence en la matière ?

La deuxième question tient à l'avenir du secteur de l'aide à domicile, en crise depuis plusieurs années. Vous avez annoncé un plan d'actions pour la rentrée. Pouvez-vous nous en dire un peu plus, en particulier sur les perspectives de réforme de la tarification ?

La troisième tient à la distribution du forfait autonomie dans les foyers logements, futures résidences autonomie. La condition de non-cumul avec le forfait soins courants pour en bénéficier écarte d'emblée des établissements qui en ont pourtant besoin. Pensez-vous possible de permettre une mutualisation du forfait autonomie ?

La quatrième question tient à l'aide au répit. Pour qu'elle soit vraiment effective, l'accueil en hébergement temporaire doit se développer en parallèle. En la matière, qu'est-il prévu ? S'agissant de l'accueil familial, la limitation prévue dans le projet de loi à six contrats pour chaque accueillant ne serait-elle pas contreproductive ?

Enfin, si nous comprenons la volonté du Gouvernement de procéder par étapes, pouvez-vous nous donner des perspectives de calendrier quant à la réforme de la tarification des établissements ?

**M. Christophe Sirugue.** Au travers de la disparition des conseils départementaux pour la citoyenneté et l'autonomie (CDCA) au profit des comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA), il nous semble que la question de la gouvernance locale est insuffisamment traitée. Nous avons compris le lien que vous faites avec la réflexion engagée par le Gouvernement sur les territoires ; il n'empêche que la gouvernance locale demeure pour nous une priorité. Nous aimerions vous entendre à ce sujet, madame la secrétaire d'État.

Selon les accueillants familiaux, il existe une grande similitude entre leur activité et celle d'assistant familial et maternel. Pourtant, leur statut est différent et même précaire. Pensez-vous possible de faire évoluer leur statut, y compris vers le salariat ? Se pose également la question de l'organisation des congés pour ces accueillants familiaux.

Le besoin au répit des proches aidants ne fait pas discussion. Néanmoins, il nous semble qu'une organisation territoriale permettrait de faire face à la problématique de l'accueil d'urgence et de l'accueil séquentiel.

Enfin, s'agissant des organismes agréés ou autorisés, il existe une rivalité qui se solde parfois par des concurrences tarifaires importantes, voire une forme de dumping sur les territoires, qui aboutit à une fragilisation importante des structures autorisées. Comment résoudre l'équation entre la liberté d'entreprendre, d'un côté, et la défense d'un service au public de qualité, de l'autre ?

**Mme Bérengère Poletti.** Je souhaite en tout premier lieu souligner un problème méthodologique. Le président de l'Assemblée nationale a saisi, sur proposition du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, à la fin de l'année 2013, le Premier Président de la Cour des comptes d'une demande d'évaluation portant sur le développement des services à la personne. Martine Pinville et moi-même en sommes rapporteuses et rendrons nos travaux au Parlement après l'étude du texte, puisque nous devrions *a priori*, si vous nous le confirmez, étudier ce texte dans le courant du mois de septembre en séance. Vous

avouerez que c'est une bien curieuse manière d'éclairer les travaux des parlementaires – mais nous avons l'habitude dans cette maison de travailler dans la précipitation.

Les enjeux financiers et organisationnels pour notre société face au vieillissement de la population sont extrêmement importants et ont été bien identifiés comme tels depuis de nombreuses années.

Les personnes de plus de quatre-vingt-dix ans, au nombre de 500 000 environ en France, devraient être près de 3 500 000 en 2050. C'est dire combien il est essentiel pour nous de réfléchir à l'adaptation de notre société, tant en matière de prévention que dans le domaine de la prise en charge pratique et financière du vieillissement et de la dépendance, à domicile ou en établissement.

Il avait été prévu, lors du précédent mandat, de voter une grande loi qui nous permette de répondre à la totalité de ces enjeux. Mais le contexte de crise, dans lequel nous étions et sommes encore, nous a empêchés de proposer un texte engageant considérablement les finances de l'État français ; il vous empêche aujourd'hui de répondre globalement et totalement à ces mêmes questions.

Ainsi, à l'heure où nos concitoyens attendent en priorité une aide significative sur le reste à charge en établissement, qui peut atteindre dans certaines régions plus de 3 000 euros par mois, alors que la retraite moyenne des femmes est de 1 000 euros par mois, vous nous proposez de réfléchir quasi exclusivement à une prise en charge à domicile. Je présage la grande déception de nos concitoyens, car le maintien à domicile n'est malheureusement pas toujours possible.

Comme le disait une des personnes auditionnées récemment par la rapporteure du texte, « si vous reconnaissez que votre texte est modeste, nos critiques seront modestes ». D'autant que cette loi a été précédée par ce que nous n'aurions jamais osé faire, mais que vous avez fait : la mise en place d'une taxe dans le courant de l'année 2013, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), payée par les retraités, certes dirigée vers la CNSA, mais reprise par le biais de la dotation CSG, et donc détournée aux fins d'autres politiques, en l'occurrence le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Votre texte propose donc que la CASA revienne enfin à ses destinataires désignés comme tels au moment de sa mise en place. La moitié environ de ce que rapporte cette taxe sera destinée à revaloriser l'APA qui devrait déclencher un financement en moyenne de deux heures supplémentaires d'aide à domicile par mois.

Je me permets à ce stade de vous rappeler que ce texte ne résout en aucun cas les difficultés actuelles des départements à faire face au financement de l'APA. Cette problématique est pourtant de plus en plus pesante pour les budgets des conseils généraux, du fait du nombre grandissant des attributaires de cette prestation, qui d'ailleurs au moment de sa mise en place ne bénéficiait d'aucun

financement. Nous allons donc aujourd'hui générer des dépenses supplémentaires, certes compensées au début. Mais qu'en sera-t-il à l'avenir, particulièrement dans un contexte de réforme territoriale, où vous nous annoncez la disparition des départements ? Car par quelle entité ces derniers pourraient-ils être avantageusement remplacés ?

Le montant total de l'effort public consacré à la compensation de la dépendance est estimé à près de 22 milliards d'euros, soit 1,1 % du PIB. Les précédentes majorités ont d'ailleurs, chaque année, augmenté considérablement l'ONDAM médicosocial de façon à moderniser les établissements accueillant les personnes âgées dépendantes. Ce coût passerait à 30 milliards d'euros à l'horizon 2025, soit une hausse de 40 %. Nous le voyons bien : les enjeux financiers se situent très largement au-delà des 645 millions d'euros de la CASA.

J'en viens à mes questions, madame la secrétaire d'État.

Dans la mesure où les caisses de retraite, on le voit sur le terrain, se retirent de plus en plus du financement de l'aide à domicile pour les GIR 5 et 6, que proposez-vous pour leur prise en charge ?

Ensuite, 26,5 % de la CASA sont destinés à financer les mesures de prévention. Que pouvez-vous nous dire sur la répartition de ces crédits et quels objectifs poursuivrez-vous, puisque ceux-ci ne sont pas définis dans ce texte ?

En outre, quelles actions dans ce domaine répondront à la stratégie nationale de santé ?

Quatrièmement, 78 millions d'euros sont fléchés vers la partie « aide aux aidants ». L'étude d'impact du texte évoque 600 000 personnes âgées dépendantes, soit 130 euros par personne et par an. Or vous nous parlez d'une cible d'une semaine de répit en hébergement temporaire. Le rapport annexé laisse supposer que seuls les GIR 1 et 2 pourraient bénéficier de cette semaine d'hébergement temporaire. Ce serait d'autres actions type « heure de ménage » ou aide à domicile supplémentaire dont pourraient bénéficier les autres que cette population cible. Pouvez-vous développer cette partie importante du texte ?

Cinquième question : le chapitre VI aborde la problématique des tarifs d'hébergement en EHPAD, notamment par la définition d'un tarif socle pour lequel nous souhaiterions des explications supplémentaires. Cette partie du texte augure-t-elle du renoncement du Gouvernement à présenter un deuxième texte sur la prise en charge dans les établissements ?

Enfin, le texte crée un Haut Conseil de l'âge qui se substituera au Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA). À l'époque où l'argent public est rare, n'est-il pas temps de renoncer à la création de tous ces hauts conseils qui fleurissent ici et là et engagent à chaque fois des crédits de fonctionnement importants ? N'est-ce pas le rôle du Conseil économique, social et

environnemental d'assumer la mission d'évaluation et de prospective, y compris dans le domaine des politiques autour des personnes âgées ?

**M. Arnaud Richard.** Le projet de loi vise à apporter une réponse à la dépendance, préoccupation majeure de nos concitoyens. Il est d'autant plus attendu que la question du vieillissement et de la dépendance est un défi majeur pour notre société.

Un défi pour la cohésion sociale, d'abord. Alors que la proportion des plus de soixante-quinze ans dans notre pays devrait doubler d'ici à 2050, la qualité de notre modèle de société se mesurera à la capacité à garantir la dignité des personnes âgées dépendantes.

Un défi financier, ensuite, qui engage la préservation de ce modèle social. En effet, le vieillissement de la population devrait engendrer des dépenses supplémentaires de l'ordre de deux à trois points de PIB d'ici à 2025.

Un défi en termes de pouvoir d'achat, car le reste à charge atteint des niveaux insoutenables pour les familles. Les ménages acquittent au moins 7 milliards d'euros par an en complément des ressources fournies par la solidarité nationale pour la couverture des frais liés à la dépendance.

Enfin, un défi au regard de la simplification et de l'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes. Il s'agit de garantir une prise en charge de qualité face au parcours du combattant auquel sont confrontées les personnes dépendantes, afin de le simplifier et d'accompagner les familles et les aidants.

Face à ces enjeux cruciaux, le groupe UDI regrette la méthode choisie par le Gouvernement, et je m'associe aux propos de ma collègue Bérengère Poletti sur ce point. Avec ce projet de loi, la priorité est clairement donnée au maintien à domicile, au détriment de la prise en charge de la perte d'autonomie en établissement, et ce alors que 657 000 personnes âgées, dont 42,5 % des quatre-vingt-quinze ans et plus résident dans plus de 10 000 établissements d'hébergement.

En outre, nous nous inquiétons du flou qui demeure quant au calendrier de l'examen d'un second projet de loi qui doit être présenté au cours de la seconde partie de ce quinquennat. La réforme de la dépendance – engagement numéro dix-huit du Président de la République – est donc en suspens.

Nous regrettons également les insuffisances majeures de ce projet, auxquelles la discussion parlementaire pourra peut-être remédier. Pour nous, la perte d'autonomie ne se résume pas à la seule question du grand âge.

Aussi regrettons-nous que ce projet de loi ne procède pas à une véritable harmonisation de l'évaluation des situations de dépendance avec la mise en place d'un référentiel d'éligibilité unique qui permettrait d'intégrer les situations du handicap comme ouvrant droit à une rente évaluée en fonction du degré de



dépendance de la personne. Une telle réforme permettrait de corriger les imperfections de la grille AGGIR.

En outre, ce texte ne prévoit aucune mesure digne de ce nom pour le secteur des services à la personne. Or ce secteur a été fragilisé avec le plafonnement global des avantages fiscaux, l'augmentation de la TVA, la suppression du forfait, alors même qu'il joue un rôle essentiel dans la prise en charge de la perte d'autonomie.

Au nom de mon groupe, je souhaite vous interroger sur trois points précis, madame la secrétaire d'État.

Les mesures en faveur des 4,3 millions d'aidants ne peuvent constituer qu'un premier pas vers une reconnaissance pleine du rôle de l'aidant à travers la création d'un statut de l'aidant à part entière. Le Gouvernement est-il prêt à avancer sur ce sujet essentiel ?

L'enveloppe de 40 millions d'euros prévue pour l'adaptation des 80 000 logements aux contraintes de l'âge et du handicap sera notoirement insuffisante pour atteindre cet objectif. En outre, la portée de cette mesure est extrêmement faible, ces 80 000 logements ne représentant que 0,3 % des logements en France. Des mesures plus importantes sont-elles prévues en la matière ?

Enfin, le projet de loi n'est pas suffisamment ambitieux concernant la réduction des inégalités sociales et territoriales, alors que de fortes disparités demeurent en matière de gestion des aides au niveau départemental. Le rôle d'appui méthodologique et d'harmonisation des pratiques, confié à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ne permettra pas, selon nous, d'apporter une réponse à la hauteur de cet enjeu.

Je me dois de reconnaître que, dans ce contexte de tension budgétaire extrême, la majorité actuelle s'attelle à cette question laissée en jachère par la précédente majorité. Pour autant, ce texte n'est pas à la hauteur des défis humains et financiers de la dépendance. C'est pourquoi nous ferons des propositions concrètes pour l'améliorer.

**Mme Véronique Massonneau.** Prendre en compte le vieillissement de la population et faire en sorte que notre société soit adaptée et apporte à chacune et chacun les solutions, l'accompagnement dont nos concitoyens ont besoin pour garder le maximum d'autonomie ou l'accompagnement dans leur perte d'autonomie, tel est l'objectif que nous devons nous fixer. C'est l'objectif annoncé pour ce projet de loi, et nous ne pouvons que nous en féliciter. Une telle loi était très attendue lors de la précédente mandature, mais n'a jamais vu le jour. Cela est bien dommage car la situation actuelle montre qu'il y a urgence.

Au même titre que l'accessibilité des personnes en situation de handicap – pour lesquelles des décisions ont été prises –, l'adaptation de la société au

vieillesse est une question de solidarité et d'égalité – une solidarité transgénérationnelle et une égalité face à la perte d'autonomie.

Les écologistes prônent une politique inclusive où l'autonomie doit être le principe recherché et où l'on ne stigmatise pas une quelconque dépendance. Les politiques publiques doivent permettre de placer chaque citoyen sur un pied d'égalité, quel que soit son âge ou son handicap. Une politique qui englobe les différents niveaux concernés, du principal intéressé à son entourage, en passant par les acteurs sociaux, est la source d'une adaptation réussie de la société au vieillissement.

Les personnes âgées sont un véritable atout pour notre société, notamment grâce à leur investissement associatif. Mais ne nous pouvons les envisager au travers de ce que l'on appelle cyniquement la Silver économie. Certes, des entreprises spécialisées dans les services à la personne peuvent apporter des réponses à des besoins spécifiques, mais il n'est pas supportable de voir proliférer un secteur ne voyant les personnes âgées que comme une cible marketing ou une poule aux œufs d'or.

Un autre sujet, cher aux écologistes, est celui de la privation des libertés. Trop souvent, les personnes âgées en perte d'autonomie notamment sont déconsidérées dès lors qu'elles sont placées dans des foyers, des EHPAD ou autres structures d'accueil. Il est donc primordial de s'attarder sur cette question, afin de trouver une solution.

C'est sur ces bases que nous allons travailler pour l'examen de ce projet de loi en commission, puis en séance.

J'ai plusieurs questions à vous poser, madame la secrétaire d'État.

Tout d'abord, au sujet de la double compétence ARS-conseils généraux. L'articulation entre les deux est souvent compliquée, notamment dans le cadre du recrutement d'aides soignants ou d'infirmiers, et se conclut, faute d'accord, par l'incapacité à recruter pour les structures en demande. Pourtant, le vieillissement de la population risque d'entraîner un besoin croissant de personnel médical et social. Si l'on ne simplifie pas la procédure, on pourrait se retrouver dans une situation critique. Je souhaite connaître votre avis sur le sujet.

Les conseils généraux vont être une nouvelle fois au centre du financement de la solidarité envers les personnes âgées, comme le prévoit leur clause de compétence. Mais si on leur confère de nouvelles missions au titre de cette compétence, comment les financeront-ils ? Surtout, comment voyez-vous l'articulation entre la réforme territoriale, telle qu'annoncée par le Président de la République et le Premier ministre, et la suppression des conseils départementaux ? Doit-on acter une nouvelle loi pour 2020 qui sera chargée de créer une nouvelle source de financement ? Au lieu de charger les départements avant leur suppression, n'aurait-il pas été plus opportun de mettre en place ce fameux cinquième risque dans le budget de la sécurité sociale ?

Je m'interroge également sur la solvabilité des personnes âgées. Dans beaucoup de cas, et quelle que soit la structure d'accueil, le reste à charge après les frais de soins, de dépendance ou d'hébergement, est généralement encore très élevé et compliqué à gérer pour nos seniors. En outre, si l'on a pu observer que le niveau de vie des retraités s'est rapproché de celui des actifs ces dernières années, les différentes mesures prises à leur rencontre – report de la revalorisation, puis gel des pensions – ne vont pas faciliter la solvabilité des retraités. On ne peut décemment annoncer une volonté de mettre en œuvre une politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et, dans le même temps, instaurer des dispositifs qui vont à l'encontre de cet objectif.

Enfin, je m'étonne de l'absence d'un volet relatif aux personnes handicapées. La circulaire du 4 septembre 2012 relative à la politique transversale du handicap aurait pourtant dû avoir pour effet l'intégration d'un chapitre spécifique. D'autant que la montée en âge des personnes en situation de handicap est liée à la problématique de la perte d'autonomie. Aussi pourriez-vous nous indiquer comment ce projet de loi pourra s'appliquer pleinement à ces personnes en situation de handicap ?

**Mme Dominique Orliac.** Je salue à mon tour Michèle Delaunay pour le travail qu'elle a réalisé sur notre sujet d'aujourd'hui.

Permettez-moi tout d'abord, madame la secrétaire d'État, de vous remercier de votre présence devant notre commission.

Il était temps de se pencher sur une loi portant sur l'adaptation de la société au vieillissement. En 2060, environ un tiers des Français auront plus de soixante ans et les plus de quatre-vingt-cinq ans devraient représenter près de 5 millions de personnes. Des politiques publiques résolument solidaires seront indispensables, afin d'aider le mieux possible les seniors.

À l'heure actuelle, 78 % des personnes interrogées déclarent avoir peur de devenir dépendantes, sentiment qui augmente avec l'âge, puisque 87 % des soixante – soixante-neuf ans le ressentent. Au premier rang des inquiétudes figurent les problèmes liés au suivi de la maladie, à l'isolement, au risque domestique et à la prévention.

Ce texte s'articule autour de trois axes : l'anticipation de la perte d'autonomie ; l'adaptation des logements, de l'urbanisme et des transports ; l'accompagnement, avec une réforme de l'APA. Cette dernière semble cependant se limiter à l'APA à domicile.

Dans le cadre de nos débats sur le PLFSS, nous nous sommes rendus compte que le produit de la taxe de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie avait été affecté, pendant plusieurs années de suite, au fonds de solidarité vieillesse. Toutefois, 130 millions de crédits avaient été réaffectés en faveur des personnes âgées dépendantes ; ces sommes étaient initialement

prélevées sur les taxes instituées en faveur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Des critiques ont été émises, notamment par le président de l'association des directeurs des établissements pour personnes âgées, qui estime que les besoins appelés par le texte seraient de 3 à 4 milliards d'euros. Or le texte ne prévoit que les 650 millions de la CASA. Selon vous, cette somme sera-elle suffisante pour financer toutes les mesures prévues dans le texte ?

Est-il possible d'obtenir des précisions sur l'entrée en vigueur de cette loi ? Certes, les délais ne sont pas encore connus, mais les acteurs concernés sont inquiets, certains craignant qu'une entrée en vigueur de la loi en 2016 permette, pour une année supplémentaire, la réaffectation de la CASA au FSV. Pourriez-vous nous éclairer à ce sujet ?

Enfin, le Président de la République a annoncé la prolongation du plan Alzheimer pour 2014-2018 et son élargissement aux maladies neuro-dégénératives. Avez-vous une estimation quant à sa présentation ?

**Mme Jacqueline Fraysse.** Il est tout à fait nécessaire de réfléchir et de travailler en amont sur les problématiques liées au vieillissement de la population, puisque ce défi ne peut être relevé rapidement. Dans l'ensemble, le contenu de ce texte nous paraît positif. À ce stade, nous sommes donc davantage préoccupés par ce qui n'y figure pas.

En effet, ce texte n'aborde pas d'importantes questions auxquelles sont confrontées les personnes concernées. D'abord, trouver une place pour accueillir une personne âgée qui ne peut plus rester chez elle reste, pour beaucoup de familles, un problème difficile à régler. Certes, nous partageons la volonté affirmée dans ce texte de faire le maximum pour maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible à domicile et de multiplier les dispositifs en ce sens. Mais on ne peut nier qu'il n'est pas toujours possible de garder une personne âgée à domicile – même avec une aide – et que, dans certains cas, il est nécessaire de trouver une place dans un établissement spécialisé. Quelles mesures pouvons-nous envisager pour développer le nombre de places disponibles en établissement ?

S'agissant du reste à charge, évoqué par plusieurs collègues, nous savons à quel point il est très élevé par rapport au niveau des retraites. Souvent, les enfants, voire les petits-enfants doivent apporter leur contribution. Or le texte n'aborde pas ce point important.

Enfin, deux autres sujets ne sont pas traités dans ce projet de loi : l'un concerne les personnes handicapées vieillissantes – Mme Massonneau en a parlé – et l'autre les personnes immigrées âgées qui vivent aujourd'hui en foyer. À cet égard, un rapport très intéressant a été publié en juillet 2013, mais aucune des dispositions qu'il préconise n'a malheureusement été reprise ici.

**Mme Michèle Delaunay.** Nous ne pouvons que nous réjouir de l'examen de ce projet de loi. Certes, il était attendu depuis longtemps, mais l'heure n'est plus au regret. Ce sera l'honneur de notre gouvernement, l'honneur de notre groupe, l'honneur de tous ici, de trouver le consensus le plus large possible autour de ce texte, qui ambitionne de couvrir toute la période de l'avancée en âge – la retraite, de trente années en moyenne pour les femmes ; et deux générations, l'âge et le grand âge.

Cette réforme est novatrice. Nous allons ainsi sortir de la « démographie punitive ». Ce basculement des générations impacte notre société au moins autant que la transition énergétique.

C'est une réforme transversale, qui certes ne couvre pas tous les champs de cette transition démographique, comme la fiscalité, les successions, la famille ; mais je me réjouis que le ministère de la famille et celui des personnes âgées se trouvent aujourd'hui réunis.

C'est enfin une réforme très positive. Les baby-boomers, qui deviendront des happy-boomers, sont très nombreux et ont l'intention de s'emparer de la question de l'âge en démontrant que nous y pouvons quelque chose. Tel est l'objet de ce texte.

Le temps est donc venu de nous retrouver pour cette première étape de la loi. Il est important de prévoir le second acte, de mettre en place un groupe de travail, car la question n'est pas seulement celle du financement, elle est aussi celle de la conception que nous avons des maisons de retraite : hôpital ou lieu de vie ?

On comprendra donc que je ne pose pas de question, si ce n'est celle de l'agenda.

**M. Denis Jacquat.** Ce texte était attendu, car le reste à charge, pour le séjour en établissement comme pour le maintien à domicile, est un problème qui préoccupe les Français. Madame la secrétaire d'État, vous avez eu l'honnêteté de dire que le maintien à domicile se verrait attribuer une part de la somme disponible et qu'on verrait en suite, au fil de l'eau. Nos compatriotes attendent un calendrier précis de la prise en charge globale du maintien à domicile et, plus encore, du séjour en établissement, pour lequel le reste à charge est plus important.

Par ailleurs, lors des auditions organisées par la rapporteure, les associations ont demandé que le foyer logement devienne un vrai domicile – certains souhaitant même que l'EHPAD soit lui aussi considéré comme tel. Quelle est votre position à cet égard ?

Le problème des handicapés vieillissants est l'une de nos grandes préoccupations, à propos de laquelle il faut raisonner sans coût, car le nombre de ces personnes va aller croissant. Quant aux immigrés âgés, qui font l'objet du rapport que M. Alexis Bachelay et moi-même avons élaboré et qu'a cité

Mme Fraysse, c'est maintenant qu'il faut traiter leur situation, car le nombre des Chibanis va diminuer avec le temps.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Ce texte très attendu traduit l'ambition d'une véritable politique publique de l'autonomie. Anticipation, adaptation et accompagnement sont autant d'enjeux auxquels sont également confrontées les personnes en situation de handicap, faisant apparaître un lien entre les deux problématiques.

Jusqu'à ce jour, l'avancée en âge des personnes handicapées n'avait pas fait l'objet d'une attention spécifique dans les politiques publiques. Je salue donc l'initiative de cette grande loi sociétale, dont les dispositions bénéficieront aussi aux personnes en situation de handicap. De nombreux travaux ont été consacrés aux personnes handicapées, notamment un rapport récent sur le vieillissement de ces personnes, dont certaines des propositions pourraient enrichir le texte que nous examinons.

Pour ce qui est de la gouvernance, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) accompagne depuis sa création, voilà dix ans, toutes les mesures visant à permettre aux personnes âgées et aux personnes handicapées de trouver leur place et à apporter des réponses adaptées à leur situation. La CNSA doit donc être renforcée dans ses missions pour les années à venir et doit assurer sur le terrain un pilotage, une animation et une coordination qui permettront de développer des politiques sur les territoires.

Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) ont fait l'objet de nombreux échanges et d'une concertation constructive entre les différents acteurs, les personnes âgées et les personnes handicapées. Comment comptez-vous répondre à cet impératif de coordination locale s'ils ne figurent pas dans le texte ?

**Mme Véronique Louwagie.** Merci, madame la secrétaire d'État, pour cette présentation. L'adaptation de notre société au vieillissement est en effet souhaitable et il importe de bien vivre en vieillissant.

Vous avez évoqué la situation du logement en faisant allusion à un habitat intermédiaire entre le logement privé et la maison de retraite ou l'EHPAD, mais vous occulterez entièrement les besoins en nombre de lits dans les EHPAD sur les territoires.

Pouvez-vous, par ailleurs, nous en dire davantage sur les articles qui, comme vous l'avez indiqué, seront réservés au titre de la réforme territoriale et de la loi de santé publique que nous examinerons prochainement ?

En troisième lieu, vous avez présenté la ventilation des 645 millions d'euros, mentionnée dans l'étude d'impact – et, de fait, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoyait un total de produits de 650 millions d'euros pour la CASA –, mais il semble que vous n'ayez pas évalué les besoins, ni tenu

compte de leur évolution dans le temps, mais que l'étude d'impact soit fondée sur le seul produit pour 2014.

Enfin, je me réjouis d'entendre que vous souhaitez une meilleure régulation de l'offre de soins à domicile, car nous avons rencontré à cet égard des difficultés sur le terrain, notamment avec le nouveau contrat de travail à temps partiel.

**Mme Bernadette Laclais.** Madame la secrétaire d'État, je m'associe moi aussi aux remerciements qui vous ont été adressés par mes collègues. Je salue également Mme Michèle Delaunay, dont nous avons tous apprécié l'implication sur les sujets dont nous traitons aujourd'hui.

Le texte qui nous est soumis comporte de nombreux points positifs : l'article 3 avec l'accompagnement des aidants, l'article 8 avec le financement du soutien et de la formation des bénévoles, les articles 19, 20 et 21 avec la suppression de la notion de placement, l'article 22 avec le contrat de séjour, qui gère la liberté de circuler de la personne âgée, l'article 29 avec l'évaluation large des besoins de la personne, au-delà de la grille AGGIR, et le rôle prépondérant de l'équipe médico-sociale dans l'évaluation de ses besoins, l'article 36 avec la prise en charge du répit des aidants, l'article 42 avec la possibilité de saisir le juge aux affaires familiales pour les impayés, l'article 47 avec l'élargissement du rôle de la CNSA et l'article 52 avec l'élargissement du rôle des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA), qui ne sont plus une structure supplémentaire, mais un dispositif d'aide.

Des questions et des interrogations demeurent cependant, notamment à propos du développement de l'aide technique aux groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6, qui nous semble positif à condition qu'il ne se substitue pas aux aides à la personne. Le forfait autonomie est également une proposition intéressante, à condition qu'il ne se substitue pas au forfait soins. Quant à la prise en charge des GIR 1, 2 et 3, sur laquelle le texte met l'accent, elle ne doit pas se faire au détriment des GIR 4.

Le texte devrait également fournir davantage d'éléments d'information sur le financement des soins infirmiers à domicile, car il est difficile de préconiser les avantages du maintien à domicile sans se donner les moyens d'assurer ce dernier. Il importe également de préciser comment le mécanisme sera organisé compte tenu de la diversité des structures, dans le cadre notamment de la loi sur la simplification de l'organisation territoriale.

Bien vieillir suppose certes une vision transversale du logement et des transports, mais cela suppose également que l'on ait un projet de vie jusqu'à la fin de celle-ci. Au-delà de leur participation à la vie associative, les personnes âgées doivent également pouvoir être très actives dans la cité, car elles déplorent souvent d'être en situation d'isolement par rapport à la vie sociale. Le texte peut certainement être amélioré en ce sens.

**M. Bernard Perrut.** L'augmentation de l'espérance de vie est à la fois une chance et un défi et l'on ne peut que souhaiter que ce projet de loi nous apporte à la fois les moyens et la mise en œuvre d'une véritable approche territoriale, d'une gouvernance locale qui prenne véritablement en compte les réalités de la vie et le nombre croissant des personnes qui souhaitent rester chez elles ou aller en établissement.

Plusieurs réflexions méritent cependant d'être poursuivies, notamment à propos du financement. Celui que prévoit le projet de loi repose sur la CASA, mais encore faut-il qu'il soit suffisant par rapport aux besoins : nous devons avoir un débat lucide sur les coûts à prévoir et ne rien cacher.

En deuxième lieu, si l'amélioration de l'APA est essentielle, elle ne peut déboucher sur une meilleure prise en charge des personnes que si elle s'accompagne de mesures visant à l'offre de services aux personnes âgées et aux aidants. C'est notamment le cas du soutien au secteur de l'aide à domicile, qui se trouve en grande difficulté. L'absence d'engagements suffisants risquerait d'aggraver les disparités géographiques qui accompagnent, d'un département à l'autre, la mise en œuvre de cette prestation. Il faut donc un véritable volet de sécurisation des financements du secteur de l'aide à domicile.

La reconnaissance de l'aidant, avec notamment l'introduction d'un droit au répit, est incontestablement une avancée de ce texte, mais ces éléments restent encore trop restrictifs car, si la référence aux proches aidants permet d'inclure la reconnaissance de solidarités de proximité hors de la seule sphère familiale, elle ne devrait pas effacer pour autant la spécificité des aidants familiaux. C'est là un point sur lequel nous pourrions améliorer le texte.

Je ne puis enfin que me réjouir que le projet de loi comporte des dispositions relatives à la gouvernance, avec notamment la création d'un Haut conseil de l'âge et de conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. J'espère que les familles seront justement et dignement représentées au sein de ces instances, car les personnes âgées incarnent aussi la famille, les relations intergénérationnelles et les solidarités.

**M. Olivier Véran.** Je commencerai moi aussi par saluer le travail extraordinaire fourni par Mme la secrétaire d'État et par celle qui, avant elle, a porté ce projet de loi jusqu'à son examen par le Parlement. Je ne doute pas que, dans les mois à venir, les Français se saisiront de ce projet de loi, qui parle à des millions de familles.

Madame la secrétaire d'État, quel avenir voyez-vous à des expérimentations telles que les maisons de l'autonomie et le guichet unique handicap dépendance ? Je pense notamment à l'expérience iséroise, saluée par l'ensemble des acteurs du médico-social, mais qui n'est pas mentionnée dans le texte : de telles expérimentations pourront-elles être poursuivies, voire encouragées ?



Par ailleurs, le financement de l'APA, évoqué à l'article 38, est de plus en plus difficile pour certains conseils généraux, malgré la compensation des charges nouvelles, en raison notamment de l'inégalité de l'évolution de la démographie et des ressources propres d'un département à l'autre. Envisagez-vous, à terme, une participation des régions ou de l'État ?

En troisième lieu, envisagez-vous de faire évoluer les modes de tarification des aides à domicile en tenant davantage compte du contenu de l'intervention – notamment des GIR des personnes aidées –, mais aussi des déplacements ? En Isère, un dispositif de ce type fait actuellement l'objet d'une expérimentation par le conseil général.

En matière de gouvernance, enfin, est-il prévu que le conseil départemental – dont l'avenir est certes incertain à moyen terme – remplace le CODERPA et la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ?

**M. Gilles Lurton.** Madame la secrétaire d'État, vous avez axé votre projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement sur le maintien à domicile. Je reconnais le souhait fortement exprimé des personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elle et, à ce titre, l'adaptation, voire la réhabilitation de leur logement est souvent nécessaire. Vous nous avez confirmé le plan d'adaptation de 80 000 logements annoncé par le Président de la République, avec des crédits de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH) et des caisses d'allocations familiales (CAF). Je tiens pour ma part à insister sur les difficultés liées aux procédures compliquées et souvent fastidieuses inhérentes à ce type de rénovation des logements et à la mobilisation de financements pour de telles opérations – le ministre du budget vient du reste de réduire de moitié, dans le projet de loi de finances rectificative, les crédits affectés aux opérations de réhabilitation et de rénovation des logements.

**Mme Luce Pane.** Merci à nos ministres pour leur travail, qui nous permet d'avoir ces échanges fructueux. Le vieillissement de notre population est une richesse qui nous concerne tous, c'est notre avenir. Une grande partie de la population vieillissante pourra vieillir à domicile et aura besoin des professionnels que sont les aides à domicile. Or, comme vous l'avez évoqué, madame la secrétaire d'État, de nombreuses associations d'aides à domicile se trouvent dans une situation d'inégalité face au secteur privé pour assurer aux aidants à domicile de véritables parcours professionnels, et les coûts pour les familles et pour la prise en charge collective accusent une distorsion. Nous devons veiller à la qualité de l'aide à domicile sur l'ensemble du territoire et le Gouvernement doit donc tenir compte de cette distorsion entre les exigences imposées respectivement aux différents acteurs.

**M. Bernard Gérard.** J'ai déposé l'été dernier, avec plusieurs de mes collègues, une proposition de loi relative aux résidences services pour personnes âgées – qui font l'objet de l'article 15 du projet de loi –, afin d'attirer l'attention

sur les problèmes rencontrés par un certain nombre de propriétaires d'appartements dans de telles résidences du fait de l'importance des charges de services et du schéma juridique de fonctionnement. Depuis un an, j'ai reçu des centaines de témoignages et rencontré de nombreuses personnes concernées par ce problème, notamment tous les acteurs de ce secteur. J'ai également été reçu par Mme Delaunay, en sa qualité de ministre.

Les résidences services répondent à une véritable demande de la part des personnes âgées souhaitant trouver un mode d'hébergement qui les sécurise, leur facilite la vie et leur offre confort et convivialité. Cette demande risquant d'aller croissant, il faut trouver des réponses aux dysfonctionnements qui existent, sinon dans toutes les résidences, du moins dans certaines d'entre elles, souvent les plus anciennes.

À l'origine de ces dysfonctionnements se trouve le régime juridique applicable : les charges de services – restauration, aide, loisirs et animation – sont incluses dans les charges de copropriété et grèvent, quasiment à titre de droits réels, un bien acheté avec l'espoir d'y vivre heureux sa vieillesse. Ces charges de services incompressibles sont à payer dans tous les cas – qu'on les utilise ou non, que le logement soit occupé ou non, que l'on soit hospitalisé ou non, que le conjoint soit décédé ou non. Cette globalisation des charges donne lieu à des difficultés dramatiques pour le propriétaire obligé de payer ces charges de services, notamment en cas de logement vacant. Les personnes ayant hérité se trouvent elles aussi confrontées à ce dysfonctionnement : elles doivent payer ces charges et, souvent, ne parviennent pas à vendre le bien, ni même à le donner.

Ma proposition de loi visait à clarifier le régime juridique applicable, afin d'opérer une distinction entre les charges de copropriété et celles qui sont liées aux services, de manière à ce que les dépenses supportées correspondent à l'usage effectif de ces derniers. Il convient en effet de définir de façon limitative les dépenses courantes autorisées au titre des services mutualisés, du matériel et mobilier nécessaire pour l'utilisation des espaces de convivialité, ainsi que des charges de personnel de l'accueil, et de prévoir que la restauration et les diverses activités culturelles, de loisirs et d'animation ne constituent pas des charges de copropriété.

Ma proposition de loi visait aussi à mettre fin au conflit d'intérêts inhérent à la possibilité pour le syndic d'être également prestataire de services. Alors qu'il ne s'agissait que de mettre ainsi en lumière un problème fondamental que nous devons régler, cette démarche m'a valu des lettres parfois très agressives.

Bien que le projet de loi que nous examinons aujourd'hui aborde cette question avec lucidité, plusieurs points sont renvoyés à des décrets et je souhaiterais, madame la secrétaire d'État, des précisions à ce propos. Des adaptations restent en effet nécessaires si nous voulons préserver cet outil indispensable que sont les résidences services.

**M. Gérard Bapt.** Je salue le travail accompli par Mme Michèle Delaunay, puis par vous-même, madame la secrétaire d'État.

La continuité des soins exige de plus en plus la compatibilité des systèmes d'information du médico-social et du sanitaire. L'article 49 du projet de loi évoque précisément les systèmes d'information pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), ce qui est très important pour l'analyse statistique et l'évaluation des besoins. Votre ministère travaille-t-il déjà sur le parcours des soins, qui est l'un des éléments importants de la stratégie nationale de santé (SNS) ?

Pour ce qui est du financement, la CASA, désormais destinée pleinement à la CNSA et aux actions relevant de votre compétence, en vue d'alléger la charge des départements et de revaloriser le soutien à domicile, notamment pour les personnes les plus modestes, méritera d'être complétée ultérieurement. La question de l'hébergement reste cependant posée.

Par ailleurs, les héritages se transmettant de plus en plus souvent des arrière-grands-parents vers les grands parents plutôt que des parents vers les enfants, une contribution de solidarité serait-elle envisageable pour réinjecter les patrimoines vers la vie active et la solidarité ?

**M. Rémi Delatte.** Pour l'avoir tant attendu, nous espérons que ce projet de loi sur le vieillissement serait ambitieux. Malheureusement, le résultat n'est pas à la hauteur des attentes et de l'image d'une société solidaire qui protège les plus vieux et les plus fragiles des siens. Votre projet de loi, madame la secrétaire d'État, pourtant inspiré des réflexions des États généraux de 2011 et du rapport Rahola, fait l'impasse sur le financement, qui se révèle insuffisant face aux besoins et sans aucune articulation universelle, se limitant aux incantations, aux bons sentiments et à une sémantique qui habille des actions déjà en place. En revanche, les moyens nécessaires pour assurer une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie manquent cruellement ou sont mal définis.

Si le pilotage de la politique du vieillissement est avantageusement assuré par ce que vous appelez la « maison commune » pour assurer sa globalité, on en perçoit mal la déclinaison territoriale, surtout dans la perspective de la suppression des conseils généraux.

Je tiens enfin à attirer votre attention sur la nécessité d'impliquer les organismes bailleurs sociaux dans l'adaptation du logement pour les personnes en perte d'autonomie. Il s'agit là en effet d'un élément clé de confort et de sécurité, sans lequel le maintien à domicile serait inenvisageable.

**M. Denys Robiliard.** Je m'associe, madame la secrétaire d'État, aux félicitations que vous ont adressées presque tous les orateurs précédents et, pour reprendre les propos de Mme Delaunay, j'espère que, sur cette question qui nous intéresse tous, nous pourrions trouver les modalités d'un consensus. Je me réjouis que la question soit également abordée en termes de droits, et non pas seulement

de moyens, pour traiter les personnes âgées comme les citoyens et les personnes humaines qu'elles sont.

Faisant écho à M. Jacquat et à Mme Fraysse, je m'interroge sur notre capacité à intégrer, au moyen de ce projet de loi, une partie au moins des recommandations du rapport d'information du 2 juillet 2013 sur les immigrés âgés, qui abordait notamment l'adaptation du regroupement familial, de certains titres de séjour et des conditions de naturalisation, ainsi que les droits sociaux de personnes qui ont de très petits revenus et vivent dans des foyers logements, et que la législation empêche parfois d'avoir une vie normale.

Ma deuxième question porte sur les articles 22 et suivants du projet de loi. Je me réjouis que l'on travaille sur les conditions contractuelles, notamment avec les EHPAD et, plus généralement, les établissements d'hébergement, et que l'on étende le dispositif de la personne de confiance au secteur médico-social, que l'on travaille sur le régime de protection au sens de la curatelle, de la tutelle et de la sauvegarde de justice, et que l'on légifère sur la restriction d'aller et venir, qui pose de difficiles questions liées au consentement. Pour faire suite à l'interpellation lancée à cet égard par M. Jean-Marie Delarue, alors contrôleur général des lieux de privation de liberté, serait-il possible de saisir l'occasion du travail législatif auquel donnera lieu le présent projet de loi pour organiser un « regard extérieur » qui serait une protection importante pour les personnes âgées ?

**M. Jean-Pierre Barbier.** Au-delà des interrogations légitimes que la disparition annoncée des départements suscite quant au financement et à la gouvernance du dispositif, et au-delà de ses lacunes importantes quant à la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, le texte qui nous est soumis consacre le principe important du libre choix des personnes âgées confrontées à la dépendance, qui doivent pouvoir décider de rester à domicile ou de séjourner dans un établissement.

Les dispositions financières du texte risquent cependant d'orienter ce choix. Ainsi, 375 millions d'euros sur 645, soit la moitié du budget, seront consacrés à la revalorisation des plafonds de l'APA. Sur ces 375 millions d'euros, vous avez choisi de revaloriser d'une manière significative les GIR 1 et GIR 2, pour les porter respectivement à 400 euros et 250 euros, au détriment des GIR 3 et GIR 4, alors que 80 % des GIR 1 et 2 – lesquels représentent 20 % des bénéficiaires de l'APA – séjournent en établissement. Un tel mécanisme ne risque-t-il pas de réorienter contre leur gré vers le domicile des personnes qui se trouvaient en établissement, compte tenu du montant des aides financières ? La discussion parlementaire ne pourrait-elle permettre un rééquilibrage de cette aide de 375 millions d'euros entre les GIR 1, 2, 3 et 4, afin de garantir véritablement le libre choix ?

**M. Michel Issindou.** Ce projet de loi, on l'a dit, était attendu et nous sommes tous concernés par le vieillissement. Les chiffres sont éloquentes : 5,4 millions de personnes auront plus de 85 ans en 2060.

Ce texte ambitieux de 66 articles touche à tous les secteurs et presque rien n'est oublié, sinon les immigrés âgés, qui pourront y être réintégrés.

J'observe tout d'abord qu'il faut veiller à la filière des personnes travaillant dans le secteur du maintien à domicile, qui s'estiment mal payées et mal considérées dans un travail difficile qui comporte aussi un aspect psychologique que le développement de la filière doit, le cas échéant, prendre en compte.

Pour ce qui est par ailleurs de l'aide aux aidants, on pourrait, à l'instar de ce qui s'applique pour les retraites, valoriser les interruptions de carrière justifiées par les soins dispensés à des parents en difficulté et en fin de vie. Une telle mesure pourrait contribuer à favoriser le maintien à domicile et à limiter les besoins en places en EHPAD.

**Mme Kheira Bouziane.** Je me joins moi aussi aux félicitations exprimées à Mme la secrétaire d'État et à Mme la rapporteure et je tiens à rendre moi aussi un hommage appuyé à Mme Delaunay, qui s'était elle aussi beaucoup investie sur ce sujet. Le nombre des orateurs qui se sont exprimés avant moi suffirait à prouver l'importance de ce texte et le nombre des questions qu'il suscite encore pour une prise en compte du bien-être et d'un vieillissement dans les meilleures conditions pour tous.

Si importante que soit la question du financement, la préparation de la société au vieillissement n'en représente pas moins un investissement.

Il conviendra par ailleurs d'examiner aussi la situation des personnes handicapées vieillissantes. Pour avoir participé aux missions consacrées aux immigrés âgés et à la santé mentale, j'attache une grande importance à ces sujets, qu'ont évoqués tout à l'heure M. Jacquat et M. Robilliard, lequel a souligné à juste titre la question de la restriction des libertés des personnes âgées dans certains établissements. Le contrôleur des lieux de privation de liberté avait du reste constaté, lors des visites préparatoires à son rapport, l'inadaptation de la prise en charge des personnes âgées et il a demandé depuis lors que sa compétence soit étendue aux établissements accueillant les personnes âgées dépendantes. Quelle est aujourd'hui la position du Gouvernement à cet égard ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Madame la secrétaire d'État, si vous n'avez pas le temps de répondre à toutes ces nombreuses questions, vous aurez tout le loisir d'y revenir lors de l'examen du texte en séance.

**Mme la secrétaire d'État.** J'ai tout le temps qu'il faut pour le Parlement. Ma crainte est plutôt d'oublier de répondre à certaines de ces questions.

Certaines des interventions que nous venons d'entendre saluent l'adoption de ce texte en conseil des ministres et son examen par votre commission, puis par l'Assemblée nationale ; d'autres expriment des regrets, d'autres encore des questions. Le texte mérite ces trois attitudes. Pour ma part, je me félicite de la satisfaction collective qui s'exprime, je partage les regrets et je m'efforcerai de répondre aux questions.

Peut-être ai-je fait une erreur tactique en désignant ce projet de loi comme un texte important du quinquennat et sans doute aurais-je dû me contenter de dire qu'il s'agissait d'un texte important pour les Français, ce qui aurait évité des interventions justifiées surtout par le positionnement politique de certains orateurs, et nous permettrait de chercher ensemble les conditions d'un consensus.

L'un des regrets que je partage avec vous est que nous devons rétablir les comptes publics du pays et procéder, au titre du pacte de responsabilité annoncé par le Président de la République et le Premier ministre, à une économie de 50 milliards d'euros d'ici à 2017. Je préférerais que nous ayons de l'argent à dépenser, plutôt que d'avoir à économiser.

Cependant, dans les débats que nous tenons à propos du pacte de responsabilité et de solidarité et des économies nécessaires pour redresser les comptes publics, certains ont évoqué des montants d'économies bien plus importants – jusqu'à 130 milliards. On peut donc penser qu'un montant minimal de 50 milliards d'économies fait consensus. C'est dans ce cadre qu'un projet de loi qui induit 650 millions d'euros de dépenses et d'actions nouvelles est, dans un contexte budgétaire particulièrement tendu, un texte important qui mérite que nous nous en satisfassions ensemble.

Ce texte ne donne pas priorité au maintien à domicile au détriment des établissements. Il ne privilégie pas les GIR 1 et GIR 2 au détriment des GIR 3 et GIR 4. Il ne prend rien à personne, mais donne des moyens supplémentaires d'accompagnement pour l'adaptation de notre société au vieillissement sans en retirer à aucun autre dispositif. N'opposons donc pas le maintien à domicile et les établissements. Le texte fait le choix de traiter d'abord le maintien à domicile, car tel est le souhait des personnes qui vieillissent et des familles. Ce choix est celui d'un report aussi tardif que possible de l'entrée en établissement, conformément aux souhaits de nos concitoyens. Nous pouvons y parvenir tout en n'évoquant qu'avec prudence les établissements, où l'on entre aujourd'hui de plus en plus vieux, c'est-à-dire dans une situation de perte d'autonomie de plus en plus importante. Ne contribuons pas à donner de l'EHPAD une image inquiétante pour ceux qui devront y entrer. De fait, l'entrée en EHPAD permet parfois aussi une moindre solitude et un moindre isolement par rapport au maintien à domicile. N'opposons donc pas les deux et ne présentons pas l'établissement comme le parcours final, le lieu où l'on ne va que lorsqu'on ne peut vraiment plus faire autrement.

Je ne crois pas qu'on puisse dire que les EHPAD – que j'ai du reste évoqués avec le contrôleur des lieux de privation de liberté – soient des lieux de privation de liberté. En revanche, il faut y garantir l'accès aux droits, à la dignité et à la liberté d'aller et venir. Comme je l'ai exprimé à l'ancien contrôleur, si son champ d'intervention était celui des situations de privation de liberté, peut-être pourrait-il s'intéresser de près aux EHPAD, où l'on trouve parfois de telles situations, rendues nécessaires par la nécessité d'assurer la sécurité des personnes qui y sont accueillies. Soyons cependant attentifs à la façon dont nous présentons ces lieux qui sont aussi, je le répète, des endroits où les personnes âgées retrouvent une sécurité physique et une vie sociale après un certain isolement dans le cadre du maintien à domicile.

Pour ce qui est de savoir si l'enveloppe consacrée par le projet de loi au maintien à domicile et à l'adaptation au vieillissement n'est pas déterminée davantage par les recettes que par les besoins, il se trouve que c'est absolument le cas ! Les besoins sont infiniment supérieurs – on pourrait faire incomparablement plus et mieux –, mais au moins disposons-nous de cette enveloppe. Quant au fait que les besoins vont encore augmenter, il se trouve que la recette, qui est dynamique, augmentera aussi. J'observe d'ailleurs qu'elle aura augmenté d'une trentaine de millions d'euros en deux ans, entre 2013 et 2015. Saluons déjà cette dépense et son affectation.

Le plafonnement des plans d'aide est fixé par décret. Les plafonds mensuels des GIR 1 et GIR 2 sont les plus contraints. La réforme se traduit par des augmentations dégressives de 400 euros pour le GIR 1, de 250 euros pour le GIR 2, de 150 euros pour le GIR 3 et de 100 euros pour le GIR 4. L'augmentation des plafonds d'aide est donc de 30 % pour le GIR 1, ce qui est très significatif. En outre, la diminution du reste à charge rend plus efficiente l'augmentation du plafond, avec une diminution du ticket modérateur par tranche : sur la part du plan d'aide située entre 1 et 350 euros, le ticket modérateur reste inchangé ; de 350 à 550 ; sa baisse peut atteindre 60 % en fonction des revenus et 80 % au-delà de 550 euros. Cet effort significatif permet de présenter sans emphase cette réforme comme un acte II de l'APA.

Ce dispositif n'a de sens que s'il s'accompagne d'un travail sérieux sur l'état des services d'aide à domicile, qui ne sont pas aujourd'hui en situation d'accompagner les mesures prévues d'augmentation des heures d'APA. Je connais la liste exacte des difficultés et je suis particulièrement mobilisée.

Madame Poletti, le rapport que vous préparez avec Mme Pinville n'arrivera pas après la bataille législative qui se livrera au mois de septembre dans l'Hémicycle autour de la première lecture de la loi sur le vieillissement, car une partie des mesures que nous devons prendre sont parallèles à la loi et ne sont pas de nature législative. Si besoin est, la navette nous permettra d'avancer. Votre rapport sera bienvenu, car mon objectif est d'identifier et de décider des mesures relatives aux services d'aide à domicile, afin que leur mise en œuvre soit concomitante à l'entrée en vigueur de la loi. Il s'agit, d'une manière générale, de

remettre le secteur sur pied au moment où la loi s'appliquera. Le sujet n'est ni simple ni récent. Depuis 2009, en effet, le plan Borloo, malgré ses bonnes intentions, n'a pas eu qu'un effet positif et certains acteurs contribuent, par une concurrence qui est même du dumping, à fragiliser le secteur.

Une autre préoccupation tient à la décentralisation et à la diversité des tarifs pratiqués par les conseils généraux, qui ne sont pas toujours adaptés aux réalités locales – car la diversité du pays ne justifie pas toujours celle des tarifs. On peut également s'inquiéter des nouvelles règles régissant le travail à temps partiel, compte tenu du fractionnement des plans d'aide – certaines interventions d'aide à domicile se déroulent en effet sur un temps très court, avec des temps de trajet très longs.

La loi, qui créera des besoins nouveaux, relancera incontestablement l'activité et l'emploi, mais il faut aussi garantir un emploi de qualité, tant pour les salariés que pour les bénéficiaires des aides.

Le projet de loi prévoit également de consacrer 25 millions d'euros à l'amélioration des conditions de travail dans le secteur. Cette somme s'ajoute donc au montant global consacré à l'APA. Je vous propose que nous travaillions tous ensemble selon le calendrier que j'ai proposé et j'attendrai votre rapport pour prendre toutes les décisions.

Si le délai d'expérimentation de trois ans pour la réforme des aides à domicile a pu paraître raisonnable au début de l'élaboration de la loi, on peut aujourd'hui viser un calendrier et une méthode plus ambitieux.

Pour ce qui concerne les immigrés âgés, des mesures seront prévues dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), à la suite de votre rapport.

Monsieur Gérard, votre intervention relative aux résidences services me semble s'intégrer dans les objectifs du projet de loi. En outre, un rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et du Conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD), le corps d'inspection du ministère de l'équipement, du logement et des transports, a été lancé sur ces résidences. En effet, si une partie de la question, qui concerne l'avenir, figure dans le projet de loi, la situation de l'existant reste à traiter et la mission de l'IGAS et du CGEDD devrait donc formuler des propositions à cet égard.

L'aide aux aidants et le droit au répit qui leur est reconnu constituent une belle mesure, qui pourrait en inspirer d'autres à l'intention d'autres catégories d'aidants. Les 83 millions d'euros engagés ne sont pas réservés aux GIR 1 et GIR 2, même si ces deux catégories sont celles où les besoins seront les plus importants. Aucun verrou n'est prévu et les aides seront attribuées par les conseils généraux.



Un travail est en cours pour améliorer l'hébergement temporaire. À cet égard, j'ai visité la semaine dernière dans le Nord un EHPAD de la Croix-Rouge consacré uniquement à ce type d'hébergement. Le coût en est élevé, car cet établissement ne tourne jamais à plein, mais à 75 % ou 80 %, à la fois parce que la rotation des personnes hébergées provoque des interruptions et parce que ce mode d'hébergement n'est pas assez connu. Il faut par ailleurs assouplir certaines règles pour permettre à d'autres EHPAD de développer l'hébergement temporaire à côté de l'hébergement permanent.

Pour lever les blocages psychologiques, un accompagnement s'impose. En même temps que l'aide aux aidants et le droit au répit, il faudra aussi développer le nombre des places d'accueil et la possibilité d'un hébergement temporaire, car certaines personnes craignent de ne pas pouvoir quitter ces établissements. Il s'agit là d'un travail de sensibilisation et de prise en compte des inquiétudes.

La loi s'articule avec la stratégie nationale de santé au moins sur quatre thèmes : le suicide, le plan médicament, la logique des parcours et l'information des patients et des usagers.

Madame Poletti, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ne se désengage pas des GIR 5 et 6, mais réoriente son intervention de l'aide-ménagère classique vers des paniers de services et de la prévention.

La maison départementale de l'autonomie (MDA) fait partie des sujets réservés, car relevant des départements. Cette question fait l'objet d'un grand consensus : si l'Assemblée nationale le soutient, nous en tiendrons compte. Des expériences positives ont été réalisées, comme en Isère, et un intérêt s'exprime pour ce dispositif, dont nous débattons sans *a priori* de ma part.

La suite du plan Alzheimer et du plan consacré aux maladies neurodégénératives sera présentée en septembre, soit au moment de l'examen du projet de loi.

Pour ce qui est de la place des handicapés dans la société, il faut d'abord rappeler que les politiques d'adaptation de la société au vieillissement ont également des incidences bénéfiques pour les handicapés – en matière par exemple d'accessibilité dans les transports et dans l'urbanisme. Le rapport annexé annonce un travail sur les personnes handicapées en EHPAD, que je devrai mener avec Mme Ségolène Neuville, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Vous savez tous pourquoi le texte ne va pas aussi loin que les associations de handicap ne le souhaitent pour ce qui concerne le passage du handicap au vieillissement.

Le projet sera examiné en septembre en séance publique ; une fois rédigés les décrets, la loi devrait entrer en vigueur au milieu de l'année prochaine. L'utilisation de la fraction de la CASA qui n'aura pas été affectée en 2015 sera donc définie dans le projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2015.

Mme Bérengère Poletti a critiqué la multiplication des créations de « Haut Conseil ». Il est vrai que ce n'est pas toujours judicieux, mais tout ramener au Conseil économique, social et environnemental ne l'est pas non plus. Toutefois, Mme la rapporteure a suggéré le rapprochement du Haut Conseil de l'âge et du Haut Conseil de la famille et je suis favorable à cette proposition. J'irais même plus loin en suggérant un Haut Conseil de la famille et des âges, ce qui répondrait à une demande du secteur de l'enfance, pour lequel n'existe aucune instance de cette sorte. Les sujets traités étant connexes et le champ de compétence du ministère le permettant, mieux vaut décloisonner que juxtaposer les instances. Nous approfondirons la question lorsque nous nous retrouverons dans l'hémicycle.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** La mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins présidée par M. Jean-Pierre Door et dont je suis rapporteure a pris connaissance de lacunes dans la permanence des soins ambulatoires dans les EHPAD, le soir et les week-ends ; nous ferons des propositions à ce sujet.

Je vous remercie, madame la secrétaire d'État, de nous avoir présenté ce texte très attendu, qu'avait préparé Mme Michèle Delaunay. J'ai apprécié votre honnêteté intellectuelle, qui vous a amenée à dire que vous auriez souhaité pouvoir faire davantage – mais nous connaissons tous la situation financière de notre pays, et plus longtemps on aurait différé, plus fortes auraient été les attentes.

## EXAMEN DES ARTICLES

*La Commission procède à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances du mercredi 16 juillet 2014.*

### TITRE PRÉLIMINAIRE DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION

#### *Article 1<sup>er</sup>*

#### **Impératif national d'adaptation de la société au vieillissement**

Cet article définit le principe général d'orientation et de programmation du projet de loi.

Il dispose que « *l'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.* »

Il fait donc de la transition démographique en cours, caractérisée par la part croissante des personnes âgées de plus de soixante ans et de plus de quatre-vingts ans dans la population totale, un enjeu central à prendre en compte dans tous les aspects de l'action publique.

- *Un impératif national*

Il n'est en effet pas un pan de la société qui échappe au phénomène du vieillissement. Au plan individuel d'abord, car il touche chacun personnellement dans l'avancée de son parcours de vie : chacun peut mesurer que l'avancée en âge révèle ou accroît les inégalités en termes de santé, de patrimoine, de liens sociaux. En conséquence, établir les conditions du « bien vieillir » est le fondement de toute action de prévention, et donc des politiques de promotion de la santé publique. De même les politiques de cohésion sociale doivent réduire les inégalités occasionnées par les parcours de vie.

Enfin, le vieillissement conduit à faire vivre ensemble dans une même société un plus grand nombre de classes d'âge. Les milieux professionnels, les lieux publics et de vie, de soins, d'habitat ou encore le monde associatif sont tous confrontés à un phénomène qui représente tout à la fois un atout et un défi.

Le projet de loi décline la priorité nationale à court terme comme à moyen et à long terme. Il apporte des améliorations urgentes, par exemple en rénovant l'allocation personnalisée d'autonomie, en soutenant les logements-foyers qui accueillent des personnes âgées, en consolidant le secteur de l'aide et de l'accompagnement à domicile : dans le contexte particulièrement contraint que connaît notre pays en matière de finances publiques, l'affectation en année pleine de plus de 640 millions d'euros, financés par une recette pérenne – la contribution

additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) – témoigne du respect par le gouvernement de l'objectif que le présent article assigne à l'ensemble des acteurs publics.

À moyen et à long terme, le projet de loi et son rapport annexé proposent des mesures refondatrices et structurantes, en plaçant l'adaptation de la société au vieillissement au cœur des enjeux du quartier et de la ville, ou en dépassant les séparations entre d'une part le domaine sanitaire, et d'autre part le domaine social et médico-social.

- *Une démarche exemplaire*

L'ambition affichée à l'article premier peut se prévaloir des travaux préparatoires au projet de loi qui ont suscité une vaste mobilisation de nombreux acteurs. Près de cinq cents participants, issus des secteurs public et privé, ont participé pendant plusieurs mois à de nombreux groupes de travail et soumis interventions et contributions.

L'ensemble des acteurs traditionnellement concernés par les politiques sociales a pris part aux travaux, qu'il s'agisse des collectivités territoriales, des partenaires sociaux, des organismes du secteur médico-social, de la santé, des acteurs de la protection sociale, ou des représentants des usagers et personnes âgées. Mais les représentants du secteur de l'habitat et de la construction, des transports, des services et de l'urbanisme, du monde industriel ainsi que de la culture ont également participé.

De la démarche partenariale ayant présidé à l'élaboration du projet de loi découle la proposition d'une gouvernance renouvelée des politiques de la vieillesse. Ainsi le Haut Conseil de l'âge aura vocation à donner plus de visibilité aux personnes âgées dans l'élaboration de l'ensemble des politiques publiques. La conférence des financeurs coordonnera, sur le territoire du département, les différents financeurs des actions de prévention de la perte d'autonomie et de diffusion des aides techniques. Quant à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, elle voit ses prérogatives renforcées et son rôle de pilotage, affirmé.

Des améliorations pourront encore être apportées en matière de gouvernance locale des politiques destinées aux personnes âgées : elles sont indispensables afin de répondre à l'objectif assigné par le présent article et doivent être pleinement cohérentes avec la réforme territoriale en cours.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 1<sup>er</sup> sans modification.*

*Après l'article 1<sup>er</sup>*

*La Commission examine l'amendement AS173 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** De nombreuses personnes allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) perdent totalement ou partiellement le bénéfice de celle-ci, au profit de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), lorsqu'elles atteignent l'âge légal de départ en retraite. Pourtant, ce changement leur est défavorable et l'ASPA n'est pas adaptée aux besoins spécifiques des personnes handicapées. C'est pourquoi nous demandons que le Gouvernement examine la possibilité d'instaurer un droit d'option entre le maintien de l'AAH et l'obtention de l'ASPA ; ce serait la conséquence logique de la suppression de la barrière d'âge en matière d'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées.

**Mme Martine Pinville, rapporteure.** Ce sujet a déjà été évoqué à maintes reprises, notamment lors de l'examen du projet de loi portant réforme des retraites. Ne nous leurrions pas : une telle mesure aurait un impact financier très lourd – et je doute de l'opportunité d'un rapport supplémentaire sur la question. Avis défavorable, donc.

**M. Denis Jacquat.** Nous avons en effet déjà abordé le sujet à plusieurs reprises dans cette commission, et c'est précisément pourquoi cet amendement mériterait d'être discuté sur le fond. Le problème, c'est que, lorsque les personnes handicapées arrivent à l'âge de la retraite, elles subissent une baisse importante de revenus, car l'ASPA est à un niveau moindre que l'AAH. Or une personne handicapée a plus de besoins qu'une autre : il serait bon qu'elle bénéficie d'un régime spécial ou d'un droit d'option. Il ne faut pas reporter *sine die* cette proposition.

**Mme Véronique Massonneau.** D'abord, il n'y a jamais eu de rapport sur ce sujet en particulier. Ensuite, nous en avons certes beaucoup parlé, mais nous n'avons jamais rien décidé. Un rapport permettrait de mesurer non seulement l'impact financier d'une telle mesure, mais aussi son accueil par les personnes en situation de handicap, qui perdent énormément d'argent au moment de leur départ à la retraite : il ne s'agirait en rien d'une compensation.

**M. Dominique Tian.** Madame la rapporteure, si je vous demandais combien, précisément, coûterait cette mesure, vous seriez bien embarrassée pour me répondre : c'est pourquoi il est nécessaire de faire un rapport !

**Mme la rapporteure.** Monsieur Tian, seriez-vous devenu un fervent partisan des rapports ? Je m'en souviendrai lors d'autres discussions ! (*Sourires.*)

Je suis bien évidemment consciente du problème, et il ne s'agit en aucun cas de repousser la décision. En revanche, je doute qu'un rapport apporte quoi que ce soit de nouveau. De plus, il me semble que le sujet relève plutôt d'un projet de

loi de financement de la sécurité sociale : mieux vaudrait en discuter à cette occasion.

**Mme Bérengère Poletti.** Permettez-moi d'insister : il s'agit d'un bon amendement. Depuis des années, nous travaillons sur la suppression de la barrière d'âge ; on ne peut pas appréhender de la même façon la question de la dépendance lorsqu'il s'agit d'une personne handicapée ou d'une personne âgée. Il serait bon que nous disposions d'éléments objectifs pour pouvoir nous faire une idée précise sur la question – notamment concernant le coût d'une telle mesure.

**M. Christophe Sirugue.** Cet amendement soulève une question pertinente. Plusieurs rapports ont déjà été remis sur le sujet ; nous savons que le principal problème est financier. Demander un nouveau rapport ne changera rien ! En revanche, il faudrait traiter la question dans le cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Je vous rappelle que, sur les 7 milliards d'euros nécessaires pour financer l'adaptation de la société au vieillissement de la population, seuls 645 millions ont été débloqués ; si l'on se cantonnait à discuter de ce qui est financé, on ne parlerait de rien !

**M. Denis Jacquat.** Pour les bénéficiaires de l'AAH, la différence de revenus est de 100 à 150 euros par mois. Il y a déjà dans notre pays un problème concernant la situation générale des personnes handicapées, mais, au moment de leur départ en retraite, celles-ci sont encore pénalisées. Pourquoi ne pas adopter dès maintenant cet amendement – qui ne coûte pas un centime ? On gagnerait du temps !

**Mme la rapporteure.** La question doit être considérée, non de façon restreinte, mais en englobant toutes les prestations : AAH, ASPA, prestation de compensation du handicap (PCH)... Le projet de loi prévoit la création d'un Haut Conseil de l'âge : voilà typiquement une question dont il pourrait être saisi !

**Mme Michèle Delaunay.** C'est en effet un sujet que le Haut Conseil de l'âge pourrait aborder avec plus de recul et d'expertise. Il importe que nous marquions notre intérêt pour cette nouvelle institution, dont la mission sera de sensibiliser nos concitoyens aux problèmes liés à la transition démographique.

Peut-être cela vous paraîtra-t-il caricatural, mais envisageriez-vous de demander au Gouvernement un rapport sur la mise en place pour tous les citoyens d'un droit d'option entre le maintien du salaire ou l'obtention de la pension de retraite ?

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS235 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Il s'agit là encore de demander au Gouvernement de remettre un rapport au Parlement. Il faut dire que le couperet de l'article 40 est appliqué de manière tellement sourcilieuse que c'est le seul moyen qui nous reste pour pouvoir débattre de certains sujets !

En l'espèce, nous souhaiterions un rapport détaillant les leviers financiers mobilisables, car le projet de loi est très loin de couvrir les besoins de notre société en matière d'adaptation au vieillissement. J'évoque dans le texte de l'amendement l'hypothèse d'une cotisation obligatoire, mais ce n'est qu'une piste parmi d'autres.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable.

Les nouveaux leviers financiers mobilisables, ce sont plus précisément des taxes, des impôts supplémentaires ou de nouvelles cotisations obligatoires. Au cours de la précédente législature, j'ai participé avec vous, madame Poletti, à la rédaction d'un rapport sur le financement de la dépendance, dont une des préconisations était la mise en place d'une assurance dépendance ; cette proposition avait été rejetée. L'hypothèse que vous évoquez dans l'amendement n'en serait-elle pas un avatar ?

Si nous devons assurément mieux accompagner les personnes âgées et renforcer les politiques visant à adapter la société au vieillissement, je ne pense pas qu'un rapport nous permettra de trouver de nouveaux moyens, dans la mesure où nous disposons déjà de nombreuses études sur le sujet.

**Mme Michèle Delaunay.** Pour l'acte II de la loi, il faudra tenir compte d'un nouveau paramètre : ce que peut apporter la *silver economy* pour la croissance. Désormais, rien ne pourra être fait sans que soient mis en regard le coût et le bénéfice de l'âge – si j'ose dire ! Un rapport n'y suffira pas : il faut une analyse économique. Là encore, c'est un travail qui pourrait être confié au Haut Conseil de l'âge.

**M. Denis Jacquat.** La question avait en effet été étudiée durant la précédente législature. Il y a quelques années, j'étais d'avis d'instaurer une cotisation perte d'autonomie ou dépendance qui aurait été versée dès le premier jour d'activité professionnelle – on laisse entendre, dans le chapitre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, que d'autres branches pourraient être créées –, mais j'admets avoir changé d'avis depuis la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Il reste que, comme le soulignait Jean-Pierre Barbier, la différence est énorme entre les 7 milliards d'euros dont nous aurions besoin et les 645 millions disponibles. Les gens seront déçus s'ils n'obtiennent pas ce qu'ils souhaitent. Si vous ne voulez pas de rapport, pourquoi ne pas prévoir la saisine du Haut Conseil de l'âge sur ces questions ?

**Mme Véronique Louwagie.** Trois remarques.

D’abord, les perspectives démographiques de notre pays sont connues, et il me semble qu’il est de la responsabilité de la représentation nationale de les anticiper.

Ensuite, au début de l’étude d’impact, il est indiqué que « l’équilibre financier sera ajusté au fur et à mesure de la montée en charge des mesures nouvelles » : une montée en charge est donc bien prévue.

Enfin, nous sommes entrés dans le débat de fond en évoquant la possibilité de mettre en place une nouvelle cotisation ou un système d’assurance, mais l’amendement n’écarte *a priori* aucune piste – son objet est précisément qu’un rapport les évalue toutes. Il me semblerait important d’engager cette réflexion, et je regrette que vous n’y soyez pas favorable, madame la rapporteure.

**Mme la rapporteure.** Nous avons tous conscience du besoin de concevoir des politiques capables de répondre au vieillissement de la société, madame Louwagie, mais la réflexion que vous évoquez pourra faire partie des attributions du Haut Conseil de l’âge. Celui-ci pourra être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés de toute question relevant de son champ de compétence, et des parlementaires siégeront en son sein : je pense que ce sera le lieu pour anticiper les évolutions à venir, examiner les mesures à prendre et évaluer les besoins de financement.

*La Commission rejette l’amendement.*

## *Article 2*

### **Approbation du rapport annexé définissant les objectifs de la politique d’adaptation de la société au vieillissement**

Cet article approuve le rapport annexé au projet de loi, qui présente les objectifs de la politique d’adaptation de la société au vieillissement.

Le recours au rapport annexé permet au gouvernement de détailler, dans un document débattu devant la représentation nationale, qui peut l’amender, les objectifs, ainsi que les moyens et leur « doctrine d’emploi », de tel ou tel domaine de l’action publique.

L’approbation de ce rapport vise à assigner à l’ensemble des acteurs des politiques publiques concernées les objectifs permettant de respecter l’impératif national d’adaptation de la société au vieillissement affirmé à l’article premier.

La possibilité pour le Parlement de délibérer sur un rapport annexé est encadrée par la jurisprudence du Conseil constitutionnel qui sanctionne les dispositions non normatives des textes législatifs en vertu du principe selon lequel « la loi a pour vocation d’énoncer des règles et doit par suite être revêtue d’une



*portée normative* » (décision n° 2004-500 DC du 29 juillet 2004, *Loi organique relative à l'autonomie financière des collectivités territoriales*).

Pour autant, le Conseil constitutionnel a jugé que le grief tiré du défaut de portée normative ne saurait être opposé aux orientations présentées dans un rapport annexé à une loi dès lors qu'il s'agit de mettre en œuvre les dispositions de l'article 34 de la Constitution relatives aux lois de programmation (décision n° 2011-625 DC du 10 mars 2011, *Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure*).

Ces lois de programmation, qui ont été substituées aux anciennes lois de programme par la loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008, « *déterminent les objectifs de l'action de l'État* ». Depuis la révision constitutionnelle de 2008, elles peuvent intervenir dans tous les domaines, et non plus uniquement dans le champ de « *l'action économique et sociale* » aux termes de l'ancienne rédaction de l'article 34.

Cet article 2 et le rapport annexé permettent incontestablement de « *déterminer* », en matière d'adaptation de la société au vieillissement, les objectifs de l'État et des différentes personnes morales de droit public ou privé chargées d'une mission de service public, et d'en programmer les moyens.

Il s'agit donc bien d'une mise en œuvre de l'article 34 de la Constitution qui prévoit que la loi détermine les principes fondamentaux des compétences et des ressources des collectivités territoriales, ainsi que les principes fondamentaux de la sécurité sociale.

En outre la loi fixe les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques, au nombre desquelles figurent les droits et libertés des personnes âgées et des personnes fragiles ; les politiques visant à prévenir la perte d'autonomie contribuent ainsi éminemment à la préservation de l'exercice des droits et libertés de nos concitoyens, tout au long de la vie.

La qualité de loi de programmation du présent projet de loi emporte une autre conséquence de nature constitutionnelle : le Conseil économique, social et environnemental (CESE) doit être consulté préalablement à la délibération du Parlement. En effet, selon l'article 70 de la Constitution, « *tout plan ou projet de loi de programmation à caractère économique, social ou environnemental* » lui est soumis pour avis.

Cette obligation s'étend au rapport annexé. En 2005, l'omission de cette formalité, que le Conseil constitutionnel a jugée substantielle, avait conduit à la déclaration de non-conformité à la Constitution de l'article de la loi n°2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école approuvant le rapport qui lui était annexé (décision n° 2005-512 DC du 21 avril 2005).

S'agissant du présent projet de loi, le gouvernement s'est attaché à consulter le CESE : la saisine par le Premier ministre date du 18 février 2014. Lors de la séance plénière du 26 mars 2014, le Conseil a rendu un avis favorable sur l'avant-projet de loi. Votre rapporteure a, au demeurant, auditionné M. Daniel Prada et Mme Monique Boutrand, rapporteurs du CESE au nom des sections des affaires sociales et de la santé et de la section de l'aménagement durable des territoires.

\*

\* \*

Lors de son examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté, outre cinq amendements rédactionnels présentés par la rapporteure, des amendements visant à modifier le rapport annexé au projet de loi.

Sur proposition de la rapporteure, la commission a adopté un amendement supprimant les termes « le logement intermédiaire » dans un sous-titre du rapport annexé, afin d'éviter toute confusion avec le logement intermédiaire tel que défini par l'ordonnance n°2014-159 du 20 février 2014. La commission a également adopté un amendement de précision de votre rapporteure concernant les projets relatifs au viager développés par la Caisse des dépôts.

Sur proposition des commissaires du groupe SRC et sur avis favorable de la rapporteure, la commission a adopté un amendement visant à ouvrir la possibilité, pour les résidences-autonomie, d'accueillir des étudiants ou des jeunes travailleurs, afin d'encourager la cohabitation intergénérationnelle.

La commission a en outre adopté, sur proposition conjointe de Mme Delaunay et de M. Véran, sur avis favorable de votre rapporteure, un amendement visant à systématiser le recours aux équipes de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La commission a en outre adopté, sur proposition de Mme Delaunay, Mme Huillier et M. Véran, sur avis défavorable de votre rapporteure, un amendement visant à systématiser l'accès à une infirmière de nuit en établissement.

Enfin, la commission a adopté un amendement des commissaires du groupe SRC, sur avis favorable de votre rapporteure, modifiant la rédaction de l'alinéa 341 du rapport annexé relatif à la fin de vie : il promeut la désignation d'une personne de confiance et encourage chaque personne à formuler ses souhaits et directives de manière anticipée et accompagnée.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS23 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement vise à substituer à l'alinéa 19 du rapport annexé les trois alinéas suivants :

« Cette politique ne pourra être ambitieuse que si l'on apporte une réponse à la problématique majeure de son financement.

La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), dont le rendement est estimé à 645 millions d'euros par an, ne constitue qu'une réponse très partielle à cette problématique, alors même que l'on sait que les besoins de financement vont aller en s'accroissant.

En effet, on estime que pour 2010, l'effort public consacré à la dépendance a été d'environ 24 milliards d'euros, soit 1,2 % de la richesse nationale, et certaines prévisions font état d'une hausse des besoins de financement de plus de 40 % à horizon 2025 et à droit constant. ».

On prendrait ainsi en considération la réalité de l'effort public à réaliser : 2025, c'est demain !

**Mme la rapporteure.** La question du financement est évidemment fondamentale. Lorsque la ministre a été auditionnée, elle a répondu clairement qu'elle « faisait » avec l'enveloppe dont elle disposait. Nous sommes conscients qu'il existe un besoin de financement plus important, mais notre objectif demeure de mieux accompagner les personnes âgées ; c'est pourquoi le projet de loi vise à l'« adaptation de la société au vieillissement », en mettant l'accent sur l'aide à domicile, car nous pensons, d'une part, que cela répond aux attentes d'une majorité de nos concitoyens, d'autre part, que le coût sera moindre. Cela ne nous exonère pas de poursuivre nos efforts, mais il ne me semble pas nécessaire de le mentionner dans le rapport annexé. Avis défavorable, donc.

**M. Élie Aboud.** Je ne comprends pas : vous dites la même chose que Mme Poletti. Pourquoi ne pas donner un avis favorable à l'amendement ?

**Mme Bérengère Poletti.** Le rapport annexé aborde la problématique générale de l'adaptation de la société au vieillissement : je ne vois pas pourquoi on n'évoquerait pas les aspects financiers. Le Gouvernement a précisé qu'il souhaitait un deuxième texte afin de traiter de toutes les questions : on ne fera pas un nouveau rapport annexé à cette occasion !

**M. Jean-Pierre Barbier.** En outre, cet amendement a l'honnêteté de préciser que les dispositions prévues par le texte ne pourront être mises en œuvre que si l'on trouve les financements nécessaires. Cela évitera bien des désillusions ! Pour l'heure, seuls un dixième des besoins sont couverts...

**Mme la rapporteure.** Vous affirmez que la CASA ne constitue qu'une réponse très partielle à cette problématique : ce n'est pas vrai ! Certes, en matière financière, ses moyens sont limités, mais, sur le principe, il s'agit bien d'améliorer la prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement des personnes âgées.

**M. Denis Jacquat.** On sait bien que la somme mobilisée par l'intermédiaire de la CASA est insuffisante : c'est pourquoi il est indiqué que celle-ci ne constitue qu'une réponse « partielle » !

**Mme Michèle Delaunay.** Personnellement, je pense que l'amendement serait recevable s'il ne présentait pas les choses de manière aussi négative : dès les premières lignes, il semble porter un jugement !

**M. Élie Aboud.** Sur le fond, tout le monde semble d'accord. S'il y a un mot ou une phrase qui vous gêne, nous sommes prêts à modifier l'amendement, du moment que l'on en conserve l'esprit.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Si c'est la négation qui vous gêne, on pourrait en effet écrire : « constitue une réponse très partielle ». La vraie question est de savoir si, dans l'avenir, la CASA sera le seul outil de financement de la dépendance dans notre pays.

**Mme Michèle Delaunay.** Un deuxième acte législatif est prévu par le texte : on pourrait y faire allusion. Le problème de cet amendement, c'est sa tonalité foncièrement critique et négative.

**Mme la rapporteure.** Pour le deuxième alinéa, j'accepterais la rédaction suivante : « La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), dont le rendement est estimé à 645 millions d'euros par an, constitue une première réponse à cette problématique. »

Quant au troisième alinéa, quand vous évoquez « certaines prévisions » qui feraient état d'une hausse des besoins de financement de plus de 40 % à horizon 2025, admettez que cela manque de précision ! Il faudrait le supprimer.

Je suis prête à donner un avis favorable à un amendement ainsi rectifié.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il serait préférable que vous y retravailliez ensemble et qu'un nouvel amendement soit déposé lors de l'examen du texte en séance plénière.

**Mme la rapporteure.** Vous avez raison ; d'ailleurs, on pourra faire de même avec d'autres amendements dont la rédaction serait à revoir.

**Mme Bérengère Poletti.** Le présent amendement a pour objet de situer le texte dans la problématique globale du vieillissement, telle qu'elle existe et telle qu'elle est ressentie par nos concitoyens. De nombreuses personnes rencontrent des difficultés pour les admissions en établissement d'hébergement pour

personnes âgées. On ne peut pas s'exonérer d'en faire état dans le rapport annexé, ni de préciser les enjeux financiers.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient ensuite à l'amendement AS24 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Nous demandons que, dès 2015, le produit de la CASA vienne, comme prévu, abonder la CNSA, afin de financer des mesures en faveur des personnes âgées dépendantes. Ce produit a été détourné de son objectif initial pendant deux ans, puisque c'est le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui bénéficiait de cet apport financier, et la secrétaire d'État nous a annoncé lors de son audition que la situation ne serait pas régularisée avant la mi-2015 : ce n'est pas acceptable !

**Mme la rapporteure.** Le produit de la CASA étant déjà entièrement affecté à la CNSA, cet amendement est sans objet.

Avis défavorable.

**M. Denis Jacquat.** Lors de la création de la CASA, il nous avait été indiqué que son produit irait à l'adaptation de la société au vieillissement. Or c'est le FSV que la CASA a alimenté la première année. Alors qu'on nous avait indiqué que ce serait la seule fois, la CASA a de nouveau alimenté le FSV l'année suivante.

Nous avons de nouveau posé la question de la destination du produit de la CASA à Mme la ministre il y a quelques jours ici même : elle nous a répondu que le dispositif ne serait pas mis en place avant la fin du premier semestre de 2015 et que le prochain débat sur le sujet interviendrait dans le cadre du PLFSS. Or, comme nous savons déjà que la somme qui sera affectée à l'adaptation de la société au vieillissement est insuffisante, il convient d'y affecter dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 le produit de la contribution additionnelle, qui ne doit plus abonder le FSV ou tout autre fonds. Faisons comme les écureuils avec les noisettes : mettons-les de côté !

**Mme Bérengère Poletti.** Mme la rapporteure a raison : il est vrai que le produit de la CASA abonde la CNSA, mais c'est avant d'être redirigé par le biais de la dotation CSG. Il s'agit d'un détournement de tuyauterie. La CASA ne bénéficie donc pas actuellement aux personnes âgées dépendantes : chacun le sait.

Je tiens à rappeler que nous examinons actuellement le rapport annexé, dans lequel il nous faut inscrire que la CASA doit, dès 2015, être affectée à l'adaptation de la société au vieillissement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte les deux amendements rédactionnels AS358 et AS355 de la rapporteure.*

*Elle passe ensuite à l'examen de l'amendement AS3 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** De nombreuses expériences d'habitat regroupé – béguinages, colocation, babayagas, etc. – ont été réalisées le plus souvent à l'initiative d'associations ou de regroupements de citoyens. Ces petits lieux de vie sont d'utiles intermédiaires entre le domicile classique et les offres d'hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'objet de l'amendement AS3 est de favoriser leur développement.

**Mme la rapporteure.** C'est vrai, il convient d'étendre le choix des personnes âgées en matière d'hébergement.

Toutefois, comme le précise l'exposé des motifs de l'amendement, un audit est en cours, mené par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). C'est pourquoi, monsieur Tian, je vous propose de retirer votre amendement, d'attendre les conclusions du rapport et de redéposer l'amendement en séance publique afin d'en discuter directement avec le Gouvernement.

**M. Dominique Tian.** Je maintiens l'amendement.

**Mme Véronique Louwagie.** Madame la rapporteure, vous n'avez ni émis d'avis défavorable à l'amendement ni donné d'argument de fond contre celui-ci.

Nous examinons pour l'heure le rapport annexé où il est bon d'inscrire des préconisations. De plus, le développement d'habitats intermédiaires entre le domicile classique et les EHPAD répond aux besoins des territoires ruraux, qui ne disposent pas à l'heure actuelle d'un grand éventail de réponses à apporter aux personnes qui se trouvent en situation de dépendance. L'adoption de cet amendement permettrait d'envoyer un message fort au monde rural.

**M. Denis Jacquat.** Cet amendement exprime l'attente de nombreuses associations. Il convient du reste de pousser plus loin la réflexion en y englobant la question du domicile. Quel que soit le type d'établissement où elle demeure, une personne devrait être considérée comme résidant à son domicile. C'est une proposition de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et de services pour personnes âgées (FNADEPA).

**Mme Sylviane Bulteau.** Cette question relève plutôt de l'initiative locale, qu'il s'agisse des associations ou des collectivités locales, notamment des mairies en milieu rural, auxquelles il appartient de soutenir les projets d'habitat diversifié, qui exigent volonté politique et financements.

Cet amendement ne fait qu'alourdir le projet de loi.

**M. Arnaud Robinet.** Si cet amendement permet d'ouvrir le débat sur l'élargissement à différentes formes d'hébergement pour les personnes âgées, il ne saurait toutefois être accepté en l'état, compte tenu des problèmes qu'il pose en

matière de code du travail pour les personnes qui travaillent dans de telles structures. C'est ainsi qu'à Reims des associations souhaitaient développer ce type d'habitat, notamment dans le cadre de l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il convient de modifier le code du travail, car celui-ci ne permet pas, à l'heure actuelle, de développer ce type de structures.

**Mme la rapporteure.** Le Gouvernement s'est saisi de cette question. L'audit actuellement mené par la DGCS permettra sans aucun doute de révéler d'éventuelles difficultés et de préciser les problématiques. Attendons ses résultats.

J'émet un avis défavorable à l'amendement.

**M. Gérard Bapt.** L'exposé sommaire évoque les « Babayagas », initiative née à Montreuil-sous-Bois : j'ai souhaité monter dans ma commune un projet de ce type, qui s'est heurté à la répartition des contingents entre les attributaires. Il existe de réels obstacles juridiques au développement de telles initiatives.

Il convient donc d'attendre la remise du rapport avant de légiférer sur le sujet, éventuellement en deuxième lecture.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle étudie ensuite l'amendement AS216 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Cet amendement vise à sécuriser une situation déjà existante, en reconnaissant juridiquement la possibilité d'admettre au sein des résidences-autonomie une faible proportion de jeunes travailleurs ou d'étudiants, en vue de favoriser la dynamique intergénérationnelle fondée sur l'échange.

Le quota de 5 % du nombre des logements auquel j'avais songé ne figure finalement pas dans cet amendement mais il me paraît très raisonnable. Il convient en effet de ne pas restreindre le nombre de places offertes aux personnes âgées, auxquelles ces résidences-autonomie sont destinées.

**M. Denis Jacquat.** La cohabitation intergénérationnelle permet de lutter contre l'isolement des personnes âgées : elle est donc souhaitable.

Il faut toutefois savoir que de nombreuses expériences déjà menées dans des foyers logement se sont soldées par un échec. En effet, les modes de vie, d'une part, des personnes âgées et, d'autre part, des étudiants, sont totalement différents – je pense notamment aux nuisances sonores nocturnes.

Le fait que l'amendement ouvre une simple possibilité est donc très important. Ce n'est qu'au plan local qu'il sera possible de sélectionner les jeunes travailleurs ou les étudiants admis à résider dans les résidences autonomie.

De plus, les jeunes travailleurs sont de plus en plus souvent remplacés dans les foyers qui leur sont destinés par des personnes en recherche d'emploi ou, dans les départements concernés, par des immigrés illégaux, notamment des mineurs, lorsque les hôtels sont pleins. Il faudra donc veiller à définir avec précision ce qu'on entend par « jeunes travailleurs ».

**M. Élie Aboud.** Si l'objet de l'amendement est à la fois juste et généreux, je tiens à rappeler que l'intergénérationnel, comme l'action culturelle, est du ressort des conventions passées avec les collectivités locales. Inscrire une telle disposition dans la loi aurait pour conséquence de brouiller les différents niveaux de compétences.

**M. Rémi Delatte.** C'est vrai que l'intergénérationnel est à la mode : j'ai moi-même organisé dans la commune de Saint-Apollinaire un programme en ce sens, afin de créer des synergies entre les générations.

Toutefois, l'intergénérationnel ne se décrète pas : il se vit. L'ambition inscrite dans l'amendement est-elle du ressort de la loi ? Est-il possible de déterminer des quotas ? Toutes les communes ne disposent pas de lieux d'enseignement supérieur.

**Mme Michèle Delaunay.** L'amendement ne vise à créer aucune obligation. Il se contente d'ouvrir une possibilité.

De plus, monsieur Delatte, la question est bien du ressort de la loi puisque celle-ci rend actuellement impossible la généralisation des expériences actuelles : il convient donc de les sécuriser au plan juridique. Il appartiendra évidemment au gestionnaire du foyer logement de bien sélectionner les jeunes travailleurs ou les étudiants qu'il décidera d'y admettre : à un amateur de *heavy metal* il préférera sans aucun doute une étudiante infirmière.

J'ai eu connaissance, de mon côté, de retours d'expérience très positifs.

Pour ne pas priver les personnes âgées de places, il conviendrait encore une fois de fixer un quota n'excédant pas les 10 % de logements – un taux de 5 % me paraissant raisonnable. Enfin, le dispositif n'aura aucun caractère obligatoire.

**Mme Joëlle Huillier.** Monsieur Jacquat, l'alinéa 224, que complète l'amendement, précise : « 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. »

Des expériences sont actuellement menées : si certaines, je vous l'accorde, sont négatives, d'autres sont excellentes : il serait dommage de ne pas les valoriser, compte tenu surtout de la garantie qu'offre la charte de la cohabitation intergénérationnelle. Il va de soi que le nombre des jeunes qui seront admis devra être très faible par rapport aux capacités d'accueil de l'établissement.



**M. Jean-Pierre Barbier.** L'intergénérationnel part d'un bon sentiment : nous sommes tous d'accord sur ce point. En revanche, sa mise en place sera d'autant plus difficile, qu'en raison de la disparition annoncée des départements nous ignorons quelle collectivité assurera, demain, dans les territoires, la gouvernance des dispositifs que nous décidons aujourd'hui de créer en direction des personnes âgées. Qui sera le chef d'orchestre ?

**Mme Bérengère Poletti.** Lorsqu'une personne âgée met à la disposition d'un jeune une chambre de son logement, c'est ce qu'on pourrait appeler de l'intergénérationnel intelligent, car les deux bénéficient de la situation.

En revanche, il ne me semble pas souhaitable de faire porter uniquement sur les jeunes le poids de l'intergénérationnel : pourquoi écarter du dispositif les quadragénaires ou les quinquagénaires ? Est-ce parce que les jeunes n'ont pas d'argent ?

De plus, un autre amendement de Mme Delaunay, que nous examinerons plus tard, me semble contraire à l'esprit de celui-ci.

À mon avis, cette disposition ne rencontrera pas le succès escompté.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur Barbier, des compétences ont déjà été transférées aux communes et aux intercommunalités.

J'ai pu réaliser, dans ma commune, des logements adaptés aux personnes dépendantes ou handicapées, situés au rez-de-chaussée, tandis que le premier étage vise tous les publics, y compris des familles avec de jeunes enfants. L'expérience est une vraie réussite.

Pourquoi ne pas ajouter dans l'amendement que ce dispositif, lorsqu'il sera possible d'y recourir, ne concernera au maximum que 5 % des logements ?

Je tiens à ajouter que l'amendement de Mme Delaunay cible les étudiants et les jeunes travailleurs, qui rencontrent à l'heure actuelle des difficultés pour se loger dans les grandes agglomérations – c'est notamment le cas des étudiants à Toulouse.

Enfin, il serait préférable de substituer « peuvent » à « pourront », puisque le dispositif entrera en application à partir de la promulgation de la loi.

**M. Olivier Véran.** Le jeune étudiant en médecine que j'ai été aurait aimé avoir la possibilité de côtoyer des personnes âgées dans le cadre d'une résidence autonomie. Le lien intergénérationnel est précieux : il faut l'encourager. Or les cadres rigides actuellement appliqués dans les collectivités ne permettent pas de le faire.

Il existe également des projets de cité intergénérationnelle tenant compte à la fois des réalités du terrain et des besoins des personnes âgées et des étudiants.

Il est donc utile d'inscrire dans la loi que l'intergénérationnel passe aussi par le partage des résidences et par celui d'activités quotidiennes, d'autant que l'amendement ne crée aucune obligation.

Madame Poletti, une personne qui vit en collectivité n'a pas la possibilité de sous-louer une partie de son logement. C'est pourquoi il convient d'autoriser les personnes qui vivent en collectivité dans une résidence-autonomie d'accueillir des jeunes : cette mesure de justice permettra de rétablir de l'équilibre.

**M. Denis Jacquat.** Je suis d'accord avec Mme Huillier : la garantie représentée par la charte et le fait que l'amendement se contente d'ouvrir une possibilité encadrent le dispositif. Il faudrait toutefois ajouter un verrou supplémentaire pour éviter à des personnes âgées de se retrouver sur une liste d'attente à cause de cet objectif intergénérationnel.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Ne soyons pas idéalistes. Dans nos circonscriptions, nous avons tous aujourd'hui de nombreuses personnes âgées sur liste d'attente. Les demandes arrivent traditionnellement au début du mois d'août. Notre discussion pourrait avoir un sens si nous disposions d'un surplus de places, ce qui n'est pas le cas.

**M. Arnaud Robinet.** Il est louable de favoriser les actions intergénérationnelles, surtout dans la journée. Madame Delaunay, lorsque vous étiez ministre, vous êtes venue à Reims assister à des ateliers *slam* dans le cadre d'actions intergénérationnelles.

Des associations favorisent également la mixité au sein de logements privés *via* la location de chambres à des étudiants, ce qui permet aux personnes âgées d'avoir de la présence en soirée.

En revanche, il existe des listes d'attente pour les résidences-autonomie : nous avons donc l'obligation de construire un plus grand nombre d'hébergements de ce type, qui sont intermédiaires entre le chez soi et l'établissement collectif.

Enfin, la loi ne doit pas créer l'obligation, pour les résidences autonomie, d'accueillir 5 % de jeunes. Il nous faut d'abord répondre aux besoins de nos aînés.

**M. Bernard Accoyer.** La priorité étant l'accueil des personnes âgées, il ne faudrait pas créer de nouveaux obstacles à la réalisation de cet objectif. D'ailleurs, le troisième alinéa de l'exposé des motifs reconnaît que l'amendement vise à sécuriser des situations existantes.

Admettre dans des résidences-autonomie des personnes qui n'ont aucune raison de s'y trouver, c'est prendre le risque de créer des conflits d'intérêt – tel ou tel voudra que le dispositif profite à un de ses petits-enfants – et donc de s'écarter de l'objectif prioritaire qui est d'accueillir des personnes âgées plus ou moins dépendantes.

Cet amendement me paraît pour tout dire dangereux. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

**Mme Joëlle Huillier.** Les personnes que je reçois sont le plus souvent dépendantes et cherchent une place en EHPAD et non en résidence-autonomie. De nombreux foyers-logements ont des places vacantes parce qu'ils ne répondent plus aux besoins des personnes âgées autonomes d'aujourd'hui, notamment car les logements sont trop petits.

Madame Delaunay, peut-être conviendrait-il d'ajouter, après le mot « accueillir », les mots « en cas de place vacante ».

**M. Michel Liebgott.** Nous rencontrons dans nos territoires non seulement des personnes âgées ou leurs familles, mais également des familles monoparentales et des jeunes. Tous connaissent des difficultés à se loger. Aucune catégorie n'est épargnée. Faire preuve de souplesse et d'ouverture est donc une excellente chose.

Ma commune, dont le taux de logements sociaux dépasse largement le minimum légal et qui, de ce fait, rencontre des difficultés à obtenir des prêts pour en construire de nouveaux, y compris pour les personnes âgées, a le projet de loger, dans la même résidence, des gendarmes – la gendarmerie n'a plus les moyens de construire des casernes – et des personnes âgées, ce qui permettra d'obtenir plus facilement un prêt. Il nous faudra recourir de plus en plus souvent à des solutions pragmatiques en matière de logement classique.

**M. Denis Jacquat.** C'est vrai que, depuis une quinzaine d'années, les foyers-logements, qui offraient un surcroît de confort, notamment en termes de chauffage, sont délaissés car ils se réduisent à une seule pièce, ce qui ne correspond plus aux attentes de leurs bénéficiaires. Le plus souvent, d'ailleurs, la personne âgée passait directement de son domicile à l'EHPAD – la plus grosse demande à l'heure actuelle.

L'agrandissement des appartements en foyers logement et la transformation de ceux-ci en résidences services sont une excellente chose, notamment pour les personnes qui se retrouvent seules. Nous assistons aujourd'hui à la fin des foyers logement traditionnels et au début des résidences-services. Il faut proposer aux personnes âgées un éventail de logements, de la résidence-services à l'EHPAD.

**Mme la rapporteure.** J'émet un avis favorable à l'amendement. Ajouter les mots « le cas échéant » me semblerait une bonne chose.

Il conviendra toutefois de retravailler le texte de l'amendement d'ici à la séance publique en vue de prévenir d'éventuels problèmes d'ordre juridique.

**Mme Bérengère Poletti.** Si nous avons déposé cet amendement, Mme la rapporteure l'aurait trouvé intéressant, mais elle aurait allégué d'une insécurité

juridique pour nous demander de le retirer afin de le représenter en séance avec un éclairage juridique. Je déplore un parti pris face aux amendements.

**M. Christophe Sirugue.** Chère collègue, je vous rappelle que nous discutons du rapport annexé, document qui n'a pas la même valeur que le projet de loi en tant que tel.

**M. Bernard Accoyer.** À quoi sert-il, alors ?

**M. Christophe Sirugue.** Ce n'est pas à vous que j'expliquerai, monsieur Accoyer, que le rapport annexé peut permettre d'éclairer fortement l'esprit du législateur. L'amendement dont nous discutons depuis vingt minutes offre une possibilité intéressante, à condition de prendre quelques précautions, ce que les élus locaux et les associations ne manqueront pas de faire : nous n'imaginons pas qu'ils vont accueillir n'importe qui dans ces résidences. Il faut donc accepter cette possibilité et ne pas confondre le rapport annexé et les articles de la loi.

*La Commission adopte l'amendement.*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS230 de la rapporteure.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS183 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Cet amendement vise à faciliter les relations sociales des personnes âgées – ou plus jeunes, d'ailleurs – qui commencent à être un peu malentendantes, en incitant les cafetiers et les restaurateurs à réserver dans leurs établissements des lieux où la musique est diffusée en sourdine, voire carrément absente, et qui pourraient bénéficier d'un label. La politique de l'âge passe aussi par ce genre d'attention et de sollicitude, bénéfique aux personnes âgées et à beaucoup d'autres.

**Mme la rapporteure.** C'est un sujet qui va faire grand bruit, pourrais-je dire. (*Sourires.*) Je comprends la philosophie de cet amendement qui tend à permettre aux gens qui rencontrent quelques soucis d'audition d'avoir accès à des lieux conviviaux. Néanmoins, il me semble difficile de l'accepter en l'état, d'autant que cette demande n'a été formulée à aucun moment au cours des auditions. Les cafés et les restaurants sont des lieux vivants où la musique et le bruit peuvent être forts, et je vois mal comment imposer à leurs propriétaires de créer des zones spécifiques.

Avis défavorable, donc.

**Mme Michèle Delaunay.** Une fois encore, il ne s'agit pas d'imposer !

**Mme la rapporteure.** Prévoir des zones spécifiques serait malgré tout une contrainte pour eux. Ce n'est pas le bon moment.

**M. Élie Aboud.** Pourquoi ne pas ajouter les discothèques dans la liste ?

**Mme Michèle Delaunay.** Vous avez raison, je vais proposer un sous-amendement... (*Sourires.*)

**M. Élie Aboud.** Ce sujet intéressant nous éloigne du débat de fond. Laissons les professionnels gérer leur activité en fonction de leur clientèle, de leurs envies et de leur territoire, et occupons-nous de l'autonomie. D'ailleurs, les jeunes et les moins jeunes savent où aller pour se sentir bien.

**M. Arnaud Robinet.** Nous nous éloignons de l'objet du projet de loi. Lorsque vous étiez au Gouvernement, madame Delaunay, vous aviez annoncé que vous alliez vous attaquer aux problèmes liés au vieillissement de la population, notamment à la dépendance et au financement de sa prise en charge. Vos amendements ont le mérite de nous faire discuter, mais est-ce le rôle du législateur de demander à des commerçants d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions en adaptant le style et le niveau de décibels des musiques diffusées dans leurs établissements ? Ajoutons que cet amendement est contradictoire avec celui qui est destiné à favoriser la mixité générationnelle. J'espère, madame la rapporteure, que vous n'allez pas donner un avis favorable à cet amendement.

**Mme Véronique Louwagie.** La loi ne peut pas tout encadrer, et nous devons laisser de la liberté aux acteurs. Les cafés et restaurants peuvent se spécialiser dans telle ou telle clientèle : jeunes, vieux, familles, sportifs, etc. Doit-on prévoir des zones par catégorie culturelle ? Une telle initiative n'entraînerait-elle pas de la discrimination des aînés ? Pourquoi ne pas ajouter les salles de spectacles à la liste ? Ce n'est pas un bon amendement.

**M. Denis Jacquat.** En qualité d'oto-rhino-laryngologue, je précise que les gens concernés sont ceux qui présentent des troubles mixtes d'audition à tendance perceptionnelle, et qui sont gênés quel que soit le lieu où ils se trouvent, dès qu'il y a plus de deux personnes dans la pièce. Je n'aime pas m'opposer aux amendements de Mme Delaunay qui travaille très bien sur le problème du vieillissement, mais celui-ci est hors sujet. Cela étant, un commerçant est libre de se spécialiser dans ce domaine s'il le souhaite.

**M. Gérard Bapt.** Je voulais demander l'avis de M. Accoyer, ancien président de l'Assemblée nationale, sur un sous-amendement que j'ai envie de proposer. Lors des questions au Gouvernement, ne pourrait-il pas y avoir un espace réservé aux députés calmes comme moi, où nous serait assurée une faible intensité sonore ? Je vais attendre le retour de M. Accoyer pour représenter mon sous-amendement... (*Sourires.*)

**Mme Michèle Delaunay.** Monsieur Aboud, monsieur Robinet, vous n'avez pas lu le titre de la loi : « Adaptation de la société au vieillissement ». Il s'agit de rendre la vie possible et agréable pour tout le monde, y compris les personnes âgées ou handicapées, en suscitant l'intérêt des professionnels – qui

s'empareront du sujet quand ils auront compris qu'il est porteur. Je continuerai à soutenir cette proposition et je vous donne rendez-vous dans dix ans, en souhaitant que nous serons tous là : ceci existera dans tous les lieux publics qui diffusent de la musique, car le pays comptera bientôt 30 % de personnes de plus de soixante ans, avec lesquelles nous voulons construire une société accueillante et amicale.

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement est un amendement d'exclusion, alors que nous parlions tout à l'heure de mixité sociale. Quand des personnes âgées vont dans un restaurant où il y a de la musique, c'est précisément parce qu'elles recherchent la vie, le bruit, les jeunes, la musique, le mouvement, sinon elles iraient dans un établissement sans musique.

**Mme Michèle Delaunay.** Il n'y en a plus !

**Mme Bérengère Poletti.** Il y a beaucoup de restaurants calmes, chacun développe sa clientèle. Une société où tous les restaurants posséderaient ce type de zone serait bien triste.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS232 de la rapporteure.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS25 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Il s'agit de supprimer les alinéas 321 à 324 du rapport annexé qui parlent, à tort, de « réforme d'envergure ». Nous avons la sensation que ce rapport présume le report d'un deuxième texte qui pourrait traiter de l'ensemble de la problématique de la dépendance.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Vous demandez la suppression d'alinéas relatifs à la réforme de la tarification des EHPAD. L'expression « réforme d'envergure » est peut-être un peu forte, mais ce texte pose vraiment le problème de financement de la perte d'autonomie d'une manière transversale, sans négliger la tarification.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS231 de la rapporteure.*

*La Commission examine l'amendement AS189 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Sachant que le texte comporte quelques mesures concernant la gestion et la vie des EHPAD, cet amendement me semble extrêmement important. Selon un rapport que j'ai demandé à l'Observatoire national de la fin de vie, 25 % des EHPAD ne sont reliés à aucune structure de soins palliatifs alors que 90 000 personnes meurent chaque année dans ces

établissements. Par dérision, et bien que j'essaie de défendre une vision positive de l'âge, je dirais que l'on ne peut pas totalement ignorer que la fin de vie a un léger rapport avec le grand âge. Puisqu'il est inconcevable de ne pas donner aux personnes très âgées le même accompagnement qu'aux malades hospitalisés, il faut systématiser le lien entre les maisons de retraite médicalisées et des unités de soins palliatifs. Il s'agit d'introduire cette culture du soin palliatif et, *via* l'amendement suivant, de prévoir qu'une infirmière puisse ouvrir l'armoire à produits toxiques la nuit et éventuellement donner de la morphine à l'un des résidents.

**M. Élie Aboud.** Nous allons défendre cet amendement de bon sens car nous ne sommes pas dogmatiques. Je regrette seulement que vous l'ayez défendu avec un peu moins de vigueur que les premiers car, sur ce sujet essentiel, vous avez entièrement raison : nous négligeons totalement l'approche des soins palliatifs.

**M. Denis Jacquat.** C'est un excellent amendement. Des associations vont dans les EHPAD pour accompagner des personnes âgées qui souhaitent rester dans l'établissement, ce qui soulage les familles et les personnels. Une telle disposition permettra aux équipes de soins palliatifs d'être présentes, en plus des associations, ce qui est indispensable car un changement d'établissement est toujours préjudiciable pour les personnes en fin de vie. Je voterai des deux mains en faveur de cet amendement.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Nous serons tous d'accord pour adopter l'amendement, qui apportera un confort de fin de vie aux personnes qui se trouvent dans ces établissements. Les unités de soins palliatifs, telles que les prévoyait la loi Leonetti, doivent être développées dans notre pays mais en prendrons-nous les moyens lors des prochains PLFSS ? Cela suppose une réelle volonté politique car, pour l'heure, nous en sommes vraiment démunis, ce qui pose des problèmes d'application de la loi Leonetti. Nous ne nous donnons pas les moyens d'appliquer cette loi.

**Mme Véronique Louwagie.** Nous sommes tous très attachés à l'accompagnement de fin de vie mais je rejoins les propos de mon collègue : passer de « renforcer » à « systématiser » va entraîner un coût supplémentaire et je m'étonne qu'il n'ait pas été opposé à l'amendement AS189 l'article 40 de la Constitution.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Madame Louwagie, j'ai rappelé tout à l'heure ma pratique en matière de recevabilité financière : c'est le président de la commission des finances qui décide.

**Mme Véronique Louwagie.** C'était une simple question, madame la présidente.

**M. Christophe Sirugue.** Pour ma part, je trouve qu'il s'agit typiquement d'un amendement d'intention. Nous savons pertinemment que nous ne disposons

pas sur tout le territoire d'équipes de soins palliatifs qui nous permettraient de systématiser ce lien, et que, par conséquent, ce sera impossible, sauf à compter sur d'improbables ressources supplémentaires pour couvrir ces coûts importants. Sous prétexte qu'il s'agit du rapport annexé, on veut y inscrire tout et le reste ! Ce n'est pas raisonnable, et il me semble même dangereux de remplacer « renforcer » par « systématiser ».

**Mme Bérengère Poletti.** Parfois, il faut savoir s'imposer des contraintes quand on a des objectifs, ce qui a été le cas, par exemple, pour l'accessibilité des bâtiments. On peut accepter de remplacer « renforcer » par « systématiser » comme le propose cet amendement, quitte à prévoir un délai plus long que celui d'un an prévu par l'amendement suivant de Mme Delaunay.

**M. Gérard Bapt.** J'adhère totalement à la finalité de l'amendement. Trop de personnes, dans les derniers jours de leur vie, sont transférées aux urgences hospitalières qui sont en quelque sorte considérées comme des mouiroirs. Le drame de Bayonne n'aurait peut-être pas eu lieu si ce genre de transfert n'était pas aussi systématique. Au fond, l'amendement de Mme Delaunay a aussi une résonance en ce qui concerne l'éthique et la souffrance au travail des personnels soignants des urgences face à des situations de ce type.

En outre, le mot « systématiser » ne signifie pas « rendre obligatoire », mais il atteste d'une ambition et d'un objectif. M. Sirugue aurait raison si nous retenions le délai d'un an prévu par l'amendement suivant. Il serait sage d'accepter cet amendement et de se donner, en modifiant le suivant, un délai plus long. Cela étant, le recours à des équipes mobiles de soins palliatifs peut présenter un intérêt économique, en diminuant les dépenses hospitalières.

**Mme Véronique Massonneau.** Les écologistes voteront en faveur de cet amendement. En France, 30 % des morts à l'hôpital sont dites « convenables », un mot affreux qui signifie que les autres sont délicates, difficiles, parfois terribles pour les patients. Les EHPAD, par manque de moyens, de connaissances et de formation, ne peuvent assurer ces fins de vie. Le terme « systématiser » traduit une ambition qui n'est peut-être pas réalisable dans le délai d'un an proposé par l'amendement suivant. En modifiant ce dernier, nous pourrions adopter celui-ci et essayer d'atteindre au moins cet objectif.

**Mme Michèle Delaunay.** Comme plusieurs orateurs, je pense que le verbe « systématiser » permet de poser une exigence. Anticipant vos remarques, j'avais prévu un délai d'application d'un an ou de cinq ans, sachant que cette dernière durée, très longue, implique que beaucoup de personnes âgées mourront sans accompagnement convenable. La mesure vise aussi à susciter un effort : si 25 % des maisons de retraites n'ont aucun contact avec des unités de soins palliatifs, c'est parfois en raison d'un manque d'énergie, et non par impossibilité.

Systématiser les soins palliatifs en EHPAD aurait certes un coût, mais celui-ci serait en partie compensé par la baisse du nombre d'hospitalisations



indues dans les services d'urgence. Parmi les résidents de maisons de retraite qui décèdent, 25 % sont envoyés dans les services d'urgence des hôpitaux où ils meurent dans les pires conditions, avant même la nuit suivant leur admission dans 75 % des cas. Combien de drames humains, de gens transportés, « déplantés » dans les lieux les moins propices à l'accompagnement que sont les services d'urgence, aux dernières heures de leur vie ? Cet amendement vise à mettre la pression et nous saurons nous retrouver pour demander des moyens supplémentaires pour les unités ou les équipes mobiles de soins palliatifs.

**M. Olivier Véran.** Est-il acceptable qu'il n'y ait pas de recours possible à des structures de soins palliatifs, de façon systématique, lorsque la situation l'exige, sous prétexte qu'on est en EHPAD ? Non. Je salue le travail des médecins, infirmiers et aides-soignants des établissements de type EHPAD, qui font le meilleur travail possible, mais ils ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des équipes spécialisées en soins palliatifs. Le reconnaître est un préalable absolument indispensable.

Existe-t-il des leviers d'action ? Oui. Il s'agit de former les acteurs, de constituer des équipes suffisantes en taille et en nombre sur l'ensemble du territoire pour répondre à la demande. Dès lors que l'on reconnaît qu'il est tout à fait normal, légitime, indispensable, vital que toute personne en attente de soins palliatifs puisse en bénéficier, qu'elle soit en EHPAD ou ailleurs, les législateurs que nous sommes doivent fixer un objectif clair qui permette aux administrations nationales et locales de faire en sorte que ce droit – qui devrait être opposable – puisse s'exercer. Que cela prenne un, trois ou cinq ans, peu importe. En notre qualité de législateur, nous devons indiquer clairement que nous n'acceptons pas l'idée qu'il puisse y avoir des situations où des personnes seront privées des soins palliatifs qu'elles attendent.

**M. Denis Jacquat.** L'amendement entre tout à fait dans le cadre du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Le terme « systématiser » suppose que la mesure sera mise en place le plus rapidement possible, mais le délai d'un an n'est pas tenable.

**Mme la rapporteure.** Les débats sont riches et nourris. J'avoue que le mot « systématiser » – c'est-à-dire rendre obligatoire – ne me convient pas car notre volonté de mieux accompagner va se heurter aux difficultés réelles d'organisation sur nos territoires. N'oublions pas la future loi de santé qui va améliorer la couverture et l'organisation du territoire et ne négligeons pas l'articulation entre les deux textes. Je vous demanderais de bien vouloir retirer l'amendement AS193, car le délai d'un an n'est pas tenable, sinon j'émettrai un avis défavorable. Sous réserve de ce retrait, j'émettrai un avis favorable à l'amendement AS189.

**Mme Michèle Delaunay.** Je le retire d'autant plus volontiers que cet amendement était en quelque sorte un amendement de secours, en prévision de

vos éventuelles remarques, et je suis consciente qu'il ne fait qu'aggraver les réserves au lieu de les lever.

*La Commission adopte l'amendement AS189.*

*L'amendement AS193 est retiré.*

*La Commission en vient à l'amendement AS215 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Cet amendement, qui rejoint les précédents, vise à renforcer les liens entre les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI) et les maisons de retraite médicalisées, car l'EHPAD est vraiment le lieu emblématique de l'éthique.

**Mme la rapporteure.** Une mission sur la fin de vie a été confiée à nos collègues Jean Leonetti et Alain Claeys. Je préférerais donc attendre la séance publique pour discuter de cet amendement. Dans cette attente, il serait préférable que vous le retiriez.

**Mme Michèle Delaunay.** Cette problématique ne concerne pas seulement la fin de vie. Nous savons par exemple l'importance de la réflexion éthique dans l'accompagnement des malades d'Alzheimer – je vous renvoie sur ce point au rapport de M. Emmanuel Hirsch. Je crois d'ailleurs savoir que les groupements ou les espaces de réflexion éthique accepteront volontiers d'être sollicités dans une double perspective, c'est-à-dire pas seulement sur l'accompagnement de la fin de vie.

**Mme la rapporteure.** Il y a une vraie réflexion à conduire, mais elle n'est sans doute pas assez mûre à ce jour. Les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux sont encore à l'état embryonnaire. Je ne refuse pas le débat, mais il me semble préférable de l'avoir en séance publique. Nous aurons ainsi le temps d'expertiser l'amendement.

**Mme Michèle Delaunay.** J'accepte de le retirer, mais je le représenterai en séance : à mes yeux, c'est un amendement majeur.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS321 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Cet amendement traite lui aussi de l'accompagnement de la fin de vie. Il s'agit d'encourager chaque personne accueillie – avec tout le tact nécessaire, mais je crois pouvoir dire que c'est possible – à désigner une personne de confiance et à formuler ses souhaits et directives de manière anticipée lors de l'élaboration et de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée. Il s'agit parfois de choses très simples et

très concrètes. Or les équipes ont souvent trop de pudeur pour aborder franchement cette question.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement enrichit vraiment la rédaction de l’alinéa 341 de l’annexe. J’y suis donc très favorable, même si j’estime que c’est dès l’accueil en établissement qu’il faut être attentif à ces questions, notamment à celle de la désignation d’une personne de confiance.

**Mme Véronique Massonneau.** Je ne suis pas d’accord avec cet amendement. S’il est tout à fait souhaitable de désigner une personne de confiance et de formuler ses souhaits et directives de manière anticipée, pourquoi réserver cette procédure aux personnes âgées, et au cas où elles entrent en établissement ? Non seulement c’est très stigmatisant, mais il est maladroit de le faire à ce moment-là. Cette disposition a davantage sa place dans la loi sur la fin de vie – si tant est qu’elle voie enfin le jour. J’y suis très favorable, mais elle doit concerner tout le monde.

**M. Denis Jacquat.** Le sujet est délicat, et le problème réel. Néanmoins, il faut rappeler que 73 % des personnes accueillies en EHPAD sont atteintes – à des degrés divers – de la maladie d’Alzheimer. Sont-elles vraiment en capacité de réfléchir à cette question ?

J’ajoute que toute personne entrant en établissement doit désigner une personne référente – souvent un membre de sa famille. Le texte évoque d’ailleurs, un peu plus loin, l’entretien que la personne âgée doit avoir avec le directeur de l’établissement au moment de son entrée. C’est à ce moment-là qu’il faudrait poser la question de la personne de confiance – qui devrait à mon avis être la même que la personne référente, faute de quoi nous risquons des conflits. Sans être opposé à cet amendement, j’avoue en trembler à l’avance...

**Mme Bérengère Poletti.** Ayant visité il y a peu un EHPAD de ma circonscription, j’ai posé très directement la question. Il me semblait en effet choquant d’accueillir une personne âgée en lui parlant d’emblée de sa fin de vie. Or il m’a été répondu que le sujet de la mort était justement l’un de ceux les plus fréquemment abordés par les personnes âgées accueillies en EHPAD. La question des directives anticipées doit donc l’être, mais le moment de l’accueil n’est sans doute pas le mieux choisi pour cela. Il serait préférable de le faire non lors de l’élaboration du projet de vie, mais au moment de son actualisation, lorsque la personne âgée elle-même soulève la question.

**Mme la rapporteure.** Vous proposez donc d’aborder la question au moment de l’actualisation du projet de vie.

**Mme Michèle Delaunay.** Nous pourrions modifier le texte de l’amendement, pour prévoir de prendre en compte la question de la fin de vie lors de l’élaboration « ou » de l’actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée – plutôt que lors de l’élaboration « et » de l’actualisation dudit projet de vie.

**Mme Bérengère Poletti.** Ne serait-ce que sur le plan psychologique, l'accueil de la personne âgée n'est pas le bon moment pour aborder le sujet. Cela ne saurait cependant nous dispenser de le faire à un autre moment. Dans la mesure où les personnes âgées elles-mêmes parlent de leur mort, il n'y a aucune raison de ne pas évoquer avec elles les directives anticipées.

**Mme la rapporteure.** Le début de l'alinéa 341 serait donc ainsi rédigé : « – prendre en compte la question de la fin de vie lors de l'élaboration ou de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée... »

**M. Jean-Pierre Barbier.** Nous ne sommes plus dans un débat législatif, mais dans un débat philosophique et éthique. Dire que la question de la mort ne concerne que les personnes âgées est un raccourci surprenant. La mort concerne tout le monde ; le problème est que notre société l'évacue complètement.

Quand aborder la question ? La remise en chantier de la loi Leonetti sur la fin de vie devrait faire l'objet d'un débat national, non pas tant sur les soins palliatifs que sur la mort – le mot même a disparu de notre vocabulaire. La question est bien de savoir comment gérer la mort dans la société d'aujourd'hui.

**Mme Joëlle Huillier.** La rédaction de cet amendement n'est pas assez précise. D'une part, les maisons de retraite élaborent un projet de vie collectif. D'autre part, il faut poser la question du recueil de l'assentiment de la personne âgée sur ses dernières volontés – qui ne ressort pas nécessairement de son projet de vie individuel. Bref, le texte de l'amendement entretient le doute : Mme Delaunay entendait évoquer le projet de vie individuel, mais, pour ma part, je pensais qu'il s'agissait du projet de vie collectif. Toutes les maisons de retraite doivent élaborer un projet de vie collectif, qui traite notamment des modalités d'accueil des personnes âgées.

**Mme Michèle Delaunay.** C'est le projet d'établissement.

**Mme Joëlle Huillier.** Mais celui-ci inclut le projet de vie, comme il existe un projet de soins dans chaque hôpital. Il peut donc évoquer le recueil des dernières volontés de la personne quant à sa mort, mais en ce qui concerne la façon de les recueillir, et non leur teneur même. Il serait donc souhaitable de modifier la rédaction de l'amendement – ce qui aurait aussi le mérite de nous mettre d'accord.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Tout patient hospitalisé remplit – quelle que soit l'origine de l'hospitalisation ou de l'intervention chirurgicale – ce type de formulaire, en indiquant la personne de confiance et la personne à contacter. Il ne me semble pourtant pas que nous nous soyons suffisamment interrogés sur les conditions de recueil de ces informations. Nombreux sont en effet les patients qui ignorent ce qu'est la « personne de confiance » et la « personne à contacter en cas d'urgence ». Reconnaissons que ces imprimés ne sont pas faciles à comprendre pour qui n'est pas au fait des choses.

**Mme Bérengère Poletti.** Je vous donne lecture de l’alinéa 341 du rapport annexé : « – 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 ; ». L’amendement de Mme Delaunay vise à le rédiger différemment, en évoquant la personne de confiance et les directives anticipées. Il suffirait sans doute d’ajouter au texte actuel les mots : « et éventuellement ses directives anticipées ».

**Mme Véronique Massonneau.** Il est vrai que, lorsqu’on est hospitalisé ou lorsqu’on doit subir une intervention chirurgicale, on remplit un document. Ne pourrait-on systématiser – par exemple *via* la carte Vitale – le recueil de l’identité de la personne de confiance, ainsi que les directives anticipées, et cela pour tous les majeurs ? Lorsqu’on est hospitalisé, on peut désigner par exemple un voisin comme personne de confiance. Cela n’a rien à voir avec une véritable réflexion sur notre fin de vie.

Mme Huillier évoquait tout à l’heure le projet de vie collectif des établissements. Il me semble que la fin de vie est quelque chose de très intime, et que seules la personne âgée et la personne de confiance devraient être au courant de ces directives.

**Mme Michèle Delaunay.** Et l’équipe médicale.

**Mme Véronique Massonneau.** Mais ne soyons pas hypocrites : ces dispositions concernent tout le monde !

**Mme Véronique Louwagie.** Contrairement aux précédents, l’alinéa 341 est à la forme négative, ce qui peut donner le sentiment d’un manque d’ambition.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Si la désignation de la personne de confiance ne pose guère de difficultés, la rédaction des directives anticipées est bien plus complexe. Il s’agit de dire que si, demain, je suis victime d’un accident de la route, que je me retrouve en coma de type 4 et que mes fonctions cérébrales sont à tel niveau, je demande à ce que l’on cesse tout soin au bout de quinze jours, de trois mois ou de six mois.

J’estime pour ma part que chacun devrait pouvoir bénéficier d’une consultation médicale, remboursée par la sécurité sociale, pour être aidé dans la rédaction de ses directives anticipées. Cela éviterait bien des problèmes par la suite. J’ai beau appartenir à une profession médicale, je serais bien incapable de rédiger des directives anticipées, car j’ignore à quel stade on doit cesser les soins. Pourquoi ne pas prévoir une disposition de ce type dans un prochain PLFSS ? Ce serait une réelle avancée pour notre société.

**Mme Michèle Delaunay.** Ce que vous souhaitez existe, madame Massonneau : cela s’appelle le mandat de protection future.

**Mme Véronique Massonneau.** Tout le monde le connaît.

**Mme Michèle Delaunay.** Non, puisque seuls 50 000 personnes en ont rédigé un.

Je soutiens la rédaction à la forme négative, madame Louwagie. La question de la fin de vie ou de la mort étant trop souvent ignorée dans les maisons de retraite, la première exigence est de ne pas l'ignorer.

Je rejoins la plupart d'entre vous : les souhaits de la personne âgée ne sauraient être recueillis par le directeur lors de l'accueil dans l'établissement ; ils doivent l'être par l'équipe soignante, lors de l'élaboration ou de l'actualisation du projet de vie – qui est bien un projet individuel. Je note aussi que personne n'est obligé de rédiger des directives anticipées. Certains ne veulent rien dire, et c'est leur droit. Mais il faut encourager ceux qui le souhaitent à formuler ce qu'ils ont envie de dire. Bien entendu, il n'est pas question de brusquer les choses.

**Mme Sylviane Bulteau.** Nous touchons là à un débat très intéressant, notamment sur la personne de confiance. Comme l'a dit Mme Massonneau, cela ne concerne pas que les personnes âgées ; cela peut toucher n'importe lequel d'entre nous. J'ai été confrontée à ce problème avec mon père, qui avait désigné mon demi-frère comme personne de confiance. J'habitais loin de lui, mon autre frère encore plus loin. N'ayant pas été désignés comme personnes de confiance, nous ne pouvions obtenir de nouvelles au téléphone. Avec l'augmentation des divorces, des remariages et donc des recompositions familiales, nous allons être de plus en plus confrontés à ce type de situations. C'est un problème de fond, auquel nous devons nous attaquer. Peut-être ce projet de loi n'est-il pas le texte le plus adapté pour cela, mais l'amendement de Mme Delaunay a le mérite de soulever le problème. Pour ma part, je pense qu'il aurait davantage sa place dans le texte sur la fin de vie.

**Mme la rapporteure.** Je vous relis le texte de l'alinéa 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 ». Nous parlons ici de l'accompagnement, notamment lors de l'accueil dans l'établissement. Mme Delaunay propose la rédaction suivante : « – prendre en compte la question de la fin de vie lors de l'élaboration et – pour ma part, je propose « ou » – de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, encourager chaque personne accueillie à désigner une personne de confiance et à formuler ses souhaits et directives de manière anticipée et accompagnée ». Il s'agit d'une sensibilisation, qui doit se faire au moment de l'accueil en établissement ou de l'actualisation du projet de vie. Les termes de l'amendement n'évoquent pas une obligation, mais bien une sensibilisation – ce qui n'empêche pas que nous ayons besoin d'une certaine formalisation.

Je donne un avis favorable à cet amendement.

*La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.*

*Puis elle examine l'amendement AS318 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Cet amendement vise à généraliser, dans un délai de cinq ans, la possibilité de faire appel à une infirmière de nuit, soit en mutualisant les postes entre plusieurs EHPAD, soit par contact téléphonique. Actuellement, seules des aides-soignantes sont présentes dans les EHPAD la nuit. Il faut qu'il y ait la possibilité de joindre une infirmière la nuit. Selon l'Observatoire national de la fin de vie, le taux d'hospitalisation diminue de 37 % lorsqu'un établissement dispose d'une infirmière de nuit.

**M. Olivier Véran.** Certaines dispositions peuvent être superflues et instaurer un cadre trop rigide. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette règle. Mais permettre aux personnels de nuit d'un établissement de recourir à l'avis ou à l'aide d'une infirmière diplômée pour venir en aide à l'un de ses résidents devrait être une obligation. Je m'étonne d'ailleurs que ce ne soit pas encore le cas. J'ai eu le bonheur de travailler la nuit dans une maison de retraite médicalisée pendant plus de trois ans, au début de mes études de médecine, et je dois avouer que nous étions en situation précaire lorsqu'il s'agissait de venir en aide aux personnes âgées. Nous appelions parfois un médecin, mais nous avons plusieurs fois été conduits à faire des gestes que nous n'étions pas autorisés à pratiquer. Il est donc indispensable de compléter l'offre de soins par la présence permanente d'infirmières dans les maisons de retraite médicalisées – cela relève du bon sens. Si cela ne peut se faire que par une mutualisation des postes entre plusieurs établissements, ce sera déjà un début.

**Mme la rapporteure.** Comme pour les amendements sur les équipes de soins palliatifs que nous avons examinés tout à l'heure, j'entends bien votre souhait de systématiser le recours à une infirmière de nuit. Néanmoins, il me semble qu'il existe un certain nombre d'obstacles, et que nous n'avons pas encore suffisamment réfléchi à l'organisation sur nos territoires. Certes, il faut travailler à éviter ces hospitalisations inutiles ; mais j'ai quelques craintes sur nos capacités d'organisation. J'émettrai donc un avis défavorable sur cet amendement : il mérite d'être revu – sans doute en séance publique, ce qui nous laisserait l'été pour y travailler – pour être vraiment pertinent.

**M. Denis Jacquat.** L'exposé sommaire évoque l'hospitalisation d'urgence en fin de vie. Or c'est pour l'ensemble des résidents des EHPAD que la question se pose. Pratiquement tous les acteurs que nous avons entendus dans le cadre de la mission d'information de notre commission sur l'organisation de la permanence des soins, dont Mme la présidente est la rapporteure, nous ont dit qu'il était très difficile de contacter un médecin la nuit. Ce n'est pas seulement le problème des hospitalisations d'urgence qui est posé, mais celui de la permanence des soins pour les résidents des EHPAD. Les deux pourraient être réglés avec une infirmière coordinatrice et l'obligation d'avoir des infirmières la nuit dans les EHPAD. Le texte de l'amendement doit donc être retravaillé : il est trop restrictif.

**Mme Bérengère Poletti.** Je m'étonne que la commission des finances n'ait pas opposé l'article 40 à cet amendement, qui va accroître les coûts dans les EHPAD. Sachant l'évolution prévisible de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social et de l'ONDAM tout court dans les années à venir, je n'ose imaginer que nous allions vers une généralisation de la présence infirmière la nuit dans les EHPAD.

D'autre part, la situation des EHPAD n'est pas uniforme. Le GIR moyen pondéré (GMP) et le PATHOS moyen pondéré (PMP) ne sont pas les mêmes dans tous les EHPAD. Certains EHPAD disposent déjà d'une présence infirmière permanente, car les pathologies dans l'établissement le justifient. Cela dépend aussi du nombre de résidents. Bref, si l'intention est louable, on peine à envisager sa concrétisation dans le contexte budgétaire actuel.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous entendons en effet régulièrement, dans le cadre de la mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins, que les appels aux 15 provenant des EHPAD et débouchant sur une hospitalisation de la personne âgée aux urgences sont bien plus fréquents et coûtent bien plus cher que nous ne le pensons. C'est une antienne que nous avons entendue presque tous les jeudis matins depuis décembre. Cela permet de relativiser le coût financier de cet amendement : il coûterait sans doute beaucoup moins cher de pouvoir joindre une infirmière la nuit que de laisser les établissements aux mains d'aides-soignantes dont nous connaissons tous le dévouement, mais qui n'ont pas toujours la capacité de prendre des décisions et ont donc recours au 15 – parfois même en première intention – en cas de problème.

**Mme Véronique Louwagie.** Le principe de l'amendement est louable, et son objectif vertueux. Mais a-t-on estimé les besoins existants en termes d'infirmières ? Sommes-nous en capacité d'y répondre dans le délai de cinq ans prévu par cet amendement ? Certains territoires manquent cruellement d'infirmières, y compris dans les EHPAD. Je puis citer l'exemple d'un EHPAD qui n'arrive pas à trouver de médecin coordonnateur. Cet amendement exige donc une coordination avec les établissements de formation, afin de former des professionnels en nombre suffisant pour répondre à l'ambition affichée.

**Mme Michèle Delaunay.** Permettez-moi de souligner une difficulté dans l'enchaînement des amendements. Comme pour l'accès aux soins palliatifs, nous avons déposé un amendement de base – l'amendement AS188 – qui propose de systématiser l'accès à une infirmière de nuit, et un deuxième – l'amendement AS318 – qui propose de le faire dans un délai de cinq ans et aurait donc dû, dans l'esprit, être discuté après le premier.

De nombreuses expérimentations ont été conduites, qu'il s'agisse de mutualiser les infirmières de nuit entre plusieurs EHPAD ou d'assurer l'accès à une infirmière de nuit d'un établissement hospitalier voisin, par exemple. Elles ont permis de diminuer notablement les appels au 15 et les hospitalisations aux



urgences – d'où une économie importante. Certes, l'obligation que nous proposons a un coût, mais il n'est pas considérable : il s'agit d'un accès téléphonique, avec possibilité de déplacement sur site de l'infirmière de nuit dans les formules les plus développées.

**Mme Dominique Orliac.** Je ne m'oppose pas à cet amendement. Néanmoins, j'observe que nous avons voulu rationaliser les coûts de la permanence des soins ambulatoires. Chaque résident en EHPAD a un médecin traitant ; pourtant, c'est le 15 qui est sollicité. Bref, nous allons être contraints de compenser la rationalisation de la permanence des soins en prenant une autre mesure – qui a elle aussi un coût. Où est la pertinence dans tout cela ?

**Mme la rapporteure.** Ce n'est évidemment pas sur la proposition que porte mon avis défavorable, mais sur le véhicule choisi pour l'introduire. Réexaminons le sujet en séance publique ou, mieux, dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement ASI88 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Proposer de systématiser la possibilité de faire appel, par téléphone, à une infirmière de nuit dans les établissements de retraite médicalisés, sans fixer le délai dans lequel on devra y parvenir, c'est exprimer une ambition nécessaire.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable, pour la raison qui vient d'être dite.

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement est plus réaliste que le précédent puisqu'il dessine un objectif sans fixer de délai pour l'atteindre.

**Mme Véronique Louwagie.** Madame la rapporteure, n'avez-vous pas donné un avis favorable à la systématisation du recours aux équipes de soins palliatifs ?

**Mme la rapporteure.** C'est exact mais, je vous l'ai dit, je suis plus réservée dans le cas présent, qu'il faut traiter traité dans le cadre global de la loi de santé car l'organisation des territoires de santé doit être prise en compte. C'est pourquoi je vous propose de reprendre la question en séance publique, ou lors de l'examen de la loi de santé.

**Mme Bérengère Poletti.** Je ne partage pas ce point de vue. Un projet nous est proposé maintenant, cette proposition y trouve parfaitement sa place, amendons le texte sans attendre – ou ne l'amendons pas du tout et prenons le parti affirmé de tout renvoyer à la loi de santé.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Que vous ne partagiez pas l'opinion de la rapporteure est votre droit, mais elle-même a celui de faire valoir son avis.

**M. Denis Jacquat.** L'amendement a davantage sa place dans un texte consacré à l'adaptation de la société au vieillissement que dans un projet de loi de santé prévu pour 2013, reporté à 2014, annoncé maintenant pour 2015, et dont on ne sait s'il contiendra un volet relatif à la santé publique.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Un tel retard avait été accumulé...

**Mme la rapporteure.** Prévoir, comme le fait le texte, de développer l'accès à une infirmière de nuit en mutualisant les postes si c'est nécessaire, reflète la vie en établissement. Le contexte n'est pas celui des soins palliatifs.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS233 et AS195 de la rapporteure.*

*La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS115 de Mme Joëlle Huillier.*

**Mme Joëlle Huillier.** Il convient de multiplier le regroupement des services départementaux destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées au sein de « maisons de l'autonomie ».

**Mme la rapporteure.** La rédaction de cette intéressante proposition devrait faire l'objet d'un débat avec le Gouvernement en séance publique. Je vous invite à retirer l'amendement, sur lequel je devrais sinon me prononcer défavorablement.

**Mme Joëlle Huillier.** Je le retire.

**M. Denis Jacquat.** Je le reprends. Cette excellente proposition doit sans doute être retravaillée, mais il faut effectivement pousser le Gouvernement à généraliser le guichet unique au lieu que des gens fragiles se perdent dans les méandres de différents services.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Je doute de la pertinence d'un amendement qui tend à définir un mode de gouvernance alors que la nouvelle réforme territoriale n'a pas été votée. Ces questions seront-elles, demain, de la compétence du département ? Nul ne le sait.

**Mme Bérengère Poletti.** Je fais mienne cette remarque. De plus, la rédaction de l'amendement, qui n'est rattaché à rien, me paraît devoir être retravaillée.

**Mme Joëlle Huillier.** Quelle que soit la réforme territoriale, les conseils généraux existeront au moins jusqu'à 2020 ; il serait dommage de ne rien faire jusqu'à cette date – et le projet ne peut s'articuler qu'avec l'existant. Si j'ai accepté de retirer l'amendement, c'est au bénéfice d'un débat avec le Gouvernement pour établir dans quel texte le reprendre.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Il est vrai que les conseils généraux ne disparaîtront pas avant 2020, mais le secrétaire d'État à la réforme territoriale a annoncé son intention de les priver progressivement de leurs compétences.

**M. Gérard Bapt.** Où l'on constate que M. Jacquat a repris l'amendement retiré par Mme Huillier au grand dam de M. Barbier... Personne ne dit que les départements seront supprimés et, quoi qu'il en soit, les maisons départementales demeureront : M. Denis Piveteau, ancien directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA) a souligné leur utilité dans le rapport qu'il a remis à la ministre. Je ne doute pas que, pour faire cesser le désordre qui règne au sein du groupe UMP, Mme Huillier représentera son amendement dans le cadre de l'article 88. (*Sourires.*)

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 2 modifié.*

## **TITRE I<sup>ER</sup>** **ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

### **CHAPITRE I<sup>ER</sup>** **L'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention**

#### *Article 3*

(Art.L. 233-1, L. 233-2, L. 233-3, L. 233-4 et L. 233-5 [nouveaux]  
du code de l'action sociale et des familles)

### **Instauration d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées**

Cet article met en place une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Il s'agit d'un organisme nouveau créé par un chapitre III nouveau au sein du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles.

## **1. Le besoin de mise en cohérence dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie**

### *a. Des acteurs multiples*

Les dispositions de cet article reposent sur un constat : le manque de coordination entre les multiples acteurs intervenant dans la prévention de la perte d'autonomie.

Le principal d'entre eux et certainement le plus visible est le conseil général, compétent en matière d'aide sociale dans le département. En particulier, depuis la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, il est chargé du versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Destinée à couvrir en partie les dépenses de toute nature concourant à l'autonomie des personnes âgées ayant besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie ou aux personnes dont l'état nécessite une surveillance régulière. Elle est attribuée, sous certaines conditions, par le conseil général aux personnes hébergées à domicile. Elle est gérée par le conseil général et financée, à hauteur d'un tiers ces dernières années, par un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Les organismes de sécurité sociale jouent également un rôle majeur de détection et d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAVTS) est ainsi très investie : mis en œuvre depuis 2007, le Plan d'actions personnalisé (PAP) est un dispositif d'aides financières et matérielles, permettant aux personnes âgées fragilisées de continuer à vivre chez elles dans les meilleures conditions possibles. Une visite d'évaluation détermine les besoins liés à leur maintien à domicile : aide-ménagère, portage des repas, accompagnement dans les déplacements, etc. Le PAP est notamment complété par le dispositif « logement et cadre de vie » qui contribue à l'adaptation du logement pour favoriser un vieillissement à domicile dans les meilleures conditions.

La coexistence de multiples caisses contribue nécessairement à la complexité du paysage des financeurs : CNAVTS pour le régime général, mutualité sociale agricole (MSA), régime social des indépendants (RSI), caisses de retraite des professions libérales, sans compter les régimes spéciaux de retraite (SNCF, électriciens et gaziers, etc.). La coordination entre eux est donc particulièrement nécessaire alors que les Français sont de plus en plus souvent polypensionnés, et ce, d'autant plus que les institutions de retraite complémentaire mobilisent également des ressources pour accompagner leurs bénéficiaires.

L'Agence nationale de l'habitat (ANAH) intervient quant à elle pour accompagner l'adaptation et l'amélioration des logements. Près de la moitié des personnes âgées de 60 ans et plus sont éligibles à ses programmes et, depuis 2010, elle consent un effort particulier en faveur des propriétaires occupants de leur logement à revenus modestes. Les travaux, qu'elle finance en moyenne à hauteur

de 45 %, touchent essentiellement à la transformation de la salle de bains, à la constitution d'un lieu de vie au rez-de-chaussée ainsi qu'à la mise aux normes des systèmes électriques. Elle intervient souvent en amont du processus de perte d'autonomie, près de la moitié des bénéficiaires de ses aides relevant de taux de dépendance légers (GIR 5 et 6, décrits à l'article 7) et ambitionne de conduire l'adaptation de 80 000 logements sur la période 2012-2017.

Le nombre d'acteurs à l'échelle du département est important, et au niveau infradépartemental, il faut également compter avec l'action des communes ou des communautés de communes.

Ces actions permettent aux personnes avançant en âge de repousser et de limiter la perte d'autonomie. Elles peuvent ainsi être accompagnées dans l'adaptation et l'aménagement de leur domicile, recevoir la visite d'un ergothérapeute, ou encore adapter leurs habitudes alimentaires en lien avec un diététicien. L'offre existe et doit être encore développée. Mais son développement n'aura de sens que s'il s'accompagne d'une véritable mise en cohérence de tous ces efforts.

#### ***b. Un effort de coordination déjà engagé***

La conférence des financeurs que crée cet article doit rassembler les acteurs concourant au financement des mesures de prévention de la perte d'autonomie. Ils élaboreront ensemble un document de programmation coordonnant leurs actions.

Ce document permettra de consolider les efforts de mise en cohérence déjà entrepris, les acteurs présents dans les départements s'efforçant d'offrir des prestations complémentaires.

On notera ainsi la démarche entreprise par la CNAVTS et l'ANAH pour mieux articuler leurs efforts. Ces deux organismes ont conjointement remis en décembre 2013 un rapport sur « l'Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées »<sup>(1)</sup>. Ils partent du constat qu'ils offrent tous des services à un public similaire pour l'adaptation des logements. Dans un souci d'efficacité de l'emploi des ressources comme d'efficacité du service rendu, il était en effet nécessaire de travailler ensemble. Cette démarche se décline donc en une série de résolutions très concrètes : effectuer un diagnostic commun des logements, définir une stratégie partagée d'information, par exemple par la rédaction d'un guide commun, identifier les publics le plus tôt possible, ou encore lutter contre la précarité énergétique.

Ce type de dynamique est très vertueux : il optimise l'offre d'accompagnement et permet aux autres acteurs d'y prendre part ou, à tout le moins de positionner leur offre. Toutefois, si cette démarche est exemplaire de l'intérêt de mieux se coordonner, cet effort n'a pas été systématisé. Il n'existe pas

---

(1) Rapport de l'ANAH et de la CNAV, décembre 2013.

d'enceinte où tous les acteurs ont vocation à se coordonner et à s'engager ensemble sur une même feuille de route. C'est pourquoi la programmation que définira la conférence des financeurs permettra de coordonner l'ensemble des initiatives sur les territoires départementaux.

La programmation constituera un volet complémentaire au schéma départemental relatif aux personnes en pertes d'autonomie. Mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, ces schémas sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé. Ils recensent l'état de l'offre et de la demande dans le domaine médico-social, comme l'évolution des populations en perte d'autonomie, l'offre de services et de soins à domicile, ou encore les établissements et services médico-sociaux (ESMS). Ces schémas s'articulent avec le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, qui recense l'offre et les besoins dans le domaine sanitaire à l'échelle de la région.

La rapporteure a, de longue date, souligné la nécessité de rapprocher les acteurs pour mieux articuler les efforts qu'ils mettent en œuvre en amont pour prévenir la perte d'autonomie. L'instauration d'une conférence des financeurs devrait y répondre pleinement.

## **2. L'instauration d'une conférence des financeurs**

Le nouveau chapitre est libellé « Prévention ». Il suit dans le code les chapitres I et II, respectivement consacrés à l'aide à domicile et au placement des personnes âgées ainsi qu'à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le libellé du chapitre, « Prévention », manque de précision et laisse entendre qu'il couvre un spectre bien plus large que celui des cinq articles qu'il contient, dévolus à la seule création d'une conférence des financeurs. En l'état, il pourrait être modifié afin de se rapprocher davantage de son contenu et ne cibler que la prévention de la perte d'autonomie, ce qui exclurait explicitement d'autres formes de prévention, par exemple sanitaire.

Le présent article introduit un article L. 233-1 nouveau qui institue dans chaque département une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette conférence établit un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention « *en complément des prestations légales et réglementaires* ». Il s'agit de réunir dans un même document l'ensemble des financements de prévention touchant à la perte d'autonomie allouée au niveau du département. En sont exclus les programmes reposant sur des obligations légales (telles que l'APA dans son périmètre actuel) ou réglementaires (et notamment les prestations que peuvent prévoir les règlements départementaux de l'aide sociale).

Le public visé est déterminé selon un critère d'âge. Il comprend, sur le territoire du département, l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus. Cette population est recensée grâce au schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et au projet régional de santé. Elle est cohérente, permettant de toucher un public ciblé par l'ensemble des financeurs et notamment les caisses de retraite.

La conférence facilitera l'accès aux aides techniques et individuelles, par exemple en soutenant les modes d'achat groupé ou de mise à disposition. Elle programmera également les aides correspondant au forfait autonomie destiné aux logements foyers, que le projet de loi propose de renommer « résidences autonomie » (*cf.* commentaire de l'article 11). Elle coordonne et appuie les actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées. La conférence encourage également les actions d'accompagnement des proches aidants, et favorise le développement d'autres actions collectives de prévention.

L'article L. 233-1, nouveau, précise ensuite les missions de la future conférence. Son 1° porte sur l'accompagnement matériel. Le programme coordonné devra en effet comporter des mesures de nature à améliorer l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile. Cela recouvre concrètement des actions d'aménagement des logements (installation d'une rampe, remplacement de la baignoire par une douche, etc.) ou d'achat de matériel (déambulateurs). Il s'agit en particulier de promouvoir les modes innovants d'achat et de mise à disposition, par exemple pour anticiper le retour à domicile de personnes hospitalisées.

En 2°, le programme retrace également les sommes allouées au titre du forfait autonomie. Ce forfait, créé par l'article 11 du présent projet de loi, est destiné à soutenir les logements-foyers. Son allocation sera coordonnée par la conférence des financeurs.

Pour apporter une première réponse au manque de coordination des acteurs locaux de l'autonomie, le 3° prévoit que la conférence coordonne et appuie les actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile. Il s'agit par exemple d'organiser des modules de formation sur la nutrition ou la prévention des chutes, ou encore d'utiliser ces services pour diffuser une information cohérente sur l'ensemble de l'offre en matière de prévention en faveur des personnes aidées et accompagnées.

Conformément aux objectifs affichés par ce projet de loi, le 4° vise à encourager les actions d'accompagnement des aidants, qui sont l'objet d'une attention particulière dans un chapitre spécifique (*cf.* commentaires des articles 35, 36 et 37).

Dans une approche plus générale, le 5° encourage la conférence à « favoriser le développement d'autres actions collectives de prévention », ce qui

laisse aux financeurs la faculté de s'organiser librement, territoire par territoire, et d'expérimenter.

L'article L. 233-2, nouveau, prévoit que les actions réalisées dans le domaine de l'accès aux équipements et aides techniques individuelles, ainsi que celles favorisant les actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie sont financées par le département grâce à l'affectation d'une partie de la CASA, via la section V du budget de la CNSA (qui est l'objet de l'article 5 du projet de loi). Une partie de ces ressources, fixée à 40 % par le projet de loi, doit bénéficier « *à des personnes qui ne remplissent pas les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2* » du même code, c'est-à-dire des personnes qui ne sont pas éligibles à l'APA. Compte tenu des critères mentionnés à cet article (la prestation est versée « *à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie* ») et du critère d'âge retenu au deuxième alinéa de l'article L. 233-1 nouveau (« *ce programme a pour objet de répondre aux besoins des personnes âgées de soixante ans et plus* »), cette mention vise explicitement les publics de soixante ans et plus résidant dans le département et ne souffrant pas de perte d'autonomie ; ce qui constitue véritablement de la prévention de perte d'autonomie, davantage qu'un dispositif de prévention de la dégradation de la perte d'autonomie en ce qui concerne les autres publics.

Le deuxième alinéa de cet article pose un critère de ressources pour la délivrance des aides individuelles financées par le département grâce à l'affectation d'une fraction de la CASA au titre de la prévention, en ce qui concerne spécifiquement l'accès aux équipements et aux aides techniques. Ces critères de ressources seront déterminés par voie réglementaire en tenant compte des coûts constatés dans la zone géographique de résidence. La rapporteure se réjouit de cette mesure de ciblage mais souhaite que les critères de ressources soient harmonisés avec ceux existants pour la délivrance d'autres prestations, par exemple par l'ANAH. C'est l'objectif sous-jacent du troisième alinéa qui prévoit d'appliquer cette règle aux financements complémentaires alloués par d'autres membres de la conférence des financeurs. Bien que cette disposition puisse être jugée contraignante, notamment par les organismes mutualistes dont les critères d'éligibilité aux aides ne sont pas nécessairement liés aux ressources, l'harmonisation des critères d'allocation des aides est une condition indispensable à la bonne articulation des politiques, au ciblage des populations, ainsi qu'à un emploi efficient des crédits publics.

L'article L. 233-3, nouveau, précise la composition et le fonctionnement de la conférence des financeurs. Elle est présidée par le président du conseil général et comporte des représentants des financeurs intervenant à l'échelon départemental. En sont membres de droit les représentants :

– du département en question et, sur décision de leur assemblée délibérante, ceux d'autres collectivités territoriales ou d'établissements publics de



coopération intercommunale (EPCI) parties prenantes au financement d'actions intéressant la conférence (1°) ;

– de l'agence régionale de santé et de l'agence nationale de l'habitat. Cette dernière sera représentée par son délégué dans le département, formellement le préfet, mais aussi, potentiellement, d'autres acteurs en qualité de délégataires de certains crédits tels que des communes ou EPCI (2°) ;

– des organismes de sécurité sociale, avec des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, ainsi que des fédérations des institutions de retraite complémentaire (3°) ;

– des organismes mutualistes régis par le code de la mutualité (4°).

La rédaction de cet article est souple et ménage la possibilité d'ouvrir la composition de la conférence, département par département, à toute autre personne morale ou physique. Son périmètre est déterminé par la participation aux politiques de prévention de la perte d'autonomie, ce qui contribue de fait à élargir le champ des participants : financeurs, mais aussi prestataires de services, associations ou encore experts. Il suffit pour cela que la majorité des membres de droit donne son accord. En l'absence de disposition contraire, les membres de la conférence des financeurs pourront accepter un membre nouveau à titre temporaire, pour traiter d'une question spécifique.

Le mode de fonctionnement de la conférence n'est pas précisé, si ce n'est que, dans les cas de partage égal des voix, le président dispose d'une voix prépondérante.

L'article L. 233-4, nouveau, prévoit la rédaction d'un rapport d'activité annuel qui doit être transmis par le président du conseil général à la CNSA et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé. Le président du conseil général transmet également les « *données nécessaires au suivi de l'activité de la conférence* ». La nature de ces données est précisée. Il s'agit :

– de statistiques relatives au nombre de demandes et d'actions financées par les financeurs de la conférence, par type d'actions, notamment celles relatives à l'accès aux équipements et aides techniques, au forfait autonomie et autres actions (1°) ;

– du chiffrage des dépenses mises en œuvre par type d'action (2°) ;

– du nombre et des caractéristiques des bénéficiaires et des actions (3°).

Cet engagement s'inscrit dans le cadre des engagements réciproques du conseil général et de la CNSA fixés dans leur convention pluriannuelle prévue à l'article 47 du présent projet de loi. Cette dernière précise notamment les modalités de répartition des crédits relatifs aux actions de prévention financées par la conférence.

Le dernier alinéa de l'article prévoit l'hypothèse d'une non-transmission de ces éléments à la CNSA par le président du conseil général. Si, après mise en demeure par la CNSA, le président du conseil général ne transmet toujours pas les éléments prévus par la loi, la Caisse suspend ses versements au titre des crédits de prévention (volet prévention de l'APA).

Pour autant, la rédaction de cet article n'indique pas explicitement que la non-transmission des éléments entraîne nécessairement une mise en demeure, seule la situation suivant cette mise en demeure étant explicitement envisagée. D'après les informations transmises à votre rapporteure, il est prévu qu'en l'absence de transmission au plus tard le 30 juin de chaque année, la CNSA mettra automatiquement en demeure les présidents de conseils généraux de transmettre les éléments d'information, sur le fondement des conventions qui seront signées avec la CNSA et dont le contenu sera précisé par voie réglementaire.

Enfin, l'article L. 233-5 nouveau, renvoie les modalités d'application des dispositions de l'ensemble du chapitre à un décret en Conseil d'État.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de votre rapporteure qui complète le titre du nouveau chapitre III du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles intitulé « *Prévention* », par les termes « *de la perte d'autonomie* », afin de préciser le champ d'action de la conférence des financeurs. Elle a par ailleurs adopté un amendement présenté par les commissaires du groupe SRC permettant au département de donner une délégation de gestion à des membres de la conférence des financeurs.

\*

\* \*

*La Commission examine l'amendement AS328 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** L'amendement précise le libellé du nouveau chapitre III inséré au titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles pour indiquer que le champ couvert concerne la prévention de la seule perte d'autonomie.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS237 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Mme Massonneau avait proposé de supprimer la barrière d'âge ; nous proposons une solution intermédiaire. La barrière avait été fixée à 60 ans en référence à l'âge de la retraite. L'âge légal de la retraite étant passé à 62 ans, l'alignement devrait aller de soi.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Nous cherchons à prévenir au plus tôt la perte d'autonomie. Repousser de deux ans l'âge auquel les personnes sont éligibles à ce programme contredirait l'objectif visé.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS217 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Il s'agit de permettre au département de donner délégation de gestion à l'un des membres de la conférence des financeurs. Les modalités de la délégation sont réglées par une convention.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable.

**M. Denis Jacquat.** Il ne me semble pas de bonne pratique de préciser que les dépenses relatives aux actions menées par la conférence des financeurs doivent être consacrées, pour au moins 40 %, aux personnes âgées relevant des GIR 5 et 6.

**Mme Michèle Delaunay.** La crainte est souvent exprimée que la conférence des financeurs n'appuie que les GIR « à faible chiffre ». Le texte tend à ce que la prévention ait lieu quand elle est le plus utile.

**M. Denis Jacquat.** La prévention doit s'appliquer à tous, pour que la perte d'autonomie advienne le plus tard possible.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS26 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Les instituts de prévoyance, les assureurs - et non seulement les organismes régis par le code de la mutualité - sont susceptibles de financer des actions de prévention. Il convient donc d'intégrer à la conférence des financeurs des représentants des organismes membres de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM).

**Mme la rapporteure.** Le texte prévoit que toute personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie peut participer à la conférence des financeurs sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit. Avis, pour cette raison, défavorable.

**M. Denis Jacquat.** L'argent est rare. Si des organismes peuvent en apporter, pourquoi les rejeter ? Or, des antagonismes locaux feront qu'il en sera parfois ainsi.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS42 de M. Dominique Tian et AS236 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Véronique Louwagie.** Il convient d'associer à la conférence des financeurs des représentants des services d'aide et d'accompagnement à domicile. C'est l'objet de l'amendement AS42.

**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement identique AS36 est défendu.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. La disparité des actions de prévention et l'illisibilité du dispositif ont été fortement critiquées. On s'attache à le simplifier, tout en permettant à la conférence des financeurs de s'adjoindre divers intervenants en fonction de l'organisation locale.

**Mme Véronique Louwagie.** La conférence des financeurs, dans sa composition actuelle, comprend bien peu de gens qui sont en contact quotidien avec les personnes concernées par ces programmes. Ils devraient être systématiquement associés à la conférence ; or, des divergences locales peuvent conduire à ce que tel ne soit pas le cas.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 3 modifié.*

#### *Article 4*

(Art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

### **Financement des actions de prévention de la perte d'autonomie sur la section V du budget de la CNSA**

Cet article organise le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des actions de prévention de la perte d'autonomie sur la section V de son budget. Ce financement prend la forme d'un concours versé aux départements et abondé par une fraction de la contribution additionnelle de la solidarité pour l'autonomie (CASA).

#### **1. La section V du budget de la CNSA**

L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles décrit les ressources de la CNSA par grandes catégories de dépenses et leur mode d'allocation. Sept sections sont ainsi prévues, dévolues respectivement :

– au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, et à celui des groupes d'entraide mutuelle (section I) ;

– à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA, à la section II) ;

- à la prestation de compensation du handicap (section III) ;
- à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à celle des accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées (section IV) ;
- au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes entrant dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles se trouvent notamment les dépenses d’animation et de prévention, ainsi que les frais d’études (section V) ;
- à la mise en réserve du produit de la CASA (section V *bis*) ;
- aux frais de gestion de la caisse (section VI).

Le projet de loi modifie les dispositions relatives aux sections II (article 38), IV (article 4), V et V *bis* (article 8).

Le présent article porte sur la section V. Elle est articulée en deux parties, la première retraçant les ressources et dépenses en faveur des personnes âgées (a et a *bis*) et la seconde en faveur des personnes handicapées (b et b *bis*).

En ce qui concerne les personnes âgées, les ressources de la section V sont retracées dans une sous-section spécifique et se composent de deux éléments :

- en a : d’une fraction « *des ressources visées au a du 2 du I* », dont le niveau est décidé par arrêté conjoint des ministres chargés de l’action sociale, de la sécurité sociale et du budget. Ces ressources se composent des éléments visés en 1° et 2° de l’article L. 14-10-4, soit :

- 40 % du produit de la contribution de solidarité autonomie (CSA), versée par les employeurs publics et privés et dont le taux est fixé à 0,3 % sur la même assiette que les cotisations patronales d’assurance maladie (1°) ;

- des contributions additionnelles au prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement de 0,3 %.

- en a *bis* : d’une fraction supplémentaire de 1 % du même produit, pour les années 2012, 2013 et 2014, afin de financer des opérations d’investissements et de formations d’établissements médico-sociaux, dans le cadre du plan d’aide à l’investissement (PAI) qui accompagne la transformation et le développement des établissements medico-sociaux.

Le b prévoit des dispositions spécifiques en faveur des personnes handicapées : les dépenses qui leur sont dévolues sont retracées dans une sous-section spécifique, qui est abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, « des ressources prévues au a du III », c’est-à-dire, au même titre que le financement des mesures du V en faveur

des personnes âgées, de la ressource visée aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4. Le *bis* prévoit les mesures du PAI en faveur des établissements recevant des personnes handicapées.

Le champ envisagé couvre l'ensemble des autres dépenses en faveur des personnes âgées et handicapées non couvertes par les autres titres et entrant spécifiquement dans le champ de compétence de la CNSA. Cela comprend notamment les dépenses d'animation et de prévention, ainsi que celles d'études.

## **2. La ressource issue de la CASA**

Dans son rapport de septembre 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes s'interrogeait sur la situation socialement et fiscalement avantageuse des retraités qui n'est pas « *sans poser une question d'équité par rapport au reste de la population* ». Compte tenu des besoins croissants liés à la prise en charge de la perte d'autonomie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a instauré une nouvelle contribution, dénommée contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Mentionnée au 1°*bis* de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles relatif à la CSA, elle porte sur les pensions de retraite et d'invalidité des personnes imposables à l'impôt sur le revenu, ainsi que sur les allocations de préretraite, à un taux fixé à 0,3 %. Les titulaires de pensions de retraite ou d'invalidité non redevables de la CSG et de la CRDS sont exonérés. Elle complète en cela la CSA qui, instituée le 1<sup>er</sup> juillet 2004, est assise sur les revenus salariaux des secteurs privé et public, et est recouvrée à un taux de 0,3 %.

En année pleine, le produit de la CASA s'élève à environ 650 millions d'euros. Il s'agit d'une ressource dynamique, qui croît avec le niveau général des pensions.

La question de son affectation a suscité des débats. Dans l'attente de l'adoption par le Parlement des dispositions du présent projet de loi, cette ressource a été mise en réserve dans une section spécifique libellée *V bis*. Elle a été affectée au financement de l'APA (section II) permettant une déduction équivalente en volume de la ressource CSG de la CNSA. Cette somme a été affectée en 2013 et en 2014 au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Un amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, soutenu par votre rapporteure, a prévu le maintien de 100 millions d'euros à la CNSA pour financer par anticipation les premières mesures, telles que la modernisation des établissements ou l'amélioration de l'APA à domicile.

Les mesures nouvelles de prévention ainsi que le forfait autonomie mentionnés à l'article 3 constituent un premier axe de répartition de la ressource CASA. Ainsi, l'étude d'impact prévoit l'affectation, en année pleine, de 185 millions d'euros au titre du volet prévention. Ces montants seront répartis comme suit :

– 140 millions d’euros en faveur de l’accès aux aides techniques et du maintien à domicile ;

– 40 millions d’euros au titre du forfait autonomie.

L’objet du présent article est de permettre l’affectation à la section V du budget de la CNSA d’une fraction correspondante du produit de la CASA afin de financer les 140 millions prévus au titre de l’accès aux aides techniques et du maintien à domicile.

### **3. Le projet de loi permet le financement de mesures nouvelles par la section V du budget de la CNSA**

L’article 4 du projet de loi modifie l’article L. 14-10-5 du code de l’action sociale et des familles.

Son 1<sup>o</sup> réduit de sept à six le nombre de sections du budget de la CNSA afin de tenir compte de l’abrogation du V *bis* prévue en 3<sup>o</sup>, qui supprime l’une des sections.

Le 2<sup>o</sup> modifie le V de l’article. Le a du 2<sup>o</sup> élargit le champ des financements de la section V. Il vise le financement des mesures de prévention « *prévues aux 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l’article L. 233-1* », c’est-à-dire des actions individuelles et collectives de prévention intervenant en complément des prestations légales et réglementaires, ainsi que les « *autres mesures de prévention* », mesures introduites par l’article 3.

Le financement des frais d’expertise est également introduit, en plus des missions d’études.

Le b du 2<sup>o</sup> remplace la rédaction du a du V. Il y introduit la mention du concours versé au titre des 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l’article L. 233-1. Ce concours est fixé annuellement par arrêté des ministres chargés de l’action sociale, de la sécurité sociale et du budget. Leur inscription s’effectue également dans la sous-section prévue dans la rédaction en vigueur.

Cette sous-section restera abondée par une fraction des ressources prévues au a du 2 du I du présent article, décrites plus loin (CSA, qui porte sur les revenus du travail, et contributions additionnelles au prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement). Mais la nouvelle rédaction ajoute « *une fraction correspondant au produit de la contribution mentionnée au 1<sup>o</sup> bis de l’article L. 14-10-4 diminué des montants respectivement mentionnés au b du 1<sup>o</sup> du II du présent article et au b du présent V* ». Cela correspond au solde des crédits CASA diminué de l’abondement supplémentaire versé au titre de l’APA (et prévu à l’article 38) ainsi que des autres mesures nouvelles prévues par le projet de loi, et notamment la mise en place du forfait autonomie.

Le c du 2<sup>o</sup> modifie le b du V en vigueur.

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* ». Ces dispositions modifient le financement des mesures entrant dans le périmètre « balai » de la section V (autres dépenses, animation, prévention, frais d'études) en faveur des personnes handicapées. Si la ressource CSA et contributions assimilées est maintenue, le présent article ajoute, au même titre que pour les personnes âgées, une fraction de la ressource CASA, fraction dont le niveau sera également fixé par arrêté conjoint des ministres chargés des personnes handicapées et du budget.

Le 3° abroge la section V *bis* dévolue à la mise en réserve du produit de la CASA. Les mesures du présent projet de loi la rendent en effet sans objet.

\*  
\* \*

*La Commission examine l'amendement AS43 de M. Dominique Tian.*

**Mme Véronique Louwagie.** L'alinéa 7 doit être supprimé. L'objet de la CASA est de financer des actions pour les personnes âgées, non de financer des personnes en situation de handicap pour compenser le désengagement de l'État.

**Mme la rapporteure.** La CASA flèche les crédits vers les personnes âgées. Cet amendement n'a pas lieu d'être. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS238 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'alinéa 8 de l'article abroge la section V *bis* du budget de la CNSA qui permettait la mise en réserve du produit de la CASA en attendant le vote du présent projet. Par cet amendement, il est proposé de rétablir la section V *bis*, et pour cela de supprimer l'alinéa 8, aussi longtemps que le ministre n'aura pas pris l'engagement qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 la totalité du produit de la CASA sera affecté à la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées. Ce produit, déjà détourné de son objet en 2013 et 2014, doit effectivement être affecté à ces politiques dès 2015, sans attendre la montée en puissance des mesures nouvelles prévues dans le présent texte.

**Mme la rapporteure.** Je partage l'opinion que la section V *bis* doit être maintenue, mais c'est l'article 59, parce qu'il traite des dispositions transitoires, qui doit être amendé à cette fin et non l'article 4. Je vous invite à retirer l'amendement et à le représenter en séance ainsi rectifié, faute de quoi je devrais émettre un avis défavorable.

**Mme Bérengère Poletti.** Selon moi, il conviendrait, pour atteindre l'objectif que nous partageons, d'amender et l'article 4 et l'article 59.



**Mme la rapporteure.** Ce n'est pas mon avis.

**M. Denis Jacquat.** Considérant que nous nous sommes fait déjà rouler par deux fois, je suis partisan d'un dispositif de type « ceinture et bretelles » (*Sourires*) garantissant doublement que la totalité du produit de la CASA destiné à la CNSA sera affecté à la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 4 sans modification.*

#### *Article 5*

(Art. L. 14-10-10 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

### **Répartition des concours de la CNSA**

Cet article vise à organiser la répartition des concours aux départements financés par la section V du budget de la CNSA.

#### **1. Les nouveaux concours mentionnés à la section V du budget de la CNSA et attribués aux départements**

Les concours mentionnés au a du V de l'article L.14-10-5 sont répartis annuellement entre les départements. Ils correspondent à la politique de soutien à la recherche, aux études et aux actions innovantes visant à améliorer et à développer les réponses en matière d'accompagnement de l'autonomie.

Le commentaire de l'article 4 décrit le contenu de cette section V et prévoit son abondement supplémentaire par une fraction de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

L'article 5 décrit les modalités d'allocation des deux concours destinés aux départements que le projet de loi fait porter par la section V :

– l'une correspond au forfait autonomie, instauré à l'article 11 du projet de loi ;

– l'autre est dévolue aux autres actions de prévention.

L'attribution des concours aux départements sous forme de deux enveloppes distinctes (1° Améliorer l'accès aux aides techniques et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Développer les actions collectives de prévention / 2° Créer un forfait autonomie en logements-foyers permettant de développer les actions de prévention) permet de mieux les cibler.

L'enveloppe totale est évaluée à 180 millions d'euros par l'étude d'impact.

## **2. La précision des modalités de répartition du concours alloué au titre du forfait autonomie et des actions de prévention**

Cet article insère un article L. 14-10-10 (nouveau) au chapitre X du titre IV du livre Ier du code de l'action sociale et des familles. Cet article prévoit en 1° et 2° la répartition des deux nouveaux concours aux départements, tel que le a de la section V de l'article L. 14-10-5 résultera de l'adoption du présent projet de loi.

Le 1° détermine les modalités d'allocation du concours correspondant au forfait autonomie.

### **Le forfait autonomie <sup>(1)</sup>**

Il s'agit d'une aide modulable prévue par l'article 11 du présent projet de loi, modifiant l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, versée aux logements-foyers, renommés « résidences autonomies », et ne percevant pas de forfait-soins.

Pour mémoire, cette aide sera gérée par le département et financée grâce au concours de 40 millions d'euros versé par la CNSA. Elle est versée sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le forfait autonomie facilitera le recours à des professionnels formés à l'accompagnement de publics présentant des fragilités psychologiques et/ou psychiques et/ou sociales.

Son montant est évalué à 40 millions d'euros à l'issue de la montée en charge du dispositif<sup>(2)</sup>.

Le présent article prévoit que ce concours sera réparti de façon annuelle entre les départements. Il sera alloué en proportion non pas du nombre d'établissements éligibles au forfait autonomie (logements-foyers ne percevant pas de forfait soins), mais du nombre de places éligibles dans ces établissements. Cette approche est plus équitable et permettra d'encourager au mieux le maintien ou le développement d'une offre parfois fragile.

Le 2° prévoit les modalités de répartition du concours correspondant aux autres actions de prévention, soit une enveloppe de 140 millions d'euros.

Elles sont mentionnées aux 1° et 5° de l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, créé par l'article 3 du présent projet de loi (*cf.* commentaire ci-dessus).

Pour mémoire, il s'agit, d'une part, d'améliorer l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment en promouvant des modes innovants d'achat et de mise à disposition. Il s'agit d'autre part, de favoriser le développement d'autres actions collectives de prévention.

---

(1) Voir commentaire de l'article 11.

(2) Étude d'impact du projet de loi, programmation des moyens, tableau récapitulatif des dépenses prévisionnelles en année pleine (p. 8 du projet de loi).

Ce concours est lui aussi réparti de façon annuelle entre les départements. Il sera alloué en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus. Si ce dernier critère présente l'avantage de la simplicité, il ne permet cependant pas d'affiner les enveloppes en fonction de la situation sociale de ces personnes (ce que l'article 3 prend pourtant en compte), ni du potentiel fiscal du département (qui entre en compte, par exemple, dans le mode de calcul du concours APA, décrit à l'article 38 du projet de loi).

\*  
\* \*

*La Commission adopte l'article 5 sans modification.*

## CHAPITRE II **L'action sociale inter-régimes des caisses de retraite**

### *Article 6*

(Art. L. 115-2-1 et L. 115-9 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)

### **Recueil d'informations et coordination des régimes de sécurité sociale**

Cet article insère deux nouveaux articles au chapitre V du titre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale.

Le premier, l'article L. 115-2-1, prévoit les modalités de recueil et d'échange de l'information entre les organismes de sécurité sociale. Il s'agit de permettre aux caisses d'effectuer du « croisement de données », l'objectif étant notamment d'identifier, parmi les bénéficiaires d'une prestation de retraite, les personnes dont l'état de santé peut laisser présager une perte d'autonomie. Le second, l'article L. 115-9, prévoit de lier par une convention pluriannuelle les caisses de retraites du régime général, celles du régime agricole (MSA) et des indépendants (RSI) à l'État pour coordonner les politiques d'action sociale qu'elles mènent en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées.

- Les échanges d'informations entre la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et les caisses de retraite visent le plein développement de la politique de prévention de la perte d'autonomie en permettant le repérage des personnes présentant un risque accru de perte d'autonomie. Certains signaux recueillis par une caisse, s'ils sont croisés avec ceux recueillis par une autre caisse, peuvent donner l'alerte. Par exemple, une personne âgée que la CNAM identifie comme sortant d'une hospitalisation devra faire l'objet d'une attention particulière si la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) la sait veuve.

Ainsi ce sont des données relatives à la situation sociale de la personne qui seront visées : le fait d'être ou non en situation de veuvage, d'avoir ou non désigné un médecin traitant, de ne pas avoir consulté de médecin pendant une longue période, voire de ne pas s'être abonné à la lettre d'information de sa Caisse

d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT). La transmission des informations sera limitée aux seules données non médicales pouvant aider à un ciblage des fragilités.

Les échanges d'information entre organismes de sécurité sociale s'articuleront avec une série de partenariats entre la CNAV et les autres organismes de retraite, de base et complémentaires, visant là encore à renforcer les moyens de repérage, de mesure et d'accompagnement des situations de risque de fragilité.

• Le 1<sup>o</sup> insère un article L. 115-2-1 après l'article L. 115-2. Il permet l'échange d'informations entre organismes de sécurité sociale. Le champ couvre tout type d'information non médicale. Celles-ci doivent être 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 de l'autonomie »*. L'échange de données est donc rendu possible au-delà du seul traitement de la perte d'autonomie pour toucher potentiellement l'ensemble des actions d'accompagnement social.

Les modalités de mise en œuvre de ces dispositions seront définies par décret en Conseil d'État. Compte tenu du caractère sensible de certaines des informations détenues par les organismes de sécurité sociale et notamment de la nécessité de respecter scrupuleusement la vie privée des usagers, le décret sera pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Cet avis permettra notamment de déterminer le champ des données couvertes, les possibilités de consultation, ainsi que les conditions et la durée de stockage de l'information.

• En complément, le 2<sup>o</sup> insère un article L. 115-9 nouveau qui porte sur la coordination entre les organismes de sécurité sociale d'une part, et l'État d'autre part. Il prévoit que la CNAV, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et la caisse du RSI coordonnent leur politique d'action sociale en faveur de la prévention de la perte d'autonomie. Chacune d'entre elles devra conclure une convention pluriannuelle avec l'État. Ce document fixera les principes et les objectifs de cette politique d'action sociale « coordonnée ». Les stipulations de ces conventions devront se conformer à celles contenues dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui les lient par ailleurs à l'État.

L'État va ainsi jouer un rôle pilote dans l'harmonisation au niveau national des politiques d'action sociale menées par les caisses pour lutter contre la perte d'autonomie. Cette démarche s'articulera avec celle menée au niveau des départements par la conférence des financeurs qui, sur un mode coopératif, incite tous les acteurs à mettre leurs actions en cohérence (cf. article 3).

La signature de ces conventions pluriannuelles est obligatoire pour les organismes précités. Elle est facultative pour les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base ou des régimes

complémentaires légalement obligatoires, tels que les caisses de retraite des avocats, notaires ou encore des agents du service public ferroviaire.

### **Un effort d'ensemble**

Tous les acteurs sont conscients de la nécessité de ce travail d'échange et de coordination.

À titre d'illustration, les caisses nationales des régimes de retraite complémentaires ont signé le 8 janvier 2014 une convention pluriannuelle pour la prévention et la préservation de l'autonomie. Cette convention prévoit de fournir de façon coordonnée aux ressortissants des trois régimes :

- des informations et des conseils pour bien vivre leur retraite et anticiper la perte d'autonomie ;
- des programmes d'actions et d'ateliers collectifs de prévention sur l'ensemble du territoire ;
- des actions individuelles à destination des plus fragiles reposant sur les besoins à domicile et des plans d'aide personnalisés.

Ces actions sont fondées sur des modes d'organisation et des outils coordonnés que l'amélioration de la coordination entre tous les acteurs de protection sociale ne fera que conforter. L'offre de prévention inter-régime repose en effet sur une conception d'ensemble et couvre tout le champ du « bien vivre l'avancée en âge » : adaptation du logement, développement et promotion des lieux de vie collectifs, soutien au domicile et accompagnement social des publics les plus précaires. Les axes de la convention inter-régime seront présents dans chacune des COG que l'État sera conduit à signer.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 6 sans modification.*

### *Article 7*

(Art. L. 113-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

## **Modalités de la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie par les départements et les organismes de sécurité sociale**

Le présent article insère un article L. 113-2-1 nouveau au chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles. Il vise à organiser les modalités de reconnaissance mutuelle des situations de perte d'autonomie des personnes âgées.

### **1. La grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie**

Cette grille est mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit que « *l'allocation personnalisée d'autonomie, qui a le caractère d'une prestation en nature, est accordée, sur sa demande, dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte*

*d'autonomie, évaluée à l'aide d'une grille nationale, également définie par voie réglementaire.* ». Les déclinaisons réglementaires de cet article ont déterminé une grille nationale dénommée Autonomie Gérontologie, Groupe Iso Ressource (AGGIR) qui permet de déterminer le degré de perte d'autonomie.

Cette grille d'évaluation, reproduite dans l'introduction de ce rapport, permet de répartir les degrés de la dépendance en six groupes, appelés GIR (« groupe iso ressource »). À chaque GIR correspond un niveau de besoin en aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Elle sert en particulier de référentiel dans le cadre de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et d'autres aides au maintien à domicile.

Cette grille est non seulement utilisée par les départements pour évaluer les droits à l'APA et déterminer le contenu des plans d'actions personnalisés, mais elle sert également de référentiel à d'autres acteurs, et notamment les caisses de retraite. Par exemple, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) de la région Rhône-Alpes conditionne la délivrance de prestations intervenant dans le cadre de l'aide au maintien à domicile et de l'adaptation du logement à un certain nombre de critères, dont une évaluation de la dépendance selon la grille AGGIR : « *Les aides de la CARSAT sont attribuées, sous conditions, aux retraités relevant du groupe iso-ressources (GIR) 5 ou 6 de la grille AGGIR (échelle de mesure de l'autonomie)* ». <sup>(1)</sup>

C'est dans ce contexte que l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS) a conduit une étude en 2013 portant sur la complémentarité entre caisses de retraite et départements dans le soutien aux personnes âgées. L'observatoire a constaté la grande diversité des modalités de mise en œuvre de la reconnaissance de la perte d'autonomie <sup>(2)</sup>. Selon les territoires, les intervenants recourent ou non à une structure unique d'évaluation (qui peut être le département). Ils peuvent reconnaître tout ou partie du travail d'évaluation et d'accompagnement mené par l'un des acteurs : reconnaissance ou non du niveau de GIR retenu, reconnaissance ou non du plan d'actions personnalisé.

Dans une période de rationnement des ressources, la mise en cohérence des actions proposées aux personnes en perte d'autonomie est plus que jamais nécessaire. Cependant, elle suppose, au préalable, de s'accorder systématiquement sur l'analyse du niveau de dépendance des personnes. C'est l'objet du présent article.

---

(1) <http://www.carsat-ra.fr/index.php/assures/j-ai-besoin-d-une-aide-pour-bien-vivre-a-domicile/180-conditions-et-demarches>.

(2) *Commission autonomie de l'ODAS, Le soutien à domicile des personnes âgées – Pour une meilleure complémentarité entre CARSATS et départements sur les territoires.*

## **2. La reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie par les départements et les organismes de sécurité sociale**

Cet article instaure l'obligation d'un dialogue entre les départements et les organismes de sécurité sociale afin d'aboutir à une forme de reconnaissance mutuelle des modalités de reconnaissance de la perte d'autonomie des personnes âgées. Ces acteurs devront s'entendre sur le partage de critères d'évaluation, ce qui conduira de fait au partage de critères au niveau national, les caisses de sécurité sociale s'organisant de façon nationale.

Leurs démarches de reconnaissance mutuelle se fonderont sur un référentiel déjà existant, la grille nationale d'évaluation mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles. L'objectif est que le niveau de dépendance « GIR » soit reconnu de la même façon par tous, à la fois dans le partage des critères AGGIR et surtout dans la mise en commun des décisions de reconnaissance d'un niveau de perte d'autonomie. Départements et caisses de retraites devront s'accorder pour que, par exemple, si les services du département de l'Oise reconnaissent à une personne un degré de dépendance de niveau GIR 3, la CARSAT Nord-Picardie le lui reconnaisse également et automatiquement, sans que l'intéressé ait besoin d'effectuer de nouvelles démarches.

Les modalités pour parvenir à cet accord ne sont pas définies de manière uniforme au niveau national ; elles le seront localement par chaque département et caisse de retraite, l'essentiel étant d'aboutir *in fine* à un système homogène articulé autour de la grille AGGIR. De telles pratiques de reconnaissance mutuelle se sont développées localement et il convient ici de les conforter en les généralisant.

La généralisation par la loi du principe de la reconnaissance mutuelle constitue une avancée importante qui permet le partage d'une grille nationale tout en laissant des marges de manœuvre au niveau local. Cette disposition initiera un mouvement de mise en cohérence de l'évaluation, fondement nécessaire à toute mise en cohérence des prestations. Toutefois, la rapporteure considère qu'une réflexion doit désormais être ouverte afin de pousser le principe de reconnaissance à l'étape suivante, c'est-à-dire celle des plans d'actions proposés aux personnes en perte d'autonomie. C'est à cette condition que des synergies importantes pourront avoir lieu.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 7 sans modification.*

CHAPITRE III  
**Lutte contre l'isolement**

*Article 8*

(Art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

**Financement des actions de formation  
au profit des intervenants bénévoles par la CNSA**

Cet article prévoit le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de la formation de l'accompagnement des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social. Il permet également le financement de mesures d'accompagnement au profit des proches aidants ainsi que de formations des personnels administratifs des services à domicile.

Il modifie le IV de l'article L. 14-10-5 au sein du chapitre X du titre IV du livre 1<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles.

**1. La section IV du budget de la CNSA**

L'article L. 14-10-5 définit les modalités selon lesquelles la CNSA retrace ses ressources et ses charges (cf. commentaire de l'article 4 sur l'organisation du budget de la CNSA, le calcul de ses ressources et l'apport de la CASA).

Sa section IV est consacrée au financement des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à celles des accueillants familiaux ainsi qu'au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées.

En l'état, cette section comprend en ressources (1<sup>o</sup>) une fraction du produit mentionné au 3<sup>o</sup> de l'article L. 14-10-4, dont le niveau est déterminé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, et fixé entre 5 et 12 %. Le 3<sup>o</sup> de l'article L. 14-10-4 vise un panier de ressources, composé de 0,1 % du produit de diverses contributions sociales mentionnées aux articles suivants :

– L. 136-1 qui vise la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement ;

– L. 136-6 portant sur la contribution sociale sur les revenus du patrimoine ;

– L. 136-7 relatif à la contribution sociale sur les produits de placement ;

– L. 136-7-1 concernant la contribution sociale sur les sommes engagées ou les produits réalisés à l'occasion des jeux.

S'y ajoute une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article



(c'est-à-dire la CSA et les contributions additionnelles au prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement). Cette part est fixée par arrêté conjoint des mêmes ministres dans la limite de 12 % de cette fraction.

Symétriquement, le 2° de la section IV retrace ses charges spécifiques. Elles pourvoient notamment au financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées ainsi que de dépenses de formation des aidants et accueillants familiaux ainsi que des personnels soignants des établissements...

Le 2° a été modifié à la suite de l'adoption d'un amendement soutenu par la rapporteure au cours de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Un deuxième alinéa le complète, ouvrant la possibilité de déléguer les crédits de la section aux Agences régionales de santé (ARS).

## **2. Prise en charge d'actions de formation au profit de bénévoles**

L'objectif de l'article 8 est de permettre le financement d'actions de formation qui bénéficieraient notamment aux proches aidants et aux bénévoles, de façon pérenne, à partir des crédits de la section IV de la CNSA.

L'introduction de cet objectif est l'occasion de modifications rédactionnelles en 1° et 2°.

Le **1°** du présent article propose une nouvelle rédaction du 1° de la section IV de l'article L. 14-10-4. En l'état, l'ensemble de ces dispositions relatives aux ressources était rassemblé en un alinéa. La nouvelle rédaction le décompose en 3.

Le **a** reprend la rédaction initiale en ce qui concerne l'affectation du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4.

Le **b** fait de même s'agissant des 1° et 2° du même article L. 14-10-4.

En revanche, le **c** introduit une disposition nouvelle. Il affecte une part maximale de 4 % de la fraction du produit de la CASA, contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4, elle-même affectée au a du V de l'article L. 14-10-4. Le niveau de cette fraction est lui aussi fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget.

Le **2°** du présent article modifie la rédaction du 2° de la section IV de l'article L. 14-10-4 relatif aux charges.

La nouvelle rédaction consiste en un alinéa unique. Elle est proche du premier alinéa actuel du 2° et introduit la mention des « *intervenants directement employés* » par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, pour la formation des personnels intervenant auprès des personnels participant aux services d'aide à domicile ainsi que des accueillants familiaux

(cf. article 39). Sont également mobilisés des crédits pour l'accompagnement des proches aidants.

L'apport principal de cette rédaction est de prévoir l'allocation de ressources pour « la formation et le soutien » des intervenants bénévoles contribuant à maintenir le lien social des personnes âgées, à l'exemple de l'initiative MONALISA, précédemment décrite par votre rapporteure, et des personnes handicapées, ainsi que des dépenses de formation et de qualification des établissements et services mentionnées aux 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 314-3-13 du code de l'action sociale et des familles.

Les dispositions de l'article 8 répondent à une demande forte de l'ensemble des acteurs du secteur et traduisent la volonté de prévenir le risque d'isolement par une approche globale et qualitative.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS278 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Jeanine Dubié.** Les crédits de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) proviennent de la contribution de solidarité autonomie (CSA) et non de l'ONDAM. Il n'y a donc aucune raison pour qu'ils soient réservés exclusivement aux formations des personnels soignants et aux seules structures financées par l'assurance maladie.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. En adoptant cet amendement, nous alourdirions la dépense. Nous risquerions aussi d'entraîner un saupoudrage des crédits et d'amoinrir la lisibilité des politiques de formation. Je rappelle que les établissements sociaux et médico-sociaux sont habilités à recevoir des personnes éligibles à l'aide sociale qui bénéficient par ailleurs d'un soutien substantiel par le biais du financement de formations au profit du personnel soignant.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 8 sans modification.*

## TITRE II ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

### CHAPITRE I<sup>ER</sup> Vie associative

#### *Article 9*

(Art. L. 120-17 du code du service national)

#### **Conditions de délivrance d'une attestation de tutorat**

Le service civique est ouvert aux personnes âgées de 16 à 25 ans (article L. 120-1 du code du service national) et leur permet d'effectuer des missions d'intérêt général.

#### **1. Le volontariat de service civique et les autres formes de volontariat proposées aux jeunes**

Institué par la loi n° 2010-241 du 10 mars 2010, le service civique peut être effectué auprès d'associations, de collectivités territoriales (mairies, départements ou régions) ou d'établissements publics (musées, collèges, lycées...), sur une période de 6 à 12 mois, en France ou à l'étranger, pour une mission d'au moins 24 heures par semaine. Un engagement de service civique est compatible avec la poursuite d'études ou un emploi à temps partiel.

Il s'agit d'un engagement volontaire au service de l'intérêt général, indemnisé 573 euros net par mois, ouvert à tous les jeunes de 16 à 25 ans, sans conditions de diplôme. Il peut être effectué dans neuf grands domaines : culture et loisirs, développement international et action humanitaire, éducation pour tous, environnement, intervention d'urgence en cas de crise, mémoire et citoyenneté, santé, solidarité, sport.

Bien que régies par des dispositifs qui leur sont propres, d'autres formes d'engagements sont reconnues comme service civique <sup>(1)</sup> :

– le volontariat de service civique, qui a pour objet de renforcer la cohésion nationale et la mixité sociale ;

– le service volontaire européen, qui permet à des jeunes de participer à des activités dans des domaines tels que la culture, le sport, la protection civile, ou encore l'environnement dans un pays de l'Union européenne ;

– les missions de volontariat international en administration, qui s'inscrivent dans le cadre des politiques de soutien apporté aux Français établis hors de France et de coopération culturelle ou scientifique avec des États tiers ;

---

(1) Et sont régies par le code du service national modifié par la loi du 10 mars 2010.

– le volontariat international en entreprise, qui s’inscrit dans la continuité des actions de coopération économique ;

– le volontariat de solidarité internationale<sup>(1)</sup>, qui a pour objet l’accomplissement à temps plein d’une mission d’intérêt général dans les pays en voie de développement ;

– et, enfin, d’autres types de services civiques, spécifiques, tels que le volontariat franco-allemand<sup>(2)</sup>, le volontariat pour l’insertion – « Défense 2<sup>e</sup> chance »<sup>(3)</sup> – ainsi que le volontariat de sapeur-pompier<sup>(4)</sup>.

Le dispositif visé par le projet de loi correspond au volontariat de service civique, régi par le titre I<sup>er</sup> *bis* du livre I<sup>er</sup> du code du service national. Dans le cadre de cet engagement, le jeune est suivi par un tuteur, chargé de l’accompagner et de lui transmettre une compétence et des savoirs. Ce tuteur peut être un senior qui choisit de s’engager en dehors de toute contrainte professionnelle, au service de l’intérêt général.

## **2. Le projet de loi concerne le tutorat dont bénéficient les jeunes effectuant un volontariat de service civique**

Les deux alinéas du présent article modifient le code du service national afin de prévoir les modalités de délivrance d’une attestation de tutorat par l’agence du service civique. Il modifie pour ce faire l’article L. 120-17 du code du service national, qui s’insère dans les dispositions de la section 3 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> *bis* du livre I<sup>er</sup> du code relatif à l’engagement et au volontariat de service civique.

Il s’agit ici non pas d’ouvrir le service civique aux aînés, mais de récompenser leur implication dans la transmission du savoir en faveur de jeunes effectuant un service civique.

Dans ce but, le présent article modifie le deuxième alinéa de l’article L. 120-17 du code du service national. Cet article décrit les conditions de délivrance de l’attestation de service civique. Cette attestation est mentionnée à l’article L. 120-1, article qui définit le service civique. Son III prévoit notamment que l’État délivre à la personne volontaire, à l’issue de sa mission, une attestation de service civique et un document qui décrit les activités exercées et évalue les aptitudes, les connaissances et les compétences acquises pendant la durée du service civique.

---

(1) Institué par la loi n° 2005-159 du 23 février 2005.

(2) Des associations françaises et allemandes envoient et accueillent simultanément un ou plusieurs jeunes volontaires et assurent leur accompagnement en concertation.

(3) Permet aux jeunes de 18 à 21 ans en échec scolaire ou en difficulté d’insertion sociale et professionnelle, de bénéficier d’une formation durant 6 à 24 mois.

(4) 196 800 sont sapeurs-pompiers volontaires.

En l'état de sa rédaction, le deuxième alinéa de l'article L. 120-17 prévoit la possibilité que l'agence du service civique délivre cette attestation à toute personne « *qui contribue à la formation civique et citoyenne ou au tutorat des personnes effectuant un engagement de service civique* ».

La rédaction proposée par le projet de loi a pour effet de restreindre le champ des bénéficiaires de l'attestation aux seules personnes à la fois âgées de 60 ans au moins et retraitées. Cette condition est relativement restrictive : elle vise cependant à circonscrire le public visé à des personnes engagées en dehors d'une activité professionnelle.

Le domaine dans lequel ces personnes interviennent est quant à lui précisé. Le tuteur concerné est celui qui intervient dans la transmission de savoirs et de compétences ainsi que celui qui participe à la formation civique et citoyenne des jeunes effectuant un engagement de service civique. La nouvelle rédaction, tout comme celle en vigueur, prévoit que les conditions de délivrance de cette attestation sont définies par l'agence du service civique. D'après les auditions conduites par la rapporteure, les conditions précises de délivrance n'ont pas encore été déterminées.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement présenté par les commissaires du groupe SRC supprimant la mention du statut de « retraité » des conditions ouvrant droit à la remise d'un certificat pour le tutorat des personnes effectuant un service civique.

\*

\* \*

*La Commission examine l'amendement AS204 de Mme Joëlle Huillier.*

**Mme Joëlle Huillier.** Je propose de supprimer la condition qu'une personne âgée soit nécessairement retraitée pour pouvoir bénéficier de l'attestation de tutorat prévue à l'article 9.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 9 **modifié**.*

### Article 10

(Art. L. 480-1, L. 480-2, L. 480-3 et L. 480-4 [nouveaux]  
du code de l'action sociale et des familles)

## **Instauration d'un volontariat civique sénior**

Après le titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles, l'article 10 du projet de loi introduit un titre nouveau libellé « Volontariat civique senior ». Composé de quatre articles, il ne modifie pas le droit existant mais l'enrichit d'un ensemble cohérent de dispositions nouvelles.

### **1. L'engagement des personnes âgées**

Adapter la société au vieillissement, c'est non seulement prévoir des moyens d'accompagner la perte d'autonomie, mais c'est aussi mettre en valeur la richesse qu'apporte l'engagement des aînés à la société française. En effet, nombre de Français, une fois à la retraite, poursuivent un engagement associatif ou bien décident de consacrer une partie de leur temps libre à une cause particulière.

#### **Le bénévolat en France**

Pour le Conseil économique, social et environnemental, « *est bénévole toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui, en dehors de son temps professionnel et familial* » <sup>(1)</sup>.

Près de 14 millions de bénévoles œuvrent aujourd'hui en France. Leurs actions s'exercent en grande majorité dans le cadre associatif (organisations non gouvernementales de solidarité nationale ou internationale, associations de lien social, etc.) mais peuvent également se dérouler au sein d'un syndicat ou d'une structure publique (telle qu'une école), éventuellement dans une entreprise privée à vocation sociale - le bénévolat n'est autorisé dans le secteur marchand que sous certaines conditions et de manière très restrictive.

L'engagement bénévole se caractérise par l'absence d'un statut spécifique, contrairement au salariat, ainsi que par l'absence de lien de subordination juridique et de rémunération sous quelque forme que ce soit.

Comme les autres citoyens, les aînés ont la faculté de s'engager en tant que bénévoles pour la cause de leur choix. Au cours des auditions menées par la rapporteure, un certain nombre de représentants associatifs ont rappelé la volonté d'engagement des aînés. Dans le même temps, ils ont parfois observé une forme de tassement statistique de celui-ci, au contraire de l'engagement associatif des jeunes qui connaît un dynamisme plus marqué. D'où l'idée de s'inspirer de ce qui fonctionne chez ces derniers afin de transformer en engagement l'enthousiasme des aînés.

Pour mémoire, le bénévole, âgé ou non, s'engage sans être rémunéré, dans une action au service de la société. Il y consacre un temps librement déterminé et sans contrepartie et qui peut s'étendre de quelques heures par an à plusieurs heures par semaine. De son côté, le jeune en volontariat s'engage à temps plein dans une

---

(1) Avis du 24 février 1993.

mission de plusieurs mois à quelques années et bénéficie en contrepartie d'une indemnité et souvent de la sécurité sociale.

L'objet du projet de loi est de proposer aux seniors un cadre d'engagement formalisé au service de l'intérêt général, en s'inspirant de la philosophie présidant à l'engagement en tant que volontaire du service civique, qui existe pour les plus jeunes (*cf. supra* à l'article 9).

Le volontariat de service civique senior qu'instaure le projet de loi propose ainsi une synthèse audacieuse entre le bénévolat classique et le volontariat de service civique. Il maintient le statut du premier tout en lui appliquant la philosophie du second. Retraitée, la personne visée dispose en effet de revenus et d'une protection sociale. Elle ne s'engage pas à titre professionnel et n'est donc ni rémunérée ni affiliée à un régime spécifique de sécurité sociale. Elle choisit en revanche de s'engager de façon précise dans des missions d'intérêt général, *a priori* pour une durée précise, et est reconnue à ce titre : elle obtient un certificat et peut prétendre au remboursement des frais occasionnés par son engagement.

## **2. Le volontariat civique senior, un statut original mais essentiellement symbolique**

● L'article L. 480-1 nouveau définit le volontariat civique senior. Son premier alinéa contient à cet égard des dispositions générales décrivant l'objet du volontariat civique senior qui vise à renforcer le lien social et intergénérationnel. Sur la base du volontariat, les personnes âgées de 60 ans ou plus, retraitées, peuvent s'engager au service de la communauté nationale en réalisant une mission d'intérêt général. Cette mission s'effectue auprès d'une personne morale exerçant une activité à but non lucratif, en France ou à l'étranger.

Deux notions mentionnées par cet alinéa méritent d'être précisées. En premier lieu, celle de volontariat : elle doit être entendue au sens propre et ne fait en rien référence au volontariat de service civique proposé aux jeunes et régi par le code du service national. Le volontariat civique senior ne donne pas lieu à une couverture sociale particulière ni à indemnisation. En second lieu, la notion de « *personne morale à but non lucratif* » vise essentiellement le secteur associatif non lucratif, mais non exclusivement. Sont par exemple inclus l'État ou les collectivités territoriales.

Si ces conditions sont tout à fait cohérentes, la rapporteure considère que réserver cette forme d'engagement aux seuls retraités peut néanmoins sembler inutilement restrictif.

L'alinéa suivant précise les missions assurées par le volontaire. Celles-ci doivent porter sur la transmission des compétences et des savoirs tant professionnels que personnels dans des champs « *reconnus comme prioritaires par la Nation* ». En l'absence de précisions supplémentaires dans le projet de loi, ces domaines devraient certainement correspondre aux neuf domaines prioritaires

identifiés par le conseil d'administration du service civique, à savoir : la culture et les loisirs, le développement international, l'éducation pour tous, l'environnement, l'intervention d'urgence, la mémoire et la citoyenneté, la santé, la solidarité, ainsi que les sports.

Le troisième alinéa prévoit la délivrance d'un certificat de volontaire civique senior. Il est délivré par l'organisme d'accueil et se distingue en cela de l'attestation de tutorat remis par l'agence du service civique et prévu à l'article 9.

- L'article L. 480-2, nouveau, rappelle que le volontariat civique senior n'est pas un emploi, ni une forme de service civique. Son premier alinéa précise qu'il s'agit d'un engagement libre et désintéressé. Il ne donne donc pas lieu à rémunération. Cet engagement se déroule sur une période continue ou discontinue.

Le second alinéa rappelle que la collaboration entre le senior et la personne morale qui la mobilise ne constitue en aucun cas un lien de subordination et ne relève pas du code du travail. Il ne s'agit donc pas d'un emploi.

Le volontariat civique senior est donc bien fondamentalement une activité libre de bénévolat.

- L'article L. 480-3, nouveau, décline une originalité de cette forme d'engagement. Le volontaire bénéficie de droit du remboursement des « *frais réellement engagés* ».

Cette notion ne doit pas être confondue avec celle de « frais réels » mentionnée à l'article 83 du code général des impôts. Elle ne touche ici que les dépenses courantes engagées pour l'exercice de l'activité de volontaire. Son périmètre exact sera défini par décret, sur le fondement de l'article L. 480-4 nouveau. Pour autant, bien que distincte de la notion de « frais réellement engagés », celle de frais réels, qui s'applique aux salariés, peut donner une idée du champ qui devrait être visé, qui inclut les frais de déplacement du domicile au lieu d'activité, les frais habituels de restauration, ou encore ceux de documentation.

La seconde phrase de l'article prévoit que le volontaire puisse bénéficier, sur décision de la personne morale l'accueillant, de chèques-repas lui permettant d'acquitter tout ou partie des prix de repas nécessités par son engagement. Il est prévu que ces repas soient « consommés ou préparés au restaurant », ce qui peut sembler inutilement restrictif mais permet un alignement sur le droit existant. En effet, les modalités de mise en œuvre de cette disposition sont celles prévues par l'article 12 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif. Cet alinéa systématise donc la délivrance de chèques-repas que le droit encadrant l'activité des associations rend déjà possible mais non-automatique.



### Les chèques-repas du bénévole

L'article 12 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif prévoit notamment que toute association, après en avoir adopté le principe par délibération prise en assemblée générale, peut remettre à son personnel bénévole des « chèques-repas du bénévole ». La situation de bénévole « s'apprécie en particulier au regard de l'absence de rémunération ou d'indemnisation et de l'inexistence d'un quelconque lien de subordination entre le bénévole et l'association ».

L'association tient à jour la liste des bénéficiaires de ces chèques-repas, en précisant les montants versés pour chaque bénéficiaire.

La contribution de l'association au financement des chèques-repas du bénévole est, pour l'association, exonérée de toutes charges fiscales, cotisations et contributions sociales, sans qu'il soit fait application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. L'avantage qui résulte de cette contribution, pour le bénévole, n'est pas assujéti à l'impôt sur le revenu.

● L'article L. 480-4, nouveau, prévoit qu'un décret détermine les conditions d'application de l'ensemble des dispositions du titre VIII relatives au volontariat civique senior. Il permettra par exemple de préciser les conditions formelles de l'engagement en tant que volontaire, ainsi que celles présidant à la délivrance du certificat de service civique.

\*  
\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement présenté par les commissaires du groupe SRC supprimant la mention du statut de retraité parmi les conditions exigibles pour s'engager en tant que volontaire civique senior.

\*  
\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS205 de Mme Joëlle Huillier.*

**Mme Joëlle Huillier.** Cet amendement tire les conséquences, à l'alinéa 7 de l'article 10, de l'amendement AS204 que nous venons d'adopter.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 10 **modifié**.*

CHAPITRE II  
**Habitat collectif pour personnes âgées**

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

*Article 11*

(Art. L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles)

**Mission de prévention de la perte d'autonomie des logements-foyers  
accueillant des personnes âgées**

Le présent article définit le nouveau cadre d'activité des logements-foyers accueillant des personnes âgées. Il leur attribue l'appellation de « *résidences autonomie* » afin de mieux tirer parti des atouts de cette forme d'habitat collectif accessible aux personnes âgées de revenus modestes.

Défini à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation, un logement-foyer est un effet « *un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective* ». Il se distingue donc du logement social ordinaire par la mise à la disposition d'un service en plus du logement.

Les logements-foyers accueillent notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées. On compte aujourd'hui plus de 2 200 structures de cette catégorie, offrant près de 110 000 logements à des personnes âgées.

Ces logements-foyers accueillant les personnes âgées relèvent simultanément de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles relatif aux établissements accueillant des personnes âgées. Mais ils y sont aujourd'hui définis en creux par rapport aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : ils sont mentionnés aux I bis et I ter de cet article en tant qu'établissements qui ont pu déroger à l'obligation de conclure avec les départements et les agences régionales de santé les conventions tripartites relatives à la création des EHPAD, en vertu de l'article 48 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Ces dispositions n'apportent donc aucune précision sur la finalité des logements-foyers pour personnes âgées. Le service rendu aux résidents n'est pas défini : l'identification de la place de cette offre au sein de l'ensemble des solutions de logements permettant d'adapter l'habitat au vieillissement est insuffisante. Compte-tenu des évolutions démographiques, il paraît donc essentiel

de préserver cette offre et de consolider son fonctionnement en l'orientant vers la prévention de la perte d'autonomie.

Le présent article a pour objet de mettre fin à ce manque de visibilité. Il assigne aux nouvelles « *résidences autonomie* » une mission de prévention de la perte d'autonomie : des prestations spécifiques doivent être proposées, et un financement dédié est instauré, le « forfait autonomie ».

N'ayant pas été transformés en EHPAD, les logements-foyers doivent accueillir principalement des personnes âgées autonomes : mais des résidents en perte d'autonomie peuvent souhaiter demeurer dans ces logements, qui constituent leur domicile. L'accès aux services d'aide et d'accompagnement à domicile peut permettre ce maintien et accompagner la perte d'autonomie, mais sous réserve d'un encadrement. Aussi, le présent article simplifie les règles actuelles, trop complexes, de limitation de l'effectif des personnes les plus dépendantes dans la résidence. En outre, il autorise l'admission de personnes légèrement dépendantes, sous réserve de conclusion d'un partenariat avec des services fournissant des soins à domicile et avec un EHPAD.

### **1. La mise à jour de la distinction entre logements-foyers et EHPAD**

Le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, a prévu la transformation en EHPAD des établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret.

Une période de transition a alors été fixée, avec un terme au 31 décembre 2007, après lequel les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes dans des proportions supérieures à ce seuil, qui n'ont pas conclu de convention visant à leur transformation en EHPAD, ont fait l'objet d'une « tarification d'office » : ils sont qualifiés au deuxième alinéa du I de l'article L. 313-12, dans sa rédaction actuelle, d'établissements « retardataires ». En outre, définis aux I bis et au I ter du même article, les logements foyers s'y voient, dans la rédaction actuelle, accorder la possibilité de déroger à l'obligation de passer une convention visant à créer un EHPAD.

Six ans après la fin de la période de transition, l'ensemble des logements-foyers actuels ont bel et bien usé de cette faculté. Aussi, les 2° à 7° du présent article opèrent les différentes modifications d'actualisation et de coordination rédactionnelle entraînées par la fin de la période de transition.

Au deuxième alinéa du I de l'article L. 313-12, les 2° et 3° substituent à la qualification de « retardataire » des établissements tarifés d'office, celle d'établissements qui n'ont pas conclu de convention depuis le 1er janvier 2008 et auxquels restent donc applicables les mesures définies avant cette date. Les 4°, 5°, 6° et 7° établissent le fait que les logements-foyers ont bel et bien opté pour la

dérogation prévue par la loi de financement pour 2006, et qu'il n'est plus nécessaire de maintenir pour eux de droit d'option.

Le tableau ci-après présente les différentes catégories d'établissements accueillant des personnes âgées régis par l'article L. 313-12.

**LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX  
HÉBERGEANT DES PERSONNES ÂGÉES DÉFINIES À L'ARTICLE L. 313-12**

Catégorie d'établissements	Définition	Dispositions applicables	Nombre et effectifs
<b>I – L. 313-12</b>			
<b>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b>	Accueil en chambre, sans terme prévu, signature d'une convention tripartite	L. 313-12 - I	<b>7 287 EHPAD</b> (y compris unités de soins de longue durée) soit <b>600 595 places EHPAD</b> et <b>30 000 lits d'USLD</b>
<b>Établissements d'hébergement pour personnes âgées</b>	Accueil en chambre, sans terme prévu, non médicalisé	L. 313-12 - I	14 établissements dit « tarifés d'office » soit 950 places*
<b>I bis – L. 313-12</b>			
<b>Logement-foyer</b>	Accueil en logement regroupé, sans terme prévu, non médicalisé	L. 313-12 - I bis (alinéa 1°)	<b>2 233 logements-foyers</b> soit <b>108 933 logements</b>
<b>dont logement-foyer conventionné partiellement</b>	<i>Accueil en logement regroupé, sans terme prévu ET Accueil en chambre, sans terme prévu, signature d'une convention tripartite</i>	<i>L. 313-12 - I bis (alinéa 3°)</i>	<i>Dont 8 structures médicalisées partiellement, décomposées en 315 logements (partie logement foyers) et 355 places (partie conventionnée EHPAD)</i>
<b>I ter – L. 313-12</b>		<b>Nombre total de logements-foyers : 2 233</b>	
<b>Logement-foyer ne percevant pas le forfait soins courants</b>	Accueil en logement regroupé, sans terme prévu, non médicalisé	L. 313-12 - I ter (alinéa 1°)	1 935 logements-foyers soit 90 333 logements
<b>Logement-foyer percevant le forfait soins courants</b>	Accueil en logement regroupé, sans terme prévu, non médicalisé	L. 313-12 - I ter (alinéa 2°)	298 logements-foyers soit 18 600 logements

(\*) Établissements qui bénéficiaient de crédits d'assurance maladie, qui ont refusé de signer une convention pluriannuelle à la date du 31 décembre 2007 et qui perçoivent une dotation globale de soins.

Source : Enquête DREES - EHPA 2011.

Aux côtés des près de 62 000 places médicalisées d'EHPAD, les logements-foyers offrent donc près de 110 000 logements, nettement distincts, par principe, des places médicalisées.

Mais un petit nombre de logements-foyers a pu faire l'objet d'une médicalisation partielle : visés au troisième alinéa du I bis de l'article L. 313-12, ils n'ont conclu de convention tripartite que pour les places de la structure qualifiées de places d'EHPAD. C'est le cas de huit établissements, pour 660 places au total.

Surtout, près de 300 structures, offrant 18 600 logements des logements-foyers, sont actuellement éligibles à un « forfait pour soins courants », défini au deuxième alinéa du I ter de l'article L. 313-12. C'est près de 17 % de l'ensemble. Ce forfait n'est pas attribué aux établissements créés après 2008. Il est financé par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à hauteur de 27 millions d'euros en 2013, pour 90 000 euros en moyenne par établissement.

Le « forfait pour soins courants » prend en charge des dépenses de rémunération de personnels de soins. Selon des données transmises à votre rapporteure par les représentants des centres communaux d'action sociale (CCAS), 90 % des établissements bénéficiant du forfait pour soins courants emploient un ou plusieurs aides-soignants, contre 6 % seulement des logements-foyers n'en disposant pas. Un cadre infirmier est présent dans la structure dans 65 % des cas. Intervenant dans des structures dont les résidents sont très majoritairement autonomes, les personnels financés par ce forfait exercent, dans les faits, une mission proche des actions de prévention de la perte d'autonomie que le présent article assigne désormais à l'ensemble des logements-foyers.

Aussi, les modifications apportées par les 7° et 9° du présent article au deuxième alinéa du I ter de l'article L. 313-12 ne modifient en rien le versement de ce forfait pour soins courants aux logements-foyers qui le perçoivent aujourd'hui. Ce financement est donc maintenu par le projet de loi, mais il est distinct des nouveaux financements prévus par le présent article.

## **2. La mission de prévention de la perte d'autonomie et son financement**

Le 10° du présent article définit la nouvelle mission des logements-foyers accueillant des personnes âgées : au premier alinéa du III de l'article L. 313-12 dont la rédaction actuelle prévoit seulement que ces résidences doivent « *répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées* », il substitue quatre nouveaux alinéas qui consacrent le rôle des logements-foyers comme réponse au vieillissement des publics les plus modestes.

- *Le socle des prestations fournies par les « résidences autonomie »*

Le III de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 11 du présent projet de loi, prévoit qu'un décret définit les prestations minimales, individuelles ou collectives, que les résidences autonomie proposent à leurs résidents. Ces prestations « *concourent à la prévention de la perte d'autonomie* ».

Aussi, les gestionnaires des logements-foyers qui proposent déjà des activités de cet ordre dans le cadre de leur projet d'établissement sont-ils fortement demandeurs d'un surcroît de visibilité. Dans son premier alinéa, le III établit donc la nouvelle dénomination de « *résidences autonomie* » : tous les

logements-foyers sont visés, qu'ils relèvent ou non de la catégorie des logements-foyers qui perçoivent un forfait pour soins courants.

Cette dénomination s'applique si le foyer-logement propose à ses résidents « *des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret* ».

Définies par voie réglementaire, les prestations sociales des résidences autonomie recouvriront en premier lieu un service de sécurité vingt-quatre heures sur vingt-quatre et l'accès à de la restauration et à l'entretien du linge.

Mais surtout elles comporteront l'organisation d'actions d'animation et de prévention, individuelles ou collectives visant à entretenir les facultés sensorielles, motrices et psychiques et à repérer les difficultés sociales des résidents. Ces activités pourront consister en des ateliers nutrition, des séances d'exercice physique, des ateliers portant sur le sommeil, la mémoire, la prévention des chutes... Elles permettront notamment de développer la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée, encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé, conformément à l'objectif fixé dans le premier volet du rapport annexé (point 2.3).

En outre, « *ces prestations peuvent également être proposées à des non-résidents* » : l'inscription de la résidence autonomie dans son environnement immédiat est encouragée, afin de toucher des personnes âgées isolées vivant dans d'autres domiciles, mais également pour faciliter les partenariats avec des intervenants extérieurs.

Il est enfin précisé, au quatrième alinéa du III, que « *les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile* ». Il s'agit donc d'inscrire les nouvelles résidences autonomie dans l'offre gérontologique territoriale pour faciliter le maintien des personnes dans leur logement, au plus près de leur vie sociale et de leurs habitudes.

Selon les différents intervenants auditionnés par votre rapporteure, la plupart des logements-foyers seront bien en capacité de se porter à ce niveau de prestations, en capitalisant sur leurs pratiques actuelles et grâce au nouveau financement alloué spécifiquement : le « forfait autonomie ».

- *Les modalités de financement*

Le troisième alinéa du 10° du présent article définit les conditions de financement des résidences autonomie au moyen d'une « *aide dite forfait autonomie* », allouée par le département.

Dans le cadre de la programmation budgétaire du projet de loi, cette charge pour le département est intégralement financée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à partir des recettes de la contribution

additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), à hauteur de 40 millions d'euros en année pleine.

Pour mémoire, l'article 3 du projet de loi prévoit, à l'article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles, que la conférence des financeurs de la perte d'autonomie « *programme les aides correspondant au forfait autonomie* » : ce financement sera donc pleinement pris en compte par les autres membres de la conférence, notamment les régimes de retraites, susceptibles d'apporter des financements complémentaires au titre de leur action sociale. En outre, l'article 5 prévoit, à l'article L. 14-10-10 du code de l'action sociale et des familles relatif aux concours de la CNSA aux départements, que le concours est versé « *en fonction du nombre de places éligibles sur leur territoire* ». Le III de l'article L. 313-12, dans sa nouvelle rédaction, prévoit donc logiquement que le forfait autonomie est versé « *dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10* ».

Le financement envisagé est donc uniforme sur l'ensemble du territoire : il ne varie qu'en fonction de l'effectif des places des résidences autonomie du département. Or les besoins, à nombre de places identiques, peuvent varier en fonction des difficultés rencontrées par les publics spécifiques. Auditionnés par votre rapporteure, les représentants des CCAS ont ainsi relevé qu'à Paris, 30 % des personnes âgées résidant dans les logements-foyers étaient anciennement sans domicile fixe.

Mais si la définition de critères permettant de moduler les financements peut être envisagée, elle apparaît sans nul doute complexe. Aussi votre rapporteure approuve l'approche consistant à définir une clé de répartition simple des financements : en fonction des besoins locaux, ce socle peut librement être abondé par des financements complémentaires provenant de l'action sociale des régimes de retraites ou de subventions des collectivités locales concernées, organismes au demeurant tous membres de la conférence des financeurs.

L'aide est en outre versée par le département dans le cadre d'un « *contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11* » : ces contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) sont établis avec le département pour une durée maximale de cinq ans. Le versement du forfait va donc s'accompagner d'une définition partenariale des actions conduites par la résidence autonomie.

Il en résulte que le versement du forfait n'est pas subordonné à la mise à disposition des prestations-socles prévues par décret et peut au contraire permettre leur mise en œuvre : l'article 60 du projet de loi fixe à ce titre un délai de cinq ans à compter de la publication de la loi.

Un décret déterminera les dépenses prises en charge, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait. L'étude d'impact jointe au projet de loi indique que le besoin de financement a été construit sur la base, par établissement, de 0,6 équivalent temps plein d'un poste

d'animateur au sein de chaque résidence autonomie éligible au forfait. Il ne s'agit pas pour autant de prévoir un recrutement dans chaque logement-foyer : les effectifs peuvent être mutualisés entre plusieurs établissements, et des interventions peuvent être également fournies par des intervenants extérieurs. Au total, chaque résidence autonomie devra pouvoir conduire ces actions pendant au moins une journée par semaine.

Enfin, l'exercice des missions de prévention ne donne lieu au versement du forfait autonomie qu'aux résidences pour lesquelles l'article L. 313-12 ne prévoit pas d'ores et déjà de financements de la CNAM au titre d'activités de prévention. Les établissements « mentionnés au quatrième alinéa du I *bis* et au deuxième alinéa du I *ter* » qui perçoivent déjà le forfait pour soins courants ne pourront donc pas le cumuler avec le forfait autonomie. Cette restriction semble raisonnable dans la mesure où ces financements préexistants, plus élevés au demeurant pour chacune des structures qui le perçoivent, permettent déjà de conduire des actions de prévention.

Votre rapporteure se félicite des moyens engagés par le Gouvernement, de manière pérenne, pour rendre plus visible une offre d'habitat collectif pour personnes âgées modestes qui répond au double besoin de maintien à domicile et de développement d'une vie sociale des personnes âgées isolées.

### **3. L'accueil et le maintien dans la résidence en cas de perte d'autonomie**

Dotées des moyens de préserver l'autonomie de leurs résidents, les résidences autonomie doivent continuer d'accueillir principalement des personnes âgées autonomes.

Aussi, selon la classification des niveaux de dépendance en fonction de la grille AGGIR, la très grande majorité des personnes logées dans une résidence autonomie doit se situer dans les groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6 regroupant les personnes peu ou pas dépendantes.

Dans sa rédaction actuelle, le I bis de l'article L. 313-12 définit les logements-foyers en référence d'une part à un seuil de dépendance moyenne des résidents de l'établissement et d'autre part à un seuil maximal de résidents dont la perte d'autonomie est la plus élevée : il s'agit des critères définis par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 pour exiger la transformation en EHPAD des établissements accueillant le plus de personnes âgées en forte perte d'autonomie.

Défini à l'article D. 313-15 du code de l'action sociale et des familles, le seuil de dépendance moyenne maximal autorisé est le GIR moyen pondéré (GMP) de 300. L'article D. 313-15-1 prévoit en outre que les résidents classés dans les groupes GIR 1 et 2 ne doivent pas dépasser 10 % de la capacité autorisée de l'établissement.



- *Les nouveaux critères relatifs à la part des résidents en perte d'autonomie*

Applicable actuellement, le GMP est un indicateur permettant d'évaluer le niveau de dépendance moyen au niveau d'un établissement. Chaque GIR donne lieu à un nombre de points reflétant le niveau des prestations à fournir par l'établissement afin de prévenir ou d'accompagner la perte d'autonomie.

#### LE GROUPE ISO-RESSOURCE MOYEN PONDÉRÉ (GMP)

##### NOMBRE DE POINTS ASSOCIÉS AUX GIR

1	2	3	4	5	6
1 000	840	660	420	250	70

Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dont le GMP est supérieur ou égal à 300 relèvent des structures médicalisées ; s'il est supérieur ou égal à 700 l'établissement est assimilé à un hôpital gériatrique.

Dans les logements-foyers, 77 % des résidents relèvent du GIR 5 et 6. Le GMP est donc de l'ordre de 194, soit nettement inférieur au seuil réglementaire de 300, même si ce résultat est à nuancer car les enquêtes font état de lacunes dans l'évaluation du GIR de près de 30 % des résidents.

##### POURCENTAGE DES RÉSIDENTS EN LOGEMENTS FOYERS RELEVANT DES GIR

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
0	2	4	17	14	63

Source : Enquête DREES-EHPA 2011.

Ces règles sont excessivement complexes pour des logements-foyers censés accueillir très majoritairement des résidents autonomes. Elles reposent en effet sur l'évaluation annuelle du GIR de l'ensemble des résidents du logement-foyer. Cette obligation n'est au demeurant pas systématiquement remplie, ce qui met en jeu la responsabilité des gestionnaires comme celle des pouvoirs publics.

Le présent article vise donc à remplacer l'obligation pour le gestionnaire de communiquer un niveau moyen de dépendance de son établissement, par des dispositions permettant de suivre précisément le nombre de résidents non autonomes relevant des GIR 1 à 2 et 1 à 3. Ces seuils seront fixés par voie réglementaire et mentionneront que le nombre de personnes relevant des GIR 1 à 3 ne pourra être supérieur à 15 % de l'effectif des résidents, le nombre des résidents relevant des GIR 1 et 2 ne pouvant dépasser 10 %, comme c'est actuellement le cas.

Dans ce but, le 1<sup>o</sup> du présent article, modifie le premier alinéa du I de l'article L. 313-12 afin de prévoir que les résidences autonomie ne peuvent

accueillir de personnes en perte d'autonomie « *dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret* ». Les 8° et 9° tirent les conséquences de la création de ces seuils pour les établissements accueillant des personnes âgées autres que les logements foyers, afin de mieux distinguer les critères applicables aux uns et aux autres, tous définis par voie réglementaire.

- *L'accueil de nouveaux résidents en perte d'autonomie*

Enfin, le dernier alinéa du 10° de l'article 11 établit, au dernier alinéa du III de l'article L. 313-12, une règle simple en matière d'admission de nouveaux résidents déjà éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, c'est-à-dire « *remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2* ».

Il s'agit d'éviter que soient exclues de l'accès aux résidences autonomie des personnes âgées certes en situation de perte d'autonomie et donc éligibles à l'APA à domicile, mais dépourvues de troubles cognitifs et à même de participer à la vie sociale du foyer et de bénéficier des actions de prévention de la perte d'autonomie.

Pour votre rapporteure, le constat de certaines limites de la grille AGGIR plaide pour cette ouverture des résidences autonomie aux personnes relevant notamment du GIR 4. L'autonomie dépend de l'environnement de la personne : ainsi une personne peut être considérée comme légèrement dépendante à domicile sous l'effet de ses conditions d'habitation et de son isolement ; mais, dans la résidence autonomie, sous l'effet d'un logement adapté et d'une vie sociale, elle peut devenir plus autonome.

L'utilisation de la grille AGGIR varie en outre selon les évaluateurs : il en résulte que le GIR 4 est hétérogène alors que les trois premiers sont relativement homogènes. Le présent article établit donc la faculté pour les résidences autonomie d'accueillir des personnes en perte d'autonomie, et en précise les conditions.

Tout d'abord, les résidences autonomie ne pourront les accueillir qu'à condition que le projet d'établissement soit adapté à l'accompagnement d'un début de perte d'autonomie.

En deuxième lieu, des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, devront être conclues avec un service de soins infirmiers à domicile (SIAD) ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou des professionnels de santé : cette convention devra donc obligatoirement associer des intervenants médicaux à domicile, afin de garantir un accès facilité aux soins, et de prévenir une accélération de la perte d'autonomie en cas de mauvaise gestion du parcours de soins.

En outre, cette convention devra obligatoirement associer la résidence à un EHPAD. Ce partenariat permettra d'organiser une gamme structurée de prise en

charge et d'accompagnement de la perte d'autonomie. Elle ne devra cependant pas avoir pour effet d'interdire au résident qui serait amené à devoir rejoindre un EHPAD de choisir un établissement différent de celui avec lequel la résidence autonomie aura conclu un partenariat.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de la rapporteure prévoyant une évaluation périodique de la perte d'autonomie des résidents de logements-foyers. Sur avis favorable de la rapporteure, votre commission a adopté un amendement de plusieurs commissaires UMP précisant que le forfait-autonomie pourra être mutualisé entre plusieurs résidences-autonomie et que les actions financées à ce titre pourront être externalisées. Enfin, un amendement de la rapporteure a inclus les services d'hospitalisation à domicile (HAD) dans le champ du conventionnement de partenariat des résidences-autonomies avec des intervenants à domicile en cas d'accueil de nouveaux résidents bénéficiaires de l'APA.

\*

\* \*

*La Commission aborde l'amendement AS332 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Nous proposons que le décret prévu à l'article 11 détermine à quelle périodicité devront être effectuées les évaluations de la perte d'autonomie des résidents de logements-foyers.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS242 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Les crédits alloués au forfait autonomie sont d'un faible montant au regard des besoins existants et ne permettront de financer qu'en partie les postes d'animateur. Nous proposons donc d'autoriser la mutualisation de ces postes et leur externalisation dans le cadre de conventions conclues avec des centres sociaux ou des clubs des aînés.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable. Les 40 millions d'euros affectés à la création de résidences autonomie représenteront l'équivalent de 0,6 équivalent temps plein par établissement. Il peut donc être intéressant pour ces résidences de mutualiser ces postes.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS316 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement vise également à permettre une mutualisation et une externalisation des postes d'animateur grâce à la signature de conventions avec des centres sociaux ou des clubs d'ânés. Les financements nationaux étant forfaitaires, leur déclinaison locale doit l'être également, sauf à obliger les départements à financer obligatoirement des coûts réels supérieurs aux forfaits nationaux.

**Mme la rapporteure.** Le forfait autonomie correspond à un montant unique que le département alloue à une ou plusieurs structures. Je vous propose donc de retirer votre amendement.

**Mme Bérengère Poletti.** Je le retire, mais je le redéposerai d'ici à l'examen du texte en séance publique.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission aborde les amendements identiques AS240 de Mme Bérengère Poletti et AS282 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Bérengère Poletti.** Nous proposons de préciser le contenu du décret d'application relatif au forfait autonomie. Outre les dépenses prises en charge à ce titre, il conviendra de préciser la nature des prestations couvertes. En effet, dans un but d'équité de traitement entre les différentes résidences-autonomie, et entre les personnes qui y sont hébergées, les gestionnaires de ces structures doivent avoir la possibilité de recruter toute catégorie de personnel concourant à la réalisation d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Le forfait soins courants, dont le montant actuel est d'environ quatre euros par jour et par résident, permet de financer un poste d'infirmière à mi-temps ainsi que des aides-soignants à temps partiel, pour couvrir la semaine, et parfois quelques heures de passage d'un médecin généraliste. Si le projet de loi ne permet pas aux résidences-autonomie éligibles au forfait autonomie de bénéficier du forfait soins courants, ce dernier doit néanmoins permettre aux structures d'offrir une prestation équivalente grâce au recrutement de ces professionnels, dont la présence est indispensable à la réalisation d'actions de prévention. Le forfait soins courants et le forfait autonomie seront créateurs d'emplois. Il serait donc regrettable que le périmètre du forfait soins courants soit réduit. Il convient en effet de raisonner par analogie avec le champ du handicap, au sein duquel les crédits de la CNSA financent l'intégralité des dépenses de personnel des structures, quelle que soit leur catégorie, et sans distinction selon l'origine de financement.

Les recettes de la CASA alimentant le forfait autonomie doivent permettre d'offrir à chaque personne âgée – que la résidence-autonomie dans laquelle elle est hébergée soit bénéficiaire du forfait soins courants ou du forfait autonomie – le

même niveau de prestations, dans un but d'équité de traitement sur le territoire national.

**Mme Jeanine Dubié.** L'amendement AS282 vise à garantir l'équité de traitement des personnes âgées accueillies dans les résidences-autonomie. Il importe de préciser par décret la nature des prestations de prévention qui devront être fournies par celles-ci, quel que soit l'établissement où ces personnes seront accueillies.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Évitions de rendre la loi trop bavarde. En outre, le forfait autonomie vise à permettre de financer les actions de prévention de la perte d'autonomie menées par les associations et les professionnels. Il est inutile d'en définir précisément le contenu.

Par ailleurs, au niveau national, le Haut Conseil de l'âge et la CNSA ont un rôle déterminant, il convient, au niveau local, de laisser la possibilité aux collectivités d'adapter les actions qu'elles mènent aux besoins de leur population et de leur territoire.

**M. Denis Jacquat.** Lors des auditions que nous avons menées sur ce projet de loi, plusieurs organismes ont souligné le manque de clarté que présentait cet article. Il semblerait que les résidences-autonomie qui pourront bénéficier du forfait soins courants ne puissent pas bénéficier du forfait autonomie. Ce dernier est destiné aux logements-foyers, qui ont effectivement besoin d'animation et de coordination.

C'est pourquoi il nous a été demandé si les résidences-autonomie ne pourraient pas bénéficier du forfait autonomie, en sus du forfait soins courants. Il importe en effet qu'elles puissent disposer d'un poste d'animateur afin de lutter contre l'isolement des personnes. Plus il y a de personnel dans un établissement, mieux c'est pour leurs résidents. En effet, dans la mesure où nous menons une politique efficace de maintien à domicile, les personnes accueillies dans ces établissements sont celles qui ont déjà commencé à perdre leur autonomie et qui, par conséquent, ont besoin d'un excellent encadrement.

**Mme Jeanine Dubié.** Je comprends le sens de vos propos, madame la rapporteure, mais, si ce sont bien les départements qui détermineront le montant du forfait autonomie, il convient de fixer par décret, outre les dépenses prises en charge au titre du forfait, la nature des prestations fournies. On constate en effet que le montant de l'APA varie selon les capacités financières de chaque département. Il convient donc de fixer un cadre national qui s'applique à tous les départements et de limiter leurs marges d'appréciation.

**Mme la rapporteure.** Je maintiens ma position. Les collectivités locales doivent disposer de marges d'appréciation. La conférence des financeurs permettra de mener des politiques communes. Si l'on règlemente trop précisément au niveau national l'organisation des politiques locales de prévention, on aura plus

de difficultés à les appliquer. Faisons confiance aux territoires pour y parvenir, quitte à conduire des expertises par la suite.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine l'amendement AS281 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Jeanine Dubié.** Dans un souci de respect du principe d'égalité d'offre de soins sur l'ensemble du territoire, l'amendement AS281 vise à déterminer les conditions d'octroi du forfait autonomie sur la base d'un cahier des charges national.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. La CNSA et le Haut Conseil de l'âge piloteront ces politiques en lien avec les départements et les établissements concernés. La CNSA pourra éventuellement définir un cahier des charges en lien avec certaines structures. Il n'est donc pas souhaitable d'encadrer par décret ces conditions d'octroi.

*L'amendement est retiré.*

*Puis la Commission est saisie de l'amendement AS206 de Mme Joëlle Huillier.*

**Mme Joëlle Huillier.** Comme l'amendement AS242 de Mme Poletti que nous avons adopté précédemment, mon amendement vise à permettre la mutualisation du forfait autonomie. Il me semble néanmoins mieux placé dans le texte que l'amendement AS242.

**Mme la rapporteure.** Comme vous le soulignez vous-même, votre amendement est satisfait par celui de Mme Poletti. Je vous invite donc à le retirer.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine en discussion commune les amendements AS333 de la rapporteure et AS241 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme la rapporteure.** L'amendement AS333 vise à inclure les services d'hospitalisation à domicile dans le champ des conventions pouvant être conclues par les résidences-autonomie en vue d'accueillir des résidents en perte d'autonomie légère.

**M. Denis Jacquat.** Le conventionnement avec les EHPAD, rendu obligatoire par le projet de loi, doit selon nous rester facultatif. Il convient en effet que les personnes âgées puissent choisir leur établissement d'accueil.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Dans la mesure où les résidences autonomie accueilleront des personnes classées en GIR 3 ou 4, il importe de rendre obligatoire le conventionnement de celles-ci avec les structures de leur choix.

**M. Denis Jacquat.** Je suis défavorable à ce que, dans le cadre du conventionnement, on oblige les personnes concernées à intégrer un EHPAD alors qu'elles ne le souhaitent pas, pour des raisons financières, géographiques ou autres.

**Mme Jeanine Dubié.** Le conventionnement sécurise le parcours de la personne âgée sans toutefois l'obliger à rejoindre l'établissement avec lequel la convention aura été conclue. D'autre part, madame la rapporteure, que signifie la notion de « résident en perte d'autonomie légère » qui figure dans l'exposé sommaire de votre amendement ?

**Mme la rapporteure.** Il s'agit de veiller à ce que l'entrée dans un EHPAD avec lequel un logement foyer signe une convention ne devienne pas une condition supplémentaire pour être classé dans un GIR.

Par ailleurs, monsieur Jacquat, Mme Dubié a raison : ce n'est pas parce qu'une convention aura été conclue avec un EHPAD que la personne âgée concernée serait obligée d'y entrer.

**M. Denis Jacquat.** Mme Dubié est certes fondée à souligner que le conventionnement sécurisera le parcours de la personne âgée, mais il convient de préciser qu'elle ne sera pas contrainte d'intégrer l'établissement avec lequel la convention aura été conclue.

**Mme la rapporteure.** Ces deux aspects sont totalement indépendants l'un de l'autre. Le conventionnement entre une résidence autonomie et un EHPAD n'implique en rien qu'une personne âgée sera contrainte d'intégrer cet EHPAD. Néanmoins, cela sécurisera son parcours.

*La Commission adopte l'amendement AS333.*

*En conséquence, l'amendement AS241 devient sans objet.*

*La Commission aborde l'amendement AS218 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Cet amendement vise à permettre aux logements-foyers et aux résidences-autonomie d'accueillir, dans une faible proportion dont le maximum sera à fixer par décret, des étudiants ou de jeunes travailleurs.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Si l'amendement est bien rédigé, il me semble difficile de fixer une règle générale à ce stade de notre débat. Il est déjà possible aujourd'hui de juxtaposer des structures, comme nous l'avons vu lors de nos déplacements.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 11 modifié.*

### Article 12

(Art. L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation)

## **Durée des contrats d'accueil et contenu des règlements intérieurs des logements-foyers accueillant des personnes âgées et des adultes handicapés**

L'article 12 harmonise la réglementation relative à la durée des contrats d'accueil et aux règlements intérieurs des logements-foyers accueillant des personnes âgées et des adultes handicapés afin de mettre fin à une incompréhension trop fréquente des règles applicables.

- *Les règles générales applicables aux foyers-logements*

Selon l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH), un logement-foyer est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs et des espaces collectifs. L'entrée dans un logement-foyer est dès lors subordonnée à la conclusion d'un **contrat d'accueil** écrit entre la personne logée et le gestionnaire qui fixe les conditions et les modalités d'accueil, notamment les prestations assurées et leur prix. L'alinéa 8 de l'article L. 633-2 du CCH prévoit que ce contrat est conclu pour une **durée d'un mois, reconduite tacitement** à la seule volonté de la personne logée.

La vie au sein du logement-foyer est régie par le **règlement intérieur**, qui est défini par le gestionnaire et définit les droits et devoirs des personnes accueillies. L'alinéa 3 de l'article L. 633-2 prévoit que la signature du contrat d'accueil par la personne logée vaut acceptation du règlement intérieur de l'établissement et que le règlement intérieur est annexé au contrat.

- *Les logements-foyers accueillant des personnes âgées et des adultes handicapés*

Les logements-foyers qui accueillent des personnes âgées sont une des catégories des services sociaux et médico-sociaux en vertu du 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles. Il en va de même des établissements qui accueillent des adultes handicapés ou de certains services à caractère expérimental, visés respectivement par les 7° et 12° du I de l'article L.312-1 du même code.

Les modalités d'établissement des contrats d'accueil et des règlements intérieurs dans ces logements-foyers relèvent donc d'une **double réglementation** : les règles définies par le code de la construction et de l'habitation et les règles définies par le code de l'action sociale et des familles.

Concernant la **durée du contrat**, l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles relatif aux établissements et services sociaux et médico-sociaux habilités à l'aide sociale laisse au contrat lui-même le soin de la définir. Et l'article L.342-1 relatif aux établissements non habilités à l'aide sociale prévoit que le contrat est conclu à durée indéterminée.



Concernant les règles opposables aux usagers, l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles prévoit l'édition d'un **règlement de fonctionnement** par chaque établissement et service social ou médico-social. Ce dernier est établi après consultation notamment du conseil de la vie sociale <sup>(1)</sup>, ce qui garantit la participation des usagers des services sociaux et médico-sociaux.

L'obligation de combiner ces deux séries de dispositions pose des difficultés aux gestionnaires des logements-foyers. En effet, selon une enquête conduite en 2011 par l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS), gestionnaire de la majorité des logements-foyers, 19 % gestionnaires méconnaissent les règles définies au code de l'action sociale et des familles en matière de durée de contrat, et 28 % annexent au contrat un règlement intérieur plutôt qu'un règlement de fonctionnement ou annexent au contrat deux règlements différents <sup>(2)</sup>.

- *La définition expresse des règles applicables*

Le présent article établit donc une règle uniforme à des fins de clarté et d'accessibilité du droit. Elle est codifiée dans le code de la construction et de l'habitation à la suite de l'article L.633-2, fixant les règles relatives au contenu du contrat d'accueil applicable aux logements-foyers. À titre dérogatoire, les logements-foyers qui relèvent des services sociaux et médico-sociaux doivent appliquer les dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Cette dérogation est établie à l'article L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation, par remplacement des dispositions, désormais dénuées de portée, qui y figurent actuellement : un délai de six mois (à compter du 13 décembre 2000) accordé aux gestionnaires pour présenter une offre de contrat à tous les résidents hébergés, mesure transitoire, prévue par l'article 194 de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains qui a instauré le contrat d'accueil.

**L'alinéa 2** du présent article prévoit donc à l'alinéa 1 de l'article L. 633-3 que la durée du contrat d'accueil défini au code de la construction et de l'habitation est celle du contrat de séjour applicable aux établissements médico-sociaux en vertu de l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles, y compris les établissements non habilités à l'aide sociale relevant de l'article L. 342-1 du même code. L'alignement sur les règles du code de l'action sociale et des familles est obligatoire en matière de durée du contrat. Mais le gestionnaire reste libre d'insérer dans le contrat de séjour des clauses et mentions obligatoires des contrats d'accueil.

---

(1) *Le conseil de la vie sociale est obligatoire dans tous les établissements et services assurant un accueil de jour continu ainsi que dans les établissements ou services assurant une activité d'aide par le travail. Il comprend des représentants des personnes accueillies ou prises en charge, s'il y a lieu, un représentant des familles, un représentant du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire.*

(2) *Enquête et observations de l'UNCCAS, octobre 2012, n° 4.*

**L'alinéa 3** prévoit, à l'alinéa 2 de l'article L. 633-3, que 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.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 12 sans modification.*

### *Article 13*

(Art. L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles)

## **Revalorisation des redevances des logements-foyers conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement et non habilités à l'aide sociale**

Dans la continuité de l'article 12, cet article procède à la clarification des règles applicables aux établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) soumis à une double réglementation au titre du code de la construction et de l'habitation et du code de l'action sociale et des familles. Il apporte une clarification attendue par les gestionnaires de logements-foyers en matière d'application aux redevances acquittées par les résidents des différentes séries de règles de revalorisation annuelle.

- *L'encadrement des tarifs des EHPA non habilités à l'aide sociale*

Les résidents d'EHPA non habilités à l'aide sociale acquittent une redevance dont le montant est librement fixé lors de la signature du contrat de séjour en application de l'alinéa premier de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles. Mais son évolution est encadrée 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.

L'article L. 342-1 précise le champ d'application de cette règle en dressant la liste des établissements qui y sont soumis. Au 3° de l'article L. 342-1 figurent les établissements « *conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (APL) et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale* ».

- *Les cas d'indexation sur l'indice de référence des loyers*

Le conventionnement APL emporte application de règles distinctes. Une partie de la redevance, constituée de la contrepartie de l'occupation du logement, évolue alors dans le cadre du conventionnement APL, conclu entre l'État et les bailleurs conformément à l'article L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation et à ses mesures réglementaires d'application.

L'article R. 353-156 du même code précise ainsi que cette convention définit la part de la redevance qui, contrepartie de l'occupation du logement, est

assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables : elle est seule prise en compte pour l'application du barème de l'aide personnalisée au logement. Son montant est plafonné par l'article R. 353-157 dont le troisième alinéa autorise, en outre, la réactualisation du montant au 1er janvier de chaque année dans la limite de ce maximum et de l'indice de référence des loyers (IRL). L'article R. 353-158 définit les charges prises en compte dans l'équivalent du loyer ainsi qu'un forfait équivalent aux charges locatives récupérables, sommes accessoires au loyer principal <sup>(1)</sup>.

Aussi, seule la part de la redevance prise en compte pour l'application du barème de l'aide personnalisée au logement, constituée du loyer et des charges locatives récupérables, évolue en fonction de l'indice de référence des loyers. Pour l'ensemble des autres composantes de la redevance, il convient d'appliquer l'indexation dans la limite de l'arrêté ministériel définie à l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles.

- *L'imprécision de la règle actuelle et la clarification projetée*

Mais, dans sa rédaction actuelle, le 3° de l'article L. 342-1 voit son application restreinte aux « *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* ».

L'interprétation de cet alinéa paraît incertaine. Sa rédaction actuelle peut sembler définir les modalités de « *calcul de la redevance* » tout entière par renvoi aux règles du code de la construction et de l'habitation pourtant applicables aux seuls loyers et charges locatives récupérables. Dès lors, l'article est parfois compris par les opérateurs et les résidents comme soumettant l'intégralité de la redevance à une augmentation annuelle en fonction de l'indice de référence des loyers.

Aussi, l'alinéa 2 du présent article substitue à la rédaction actuelle du 3° de l'article L. 342-1 une référence expresse aux « *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* ».

La portée des règles définies au code de la construction et de l'habitation est donc circonscrite à une « *part de la redevance* ». Par ailleurs, dans une logique de lisibilité du droit, la définition des règles applicables procède par renvoi aux dispositions de portée législative de ce code, plutôt qu'à des dispositions réglementaires.

---

(1) Il renvoie au décret n° 87-713 du 26 août 1987 pris en application de l'article 18 de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 tendant à favoriser l'investissement locatif, l'accession à la propriété de logements sociaux et le développement de l'offre foncière et fixant la liste des charges récupérables.

Cette nouvelle rédaction établit donc sans conteste que la part de la redevance qui n'est pas assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables, varie, comme pour l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées régis par le code de l'action sociale et des familles, dans la limite d'un pourcentage fixé annuellement par le ministre de l'économie.

\*  
\* \*

*La Commission adopte l'article 13 sans modification.*

#### *Article 14*

(Art. L. 411-10 du code de construction et de l'habitation)

### **Amélioration du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux**

L'article 14 étend aux logements-foyers ainsi qu'aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), le champ d'application l'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation qui prévoit la tenue, par le ministère chargé du logement, du répertoire des logements locatifs dont des bailleurs sociaux sont titulaires d'un droit réel immobilier ou dont ils sont usufruitiers.

Ce répertoire, actualisé chaque année, permet de fixer l'état du parc des logements locatifs de ces bailleurs et précise notamment le nombre de logements, les modifications intervenues au cours de l'année écoulée, les taux d'occupation, et les niveaux des loyers. Or, dans sa rédaction actuelle, l'article L. 411-10 ne mentionne que des « logements locatifs », ce qui en écarte les différentes catégories de logements sociaux collectifs. Aussi, le répertoire ne couvre pas les logements-foyers accueillants spécifiquement des personnes âgées.

- *La prise en compte des logements-foyers et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale*

Le présent article ajoute un nouvel alinéa à l'article 411-10 afin de prévoir de façon expresse que les logements visés sont non seulement les « *logements autonomes en habitations individuelles ou collectives* » mais aussi « *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* ».

Concernant les logements-foyers, le renvoi à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation conduit à viser les différentes catégories de publics concernées, puisqu'y sont cités les personnes âgées, les personnes handicapées, les jeunes travailleurs, les étudiants, les travailleurs migrants ou les personnes défavorisées. Concernant les CHRS, le renvoi à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles vise les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de

logement, de santé ou d'insertion, qui ont besoin d'une aide pour recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Sont également visés les étrangers s'étant vus reconnaître la qualité de réfugié ou accorder le bénéfice de la protection subsidiaire.

L'article L. 411-10 fait reposer l'obligation de transmission à l'État des informations nécessaires à la tenue du répertoire sur les seuls bailleurs sociaux « *titulaires d'un droit réel immobilier ou dont ils sont usufruitier* ». Or, les logements-foyers ne sont pas toujours gérés par le propriétaire lui-même mais par un tiers gestionnaire, associatif par exemple, ou un centre communal d'action sociale. Seuls les gestionnaires étant en mesure d'établir les données utiles au répertoire, votre rapporteure souligne qu'une bonne communication entre ces différents acteurs permettra de remplir cette obligation nouvelle et d'améliorer, dans les faits, la connaissance du parc locatif social.

Par coordination, l'alinéa 5 du présent article harmonise la rédaction du dixième alinéa de l'article L. 411-10 qui prévoit que la transmission des informations nécessaires à la tenue du répertoire vaut production de l'inventaire par commune des logements sociaux défini à l'article L. 302-6 du code de la construction et de l'habitation.

Cet inventaire doit en effet être obligatoirement remis chaque année au préfet tant par les propriétaires que par les gestionnaires de logements sociaux ; s'ils satisfont à l'obligation de transmission des informations nécessaires à l'établissement du répertoire, les propriétaires sont dispensés de cette transmission, dès lors redondante. Or, dans la rédaction actuelle de l'article L. 411-10, la transmission au titre du répertoire ne vaut pas dispense de transmission au titre de l'inventaire pour « *les logements ou lits mentionnés au 4° de l'article L. 302-5 du code de la construction et de l'habitation* », soit les logements ou lits des logements-foyers des personnes âgées, de personnes handicapées, de jeunes travailleurs, de travailleurs migrants et des logements-foyers dénommés résidences sociales. Cette exception est logique tant que ces logements sont exclus du champ du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux ; l'inclusion opérée par les alinéas 3 et 4 du présent article nécessite donc de supprimer cette exception.

- *L'actualisation de la liste des bailleurs sociaux concernés*

La liste des bailleurs sociaux sur lesquels repose l'obligation de transmission des informations nécessaires à la tenue du répertoire est limitativement énumérée aux 1° à 5° de l'article L. 411-10.

Or une actualisation de cette liste est devenue nécessaire, à laquelle procède l'alinéa 2. Il supprime du 3° de l'article L. 411-10, la mention de « *l'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais* » (Epinorpa). En effet, cet établissement public régional à caractère industriel et commercial développe désormais ses activités dans le cadre de la société de

gestion immobilière du Nord – Pas-de-Calais (Soginorpa) dont elle détient la totalité des actions, et par le biais de filiales sous l’enseigne « Maisons et Cités ». La société anonyme d’habitations à loyer modéré correspondante, « Maisons & Cités Soginorpa » entre donc dans le cas prévu au 1° de l’article L. 411-10 qui vise les sociétés HLM mentionnées à l’article L. 411-2.

Il n’est donc plus nécessaire de mentionner l’Epinorpa de manière spécifique au 3° de l’article L. 411-10, où seule est dès lors maintenue la référence expresse à la « société anonyme Sainte Barbe ». Ce propriétaire de 15 600 logements des Houillères du Bassin de Lorraine est en effet une composante d’une société immobilière à participation majoritaire de la Caisse des dépôts, qui ne relève d’aucune des autres catégories énumérées à l’article L. 411-10.

\*

\* \*

Lors de l’examen du texte du projet de loi, sur avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de Mme Dombre Coste, rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques, visant à permettre aux gestionnaires des logements-foyers de transmettre directement les informations requises par le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux.

\*

\* \*

*La Commission examine l’amendement AS34 de la commission des affaires économiques.*

**Mme Fanny Dombre Coste, rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Pour améliorer la connaissance du parc locatif social, l’article 14 élargit le champ du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux aux logements foyers et aux centres d’hébergement et de réinsertion sociale que ces bailleurs possèdent. Afin de faciliter la transmission des données, l’amendement vise à permettre aux gestionnaires de logements-foyers de transmettre directement l’information à l’État, les bailleurs sociaux n’étant pas toujours gestionnaires de ces foyers

**Mme la rapporteure.** Avis favorable à cette mesure de simplification. Il conviendra néanmoins que le décret clarifie cette disposition.

*La Commission adopte l’amendement.*

*La Commission examine l'amendement AS35 de la commission des affaires économiques.*

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Cet amendement vise à écarter du champ du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux les résidences étudiantes. Le renouvellement des résidents y étant très fréquent, il convient d'éviter d'alourdir la gestion de ces résidences.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Les gestionnaires de logements étudiants ont l'habitude de faire remonter leurs informations, dont nous avons au demeurant besoin. Il conviendra néanmoins de distinguer les différentes catégories de logements au moment d'exploiter ces données.

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Il convient que nous veillions à ne pas alourdir leurs responsabilités en matière de transmission de données. Cela étant, je retire l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

*Puis la Commission adopte l'article 14 modifié.*

## *Section 2*

### **Les autres formes d'habitat avec services**

#### *Article 15*

(Art. 41-1 à 41-5, 41-6 [nouveau] et 41-7 [nouveau] de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, art. L. 7232-1-2 du code du travail)

#### **Sécurisation de la gestion des résidences-services**

L'article 15 modifie les dispositions de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis relatives à la gestion commune d'immeubles offrant un logement non meublé ainsi que des services.

Commercialisées soit par la vente de lots, soit par leur location, ces structures privées s'adressent à des personnes âgées autonomes de plus de 60 ans : elles y bénéficient d'un logement privé et de services communs fournis par des équipes présentes sur place.

Conformément à l'alinéa 3 de l'article L. 633-5 du code de la construction et de l'habitation, les résidences-services ne relèvent pas de la réglementation des logements-foyers, qui offrent, elles, à titre de résidence principale, des logements collectifs. De même, les résidences-services se distinguent des établissements sociaux et médico-sociaux régis par le code de l'action sociale et des familles tant en raison du degré d'autonomie des publics accueillis et de la nature des services

fournis que du bâti et de l'aménagement des lieux <sup>(1)</sup>. Elles n'entrent donc pas dans le cadre des « résidences autonomie » créées par l'article 11 du projet de loi.

Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, fin 2012, 41 000 personnes de plus de 60 ans vivaient dans 374 résidences comportant 32 000 logements mais le secteur connaîtrait depuis quelques années un très fort développement à partir de modèles de gestion innovants distincts des modèles plus anciens : les projets en cours de réalisation de nombreux promoteurs pourraient ainsi porter le nombre de logements de ce type à 50 000 dès 2015.

Cet essor contraste avec le déclin des modèles de gestions classiques : l'articulation entre le statut de la copropriété et la fourniture de services communs a en effet mis en difficulté plusieurs résidences dont les règlements prévoient la mutualisation complète, entre copropriétaires, des charges occasionnées par ces services. Nombre d'usagers et leurs héritiers se voient ainsi contraints d'acquitter l'ensemble des charges même lorsqu'ils ne souhaitent pas bénéficier des services ou que le logement est vide.

La ventilation et la répartition des différentes catégories de charges spécifiques, et le mode de gestion de ces dernières, constituent le cœur des difficultés rencontrées par certaines résidences services. Le présent article vise donc à sécuriser les modes de gestion de cette forme de copropriété afin d'en permettre le développement particulièrement adapté aux enjeux du vieillissement de la société.

### **1. Les insuffisances de la réglementation actuelle**

Les résidences-services les plus anciennes, initiées dans les années 1960 et 1970, se sont développées dans le cadre du droit commun de la copropriété. Les difficultés rencontrées par certaines d'entre elles à partir des années 2000 ont suscité une première tentative du législateur d'adapter le droit de la copropriété à leurs spécificités : l'article 95 de la loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement (ENL) a ainsi introduit les articles 41-1 à 41-5 dans un chapitre IV bis, intitulé « Résidences-services » de la loi du 10 juillet 1965 <sup>(2)</sup>.

L'article 41-1 de la loi du 10 juillet 1965 autorise ainsi expressément le règlement de copropriété à étendre l'objet du syndicat de copropriétaires à la fourniture aux occupants de l'immeuble de certains services spécifiques. Il a ouvert la faculté de prestation de ces services par des tiers.

---

*(1) Le Conseil d'État utilise ce faisceau d'indices pour requalifier une résidence services en établissement social et médico-social au sens du 6° du 1 de l'article L.312-1 du CASF : CE, n° 145008, du 29 décembre 1995, SCI « Résidences et services » et CE n° 171017, du 16 octobre 1998, SARL Société rhodanienne d'intendance et de services.*

*(2) Précisé par le décret n° 2010-391 du 20 avril 2010.*



L'article 41-2 interdit à ces résidences de déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical.

Mais surtout, l'article 41-3 prévoit que les charges relatives aux services de la résidence sont réparties conformément au premier alinéa de l'article 10 de la loi du 10 juillet 1965 c'est-à-dire en fonction de l'utilité virtuelle de chaque lot de copropriété, donc selon les tantièmes de copropriété. Il s'agit de charges courantes au sens de l'article 14-1 : elles entrent dans le budget prévisionnel du syndicat.

Si cette règle de répartition des charges communes relève bien du droit commun de la copropriété, le dernier alinéa de l'article 41-3 dans sa rédaction actuelle prévoit que « *les dépenses afférentes aux prestations individualisées ne constituent pas des charges de copropriété* ». Cette disposition vise donc à distinguer des charges communes les contributions payées lors de chaque utilisation des services, ce qui a en partie sécurisé les gestionnaires.

Enfin les articles 41-4 et 41-5 ont pour but de faciliter la suppression des services communs. L'article 41-4 prévoit que la décision de suppression par le syndicat des copropriétaires est prise à la majorité de l'article 26, soit une majorité qualifiée de deux tiers des membres du syndicat, ce qui constitue un seuil élevé, mais atténué par la faculté, si au moins la majorité des deux tiers des présents a été atteinte, de convoquer une nouvelle assemblée générale où la même décision peut être adoptée s'il y a recueil de cette majorité. L'article 41-5 ouvre la possibilité à un juge statuant comme en matière de référé et saisi par des copropriétaires qui n'auraient pas eu gain de cause en assemblée générale mais qui représenteraient au moins 15 % des voix du syndicat, de décider la suspension ou la suppression d'un service, si son équilibre financier est gravement compromis.

Si elles ont en partie simplifié la prise de décision, ces dispositions n'ont pas permis d'établir une distinction fine entre les différentes catégories de charges acquittées par les résidents : les charges occasionnées par des services dont la mutualisation est consubstantielle au bon fonctionnement de la résidence doivent bien être acquittées par tous les résidents, mais ces derniers peuvent légitimement ne pas souhaiter contribuer aux charges d'entretien de services qu'ils n'utiliseraient jamais et qui ne répondraient pas à leur besoin, ou lorsque leur logement reste inoccupé.

La distinction actuelle entre services spécifiques de l'article 41-1 et dépenses afférentes aux prestations individualisées de l'article 41-3 ne permet pas d'adapter aisément l'offre à la variété des demandes des résidents. En outre, ce schéma ne correspond pas au développement des nouvelles structures majoritairement occupées par des résidents-locataires : dans ce modèle les charges fixes relevant de la copropriété classique, acquittées par les propriétaires, sont mieux distinguées des autres charges relevant d'un contrat de service. Le résident acquitte ces dernières directement en fonction de ses besoins et peut en réduire la liste jusqu'à un contrat minimal.

Enfin, les dispositions actuelles ne font pas obstacle à ce qu'un syndic fournisse lui-même les services spécifiques pourtant distincts des charges de copropriété ordinaires. Ce cumul de fonctions place le syndic en situation de conflit d'intérêts manifeste. En effet l'intervenant qui exploite des services à partir de parties communes affectées à cette fin par le syndicat des copropriétaires peut difficilement être lui-même le syndic, censé préserver les intérêts du syndicat.

Aussi, le **I** du présent article présente une réécriture globale des dispositions applicables qui préserve cependant certains acquis de la loi du 13 juillet 2006.

## **2. La distinction entre services spécifiques non individualisables et services individualisables**

- *Les services spécifiques non individualisables*

Aux alinéas 2 à 6, l'article 41-1 dans sa nouvelle rédaction, restreint le champ d'application des règles actuelles relatives aux services communs : elles recouvrent désormais des catégories de services spécifiques qui « *du fait qu'ils bénéficient par nature à l'ensemble des occupants ne peuvent être individualisés* ».

La définition de ces catégories est renvoyée à un décret. Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, pourraient y figurer la permanence d'accueil, l'accès à l'ensemble des locaux de services collectifs. Cette catégorie est donc plus étroite que celle de services spécifiques énumérés à l'article 41-1 dans sa rédaction actuelle : restauration, surveillance, aide ou loisir notamment. Après avoir auditionnés les différents intervenants du secteur, votre rapporteure considère cependant que la réflexion n'est pas totalement aboutie sur ce point et doit être poursuivie avec l'ensemble des parties prenantes. Ainsi, s'agissant de la restauration, il paraît de bonne économie de faire relever des charges non individualisables les dépenses attachées au local de restauration, voire à une cuisine sur place : seul le prix du repas devrait être individualisé et facturé en fonction de la réalité de sa consommation.

L'alinéa 3 maintient pour les seuls services qui ne peuvent être individualisés les règles existantes de répartition des charges conformément aux tantièmes des lots et leur vote dans le budget prévisionnel de la copropriété. À nouveau, pour ces seules charges étroitement circonscrites, les alinéas 4 et 5 reprennent respectivement les dispositions des articles 41-4 et 41-5 dans leur rédaction actuelle : suppression de ces services par décision de l'assemblée générale des copropriétaires et cas d'intervention du juge.

Enfin, l'alinéa 6 fait figurer, sans modification, au dernier alinéa de l'article 41-1 dans sa nouvelle rédaction les dispositions figurant à l'alinéa 2 de l'article 41-1 dans sa rédaction actuelle. Il maintient l'interdiction pour la copropriété de fournir des « *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*» sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF. De tels services, distincts des prestations courantes de service à la personne, doivent en effet relever exclusivement de la réglementation sanitaire, sociale et médico-sociale.

- *Les services individualisables*

À la distinction actuelle entre services spécifiques et prestations individualisées, le présent article substitue la distinction entre services spécifiques qui ne peuvent être individualisés et services spécifiques individualisables.

Ces derniers sont simplement mentionnés et non définis en tant que tels à l'alinéa 7, par l'article 41-2. Ils recouvreront logiquement tous les services qui ne figureront pas dans le décret prévu à l'article 41-1 relatif aux services spécifiques qui ne peuvent être individualisés.

Alors que la *prestation* individualisable est tarifée directement au consommateur, à chaque utilisation, le *service spécifique* individualisable comporte des coûts fixes de fonctionnement : ils ne sont désormais plus acquittés par la copropriété toute entière mais par les seuls utilisateurs du service.

Mais les services individualisables de la résidence sont bien fournis dans les parties communes de celle-ci. Aussi, l'article 41-2 autorise également l'affectation de parties communes à la fourniture aux occupants de l'immeuble de ces services individualisables et prévoit que le règlement de copropriété définit la répartition des dépenses d'entretien et de fonctionnement liées à ces parties communes. Une partie de cette charge pourra donc être supportée par l'exploitant des services individualisables, et donc par l'utilisateur final.

### **3. La fourniture des services individualisables par des prestataires extérieurs**

- *Un domaine interdit au syndic de copropriété*

À l'alinéa 14, le dernier alinéa de l'article 41-6 (nouveau) dispose que « *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.* »

Il est donc mis fin à tout risque de conflit d'intérêts pour le syndic de copropriété, recentré sur ses tâches principales, définies à l'article 18 de la loi du 10 juillet 1965 : assurer l'exécution des dispositions du règlement de copropriété et des délibérations de l'assemblée générale, administrer l'immeuble, pourvoir à sa conservation, à sa garde et à son entretien ou assurer la gestion comptable et financière du syndicat...

- *Le choix des prestataires extérieurs*

Les services spécifiques de la résidence, qu'ils soient individualisables ou non seront donc rendus par des tiers.

À l'alinéa 3, le deuxième alinéa de l'article 41-1 prévoit que « *les services non individualisables sont procurés en exécution d'une convention conclue avec des tiers* ». À l'alinéa 8, l'article 41-3 prévoit également que les conditions d'utilisation par les tiers des parties communes destinées à des services spécifiques individualisables sont fixées par voie de convention. Il s'agit d'un prêt à usage, défini à l'article 1875 du code civil : un contrat par lequel l'une des parties livre une chose à l'autre pour s'en servir, à la charge par le preneur de la rendre après s'en être servie. Cette convention est réputée à titre gratuit : le prestataire n'a donc pas à payer en contrepartie du simple droit d'occuper les parties communes mais il devra bien acquitter les charges liées à l'utilisation des parties communes. Il est prévu que cette convention est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable.

La prise de décisions d'assemblée générale sur les services spécifiques individualisables est simplifiée. À l'alinéa 9, l'article 41-4 prévoit que les prestataires appelés à fournir les services spécifiques individualisables sont désignés à la majorité de l'article 25 et, le cas échéant, de l'article 25-1. Un vote distinct à la même majorité porte sur les termes de la convention prévue par l'article 41-3 ayant pour objet le prêt gratuit des parties communes affectées aux services individualisables.

Cette majorité est plus aisée à atteindre que celle de l'article 26 : l'article 25 exige la majorité absolue des voix de tous les copropriétaires et non deux tiers des voix. En outre l'article 25-1 prévoit une « passerelle de majorités » permettant d'adopter la même décision à la majorité prévue à l'article 24, c'est-à-dire la majorité absolue des copropriétaires présents ou représentés : lorsque l'assemblée générale des copropriétaires n'a pas décidé à la majorité absolue des copropriétaires mais que le projet a recueilli au moins le tiers des voix de tous les copropriétaires composant le syndicat, la même assemblée peut décider à la majorité prévue à l'article 24, en procédant immédiatement à un second vote. Et lorsque le projet n'a pas recueilli au moins le tiers des voix de tous les copropriétaires, une nouvelle assemblée générale, convoquée dans le délai maximal de trois mois, peut statuer à la majorité de l'article 24.

Ainsi, les copropriétaires d'une résidence-services pourront plus facilement définir le contenu des services fournis par la résidence ce qui permettra de mieux adapter les services à l'évolution des besoins des résidents. En revanche, à l'alinéa 11, l'article 41-5 maintient la majorité de l'article 26 concernant les modifications du règlement de copropriété emportant désaffectation des parties communes affectées aux services spécifiques individualisables. Elles doivent être notifiées par le syndic aux prestataires concernés et entraînent la résiliation de plein droit des conventions de prêt et de fourniture de service conclus avec les

prestataires. Le maintien d'un seuil de majorité plus élevé paraît pleinement justifié car une fois désaffectées, les parties communes entrent de nouveau dans les charges courantes de la copropriété.

Par coordination, à l'alinéa 10, l'article 41-4 prévoit que la durée des contrats individuels de prestation ne peut excéder celle du prêt dont ces derniers bénéficient. Il s'agit d'éviter que les utilisateurs ne soient soumis à des contrats relatifs aux services individualisables, des abonnements par exemple, dont le terme dépasserait celui du droit d'exploitation des parties communes par le fournisseur du service.

- *La fin de la dérogation à la règle d'activité exclusive des services d'aide à la personne.*

Le **II**, au dernier alinéa du présent article, supprime le 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail afin de retirer les résidences-services de la liste des structures qui bénéficient d'une dérogation au principe de l'activité exclusive des organismes prestataires de services d'aide à la personne.

L'article premier de la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a en effet posé un principe, actuellement codifié à l'article L. 7232-1-1 du code du travail, d'activité exclusive pour les services à la personne demandant à bénéficier d'un agrément délivré par l'État au regard de critères de qualité. De nombreuses dérogations à ce principe ont été instaurées, par exemple pour les régies de quartiers, les communes et les centres communaux d'action sociale et les services et établissements sociaux et médico-sociaux autorisés.

Aussi l'article 14 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 a étendu cette dérogation aux résidences-services, dans le but de favoriser le développement de cette formule d'habitat pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Il s'agissait de permettre aux résidences-services de bénéficier, au titre des prestations assimilables à des activités de services à la personne proposées à leurs résidents, des mêmes avantages sociaux et fiscaux que les organismes se consacrant exclusivement à ces activités.

La dissociation des gestionnaires de la résidence et des services d'aide et d'accompagnement à domicile paraît justifier la suppression de cette dérogation. Les prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, individualisables, pourront ainsi être fournies par des intervenants extérieurs, bénéficiant, en propre, d'un agrément.

Cependant votre rapporteure souligne que le nouveau régime juridique des résidences services garantit d'ores et déjà la transparence du choix du prestataire des services individualisés. Dans de nombreux cas, il pourrait être utile que cet intervenant fournisse également certaines prestations non individualisées, sans

toutefois être le syndic. La suppression de la dérogation à la condition d'exercice exclusif obligerait dans ce cas à créer artificiellement deux entités juridiques. Son maintien pourrait donc être justifié, au bénéfice, le cas échéant, d'un aménagement.

#### **4. Le conseil syndical et le conseil des résidents**

Aux alinéas 12 et 13, l'article 41-6, nouveau, reprend les dispositions de l'article 41-2 dans sa rédaction actuelle : le syndicat des copropriétaires ne peut déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical qui donne obligatoirement son avis sur les projets de conventions relatives aux services non individualisables et aux services individualisables. Il en surveille l'exécution et présente un bilan chaque année à l'assemblée générale.

En conséquence, les dispositions du deuxième alinéa de l'article 41-2 dans sa rédaction actuelle sont supprimées : elles autorisent l'assemblée générale des copropriétaires à déléguer au conseil syndical, à la majorité absolue des voix du syndicat, les décisions relatives à la gestion courante des services spécifiques. Or cette gestion courante ne saurait désormais avoir lieu en dehors du cadre des conventions approuvées par l'assemblée générale et dont le conseil syndical surveille l'exécution.

Les alinéas 15 à 18 établissent un article 41-7, nouveau, qui prévoit l'obligation de mise en place d'un « conseil des résidents » constitué des personnes demeurant à titre principal dans la résidence. Il se distingue donc du conseil syndical, émanation de l'assemblée générale des seuls copropriétaires : ses membres peuvent être des propriétaires occupants mais également des locataires.

Il bénéficie de garanties d'information : réuni par le syndic avant la tenue de l'assemblée générale des copropriétaires, il se voit communiquer l'ordre du jour de cette assemblée. Le syndic met à sa disposition un local de réunion et lui communique les comptes rendus de l'assemblée générale ainsi que toutes les informations relatives aux services fournis dans la résidence. Ainsi le conseil se trouve en mesure d'émettre un avis sur le besoin de création ou de suppression d'un service.

L'institution de ce conseil ne constitue pas seulement un garantie de qualité des relations entre les usagers des services et leurs prestataires d'une part, entre les résidents locataires et les propriétaires bailleurs d'autre part. L'alinéa 18 prévoit la rédaction, par un secrétaire du conseil des résidents, d'un compte rendu de séance qui est cosigné par le syndic et adressé à tous les résidents : ce 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.

Les travaux du conseil des résidents renforceront donc l'information des futurs résidents : le parcours résidentiel d'une personne âgée désireuse de s'établir dans une résidence-services en sera sécurisé.

## **5. Les modalités de transition**

Le présent article ne prévoit pas l'application de mesures spécifiques pour les résidences services qui fonctionnent actuellement sur un modèle intégré ou dont le syndic gère directement les services spécifiques. L'étude d'impact jointe au projet de loi envisage un basculement progressif des résidences services de première génération dans le nouveau modèle sur la base des conclusions d'une mission d'audit confiée à l'Inspection générale des affaires sociales et au Conseil général de l'environnement et du développement durable, qui rendra ces conclusions à l'automne 2014. Ces évolutions pourront donc être définies dans le cadre de l'examen du projet de loi.

Au demeurant, le présent article n'apporte aucune modification à l'article 43 de la loi du 10 juillet 1965 qui définit les dispositions d'« ordre public » de celle-ci : toutes clauses des règlements de copropriété contraires aux dispositions de la loi recensées par cet article sont ainsi réputées non écrites. Or l'article 95-III de la loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 a donné cette portée aux articles 41-1 à 41-5 dans leur rédaction actuelle.

Ainsi, à défaut de mesures transitoires, le propriétaire d'un lot d'une résidence-services dont le règlement de copropriété ne serait pas modifié conformément aux dispositions projetées pourrait contester la validité de ses clauses : il pourrait par exemple réclamer le remboursement des charges imputées au titre de services spécifiques mutualisés dans sa résidence-services mais ne figurant pas au nombre des services spécifiques non individualisés définis par le décret prévu à l'article 41-1 dans sa nouvelle rédaction.

Votre rapporteure considère donc qu'une clarification devra nécessairement être apportée afin la fin de l'examen du projet de loi.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales, outre trois modifications rédactionnelles présentées par la rapporteure, a adopté un amendement de la rapporteure étendant à l'ensemble des occupants de la résidence-services la disposition permettant aux utilisateurs de services spécifiques individualisés de ne pas être soumis à des contrats de services dont le terme dépasserait celui du droit pour le fournisseur d'exploiter les parties communes affectées au service.

Sur avis favorable de la rapporteure, la commission a également adopté un amendement des commissaires SRC définissant le conseil des résidents comme

une instance consultative de mise en œuvre d'un espace de discussion entre les résidents et les copropriétaires et de relais pour les demandes et les propositions des résidents.

Sur proposition de la rapporteure, la commission a en outre adopté un amendement précisant que le compte rendu des réunions du conseil des résidents remis à toute personne intéressée préalablement à la signature d'un contrat de bail ou de cession de lots de la résidence-services doit couvrir les trois années précédentes, si ces réunions ont eu lieu. Il s'agit de mieux préciser cette obligation afin d'éviter par exemple une contestation postérieure à la conclusion d'un bail ou d'une promesse de vente motivée par le fait que ce compte-rendu ne couvrirait pas l'ensemble des réunions passées du conseil des résidents. Cette durée d'antériorité est calquée sur celle des procès-verbaux des assemblées générales de copropriété obligatoirement annexés à une promesse de vente.

Enfin, sur proposition conjointe de la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques et de plusieurs commissaires UMP, sur avis favorable de la rapporteure, la commission a maintenu la dérogation relative à la condition d'activité exclusive au bénéfice des résidences services pour leur agrément au titre des services à la personne.

\*

\* \*

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS334 et AS335 de la rapporteure.*

*Puis elle examine l'amendement AS336 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** C'est un amendement de rectification, qui remplace le terme de « copropriétaire » par celui d'« occupant ».

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS337 de la rapporteure.*

*Elle en vient ensuite à l'examen de l'amendement AS207 de Mme Hélène Geoffroy.*

**Mme Joëlle Huillier.** L'amendement a pour objet de préciser que le conseil des résidents a notamment pour objectif la mise en œuvre d'un espace de discussion entre les résidents et les copropriétaires et qu'il sert de relais aux demandes et aux propositions des résidents.

**Mme la rapporteure.** Le conseil des résidents constitue un vrai progrès. Avis favorable.

*La Commission **adopte** l'amendement.*



*Puis elle en vient à l'examen de l'amendement AS338 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement fixe le nombre de comptes rendus de réunion des conseils de résidents devant être communiqués à toute personne intéressée, préalablement à la signature d'un contrat de bail. Nous proposons d'aligner la règle sur celle relative aux procès-verbaux d'assemblée générale de copropriété et d'étendre cette obligation aux trois années précédentes.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS36 de la commission des affaires économiques et AS243 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** L'article 15 réforme le fonctionnement des résidences services en distinguant les services non individualisables des services individualisables, pour mieux répartir les charges, mais également pour mieux garantir l'avenir de ce modèle économique et protéger les occupants. Les syndicats ne pourront plus être prestataires de services. L'amendement propose de maintenir la dérogation à la condition d'activité exclusive quand l'exploitant, qui n'est pas le syndic, est fournisseur de services, afin d'éviter qu'il ait à créer deux structures différentes.

**Mme Bérengère Poletti.** Le projet de loi entend supprimer la dispense de condition d'activité exclusive pour les résidences services relevant de la loi du 10 juillet 1965. Or de nombreux gestionnaires de résidences services pour seniors, dites de « nouvelle génération », assurent à ce jour, par le biais notamment d'une convention passée avec le syndicat de copropriétaires, tant l'exploitation des locaux consacrés à la mise en œuvre des services que la fourniture des services eux-mêmes. Ils doivent pouvoir continuer à bénéficier de l'exonération de la condition d'activité exclusive.

**Mme la rapporteure.** Je suis favorable à ces amendements. Je précise néanmoins que la suppression de la dérogation vise à réduire les risques de conflit d'intérêts et à éviter que les résidents ne constituent parfois une clientèle captive. Je suggère donc de maintenir la dérogation à ce stade de nos discussions, mais de travailler à une nouvelle rédaction de l'article L. 7232-1-2 du code du travail.

*La Commission adopte les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 15 modifié.*

*Après l'article 15*

*La Commission examine l'amendement AS208 de Mme Hélène Geoffroy.*

**M. Christophe Sirugue.** Cet amendement vise à préciser que l'habitat participatif, les maisons autogérées, solidaires et citoyennes, comme, par exemple,

la Maison des Babayagas, ont vocation à permettre à des personnes âgées ou à des groupes intergénérationnels de s'associer.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement est satisfait par l'article L. 200-1 du code de la construction et de l'habitation qui prend déjà en compte la dimension citoyenne de l'habitat participatif, et il ne me paraît pas utile de mentionner spécifiquement les personnes âgées.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission en vient ensuite à l'examen de l'amendement AS38 de la commission des affaires économiques.*

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Cet amendement concerne l'intermédiation locative et les associations, de plus en plus nombreuses, en particulier dans les grands centres urbains universitaires, qui mettent en relation des personnes âgées et des jeunes en vue d'un hébergement. Ce type d'activité ne bénéficie aujourd'hui d'aucun cadre juridique précis, ce qui est source d'insécurité. Il est donc proposé de généraliser le bénéfice de l'agrément délivré aux organismes d'intermédiation locative à ces associations.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement pose la question du cadre juridique dans lequel s'opère la mise en relation des personnes âgées et des jeunes qu'ils hébergent. Cependant le dispositif de gestion locative sociale n'est pas nécessairement le cadre approprié, car il est réservé à la gestion locative directe de logements destinés aux personnes en difficulté. Avis défavorable.

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** L'association Le Pari solidaire, qui œuvre dans ce champ, ne s'occupe que d'intermédiation locative et met en relation des personnes âgées et des jeunes – étudiants pour la plupart.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS40 de la commission des affaires économiques.*

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Il existe aujourd'hui de nombreuses initiatives, qu'elles soient citoyennes, portées par les collectivités ou les organismes HLM eux-mêmes, visant à développer des logements intermédiaires pour les personnes âgées. Les Babayagas, les béguinages, le projet OCTAVES à Lille ou les projets portés par la Mutualité française sont autant d'exemple de l'expansion de ce champ qui répond à la nécessité de développer, à côté des résidences services privées, qui coûtent entre 1 500 et 5 000 euros par mois, un autre type d'offres, entre, d'une part, les EHPAD, très médicalisés et, d'autre part, les logements-foyers, ou résidences autonomie, qui ne peuvent répondre à toutes les demandes.

Ces projets ne s'inscrivent aujourd'hui dans aucun cadre juridique précis, permettant de sécuriser à la fois les procédures d'attribution des logements et la gestion des charges de services non individualisables et mutualisables proposés aux locataires. Cet amendement propose donc quelques éléments de solution pour favoriser le développement de ces résidences services à coût social.

**Mme la rapporteure.** Je suis consciente qu'il faut sécuriser l'habitat intermédiaire destiné aux personnes âgées mais votre amendement soulève quelques problèmes. En premier lieu, vous subordonnez l'attribution d'un logement à la signature par la personne âgée locataire d'une charte de souscription à des services qui impliquent nécessairement pour elle un surcoût. Par ailleurs, les bailleurs sociaux perçoivent des subventions de l'État pour construire et gérer des logements, et non pour fournir des services sociaux ou médico-sociaux. La réflexion sur le sujet – notamment sur le rôle des gardiens-concierges – ne me semble pas suffisamment aboutie, et j'émetts donc un avis défavorable.

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Aujourd'hui, 30 % des locataires du parc HLM ont plus de 65 ans, et cette proportion va croître fortement dans les années à venir. C'est donc un vrai problème de société et ce d'autant plus que ce type d'habitat intermédiaire, qui se développe sur l'ensemble du territoire, correspond à une véritable attente de la part de nos concitoyens.

**M. Denis Jacquat.** Dans les communes qui proposent des services d'aide à domicile et des soins infirmiers à domicile, les résidences seniors à but non lucratif gérées par les sociétés HLM et proposant des logements plus grands que les F1 des logements-foyers offrent déjà, à des tarifs abordables, des solutions adaptées aux personnes âgées.

**Mme Jeanine Dubié.** De nombreuses initiatives ont vu le jour depuis une dizaine d'années autour de l'habitat intermédiaire. Il devient donc nécessaire de lui donner des bases juridiques solides pour protéger les personnes qui y ont recours. Cela étant, je suis défavorable au fait de lier l'attribution d'un logement à l'obligation d'avoir recours aux services qui l'accompagnent. C'est une atteinte à la liberté individuelle des locataires, qui ont le droit de choisir qui ils souhaitent voir intervenir dans leur domicile. Je suis donc, comme la rapporteure, défavorable à l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission en vient aux amendements identiques AS244 de Mme Bérengère Poletti et AS283 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Bérengère Poletti.** De nombreuses résidences services pour seniors dites de « nouvelle génération » ont été créées en dehors du statut fixé par le chapitre IV *bis* de la loi du 10 juillet 1965. Ces résidences, qu'elles appartiennent à un propriétaire unique ou qu'elles relèvent d'autres montages juridiques relatifs à la copropriété, sont gérés par un organisme qui assure l'entretien et

l'exploitation des locaux de services de la résidence et délivre les services aux habitants de la résidence. Un socle de services communs – accueil, espace de convivialité, présence permanente de professionnels formés aux premiers secours, etc. – est proposé à tous les résidents, qui s'acquittent d'une facture mensuelle pour en couvrir les frais d'exploitation. En fonction de leurs besoins, les résidents choisissent librement d'autres services à la carte, qui peuvent être délivrés directement par le gestionnaire de la résidence s'il bénéficie de l'agrément services à la personne. Ainsi, le résident peut bénéficier de l'assistance personnalisée, du ménage ou d'autres services.

**Mme Jeanine Dubié.** Il s'agit de définir précisément ce que sont les résidences services pour seniors, en les distinguant des autres types de résidences services.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Les résidences services sont définies avec précision à l'article 15. Par ailleurs, une mission sur ces résidences services a été confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Je propose que nous reconsidérons la question lorsque l'Inspection aura rendu ses conclusions.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine l'amendement AS284 de Mme Gilda Hobert.*

**Mme Jeanine Dubié.** Cet amendement vise à permettre le développement de toutes les formes d'habitat regroupé susceptibles de concilier sécurité et liberté. Les mentionner dans une loi portant sur l'adaptation de la société au vieillissement permettra de les reconnaître comme des solutions alternatives à l'accueil en EHPAD. L'audit en cours mené par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) permettra de définir avec plus de précision, par décret, leurs modalités de fonctionnement.

**Mme la rapporteure.** L'habitat regroupé ne s'adresse pas seulement aux personnes âgées. Par ailleurs, la mutualisation des aides individuelles est une notion qui mérite d'être précisée, et l'on ne peut se contenter d'en renvoyer la définition à un décret. Avis défavorable.

**Mme Jeanine Dubié.** Par mutualisation des aides individuelles, je n'entendais pas mutualisation des aides financières individuelles, mais mutualisation des prestations de services, chacun participant, par exemple, à la rémunération de la personne chargée de l'entretien.

**M. Denis Jacquat.** Les personnes d'un certain âge souhaitent bénéficier d'un éventail de propositions en matière de logement. Toutes en effet ne sont pas dépendantes mais recherchent néanmoins des formes d'habitat qui allient à la sécurité, qualité de services et convivialité. Cet amendement me paraît donc très intéressant, et le groupe UMP le soutiendra.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Article additionnel après l'article 15*

**Rapport au Parlement sur le logement intergénérationnel**

Sur proposition de Mme Dombre Coste, rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques, et sur avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel demandant un rapport du Gouvernement au Parlement afin d'étudier les possibilités d'encadrement de l'habitat intergénérationnel, de promouvoir son développement et de le sécuriser juridiquement.

*Elle en vient ensuite à l'amendement AS39 de la commission des affaires économiques.*

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Le développement de l'habitat intergénérationnel se heurte à plusieurs problèmes. Par exemple, lorsqu'une personne âgée accueille chez elle un jeune, la présomption de concubinage lui fait perdre une demi-part fiscale, ce qui augmente de fait sa taxe d'habitation. De plus, les services rendus par le jeune hébergé dans le cadre de la cohabitation peuvent être assimilés par les services fiscaux à du travail dissimulé. Il est donc essentiel d'encadrer juridiquement l'habitat générationnel, de plus en plus prisé par les personnes âgées, qui y voient une solution sécurisante, et par les jeunes, à qui il permet, en contrepartie de services rendus, de se loger à moindre coût. Afin de combler ce vide juridique, je propose que, dans un premier temps, le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur le logement intergénérationnel.

**Mme Bérengère Poletti.** Nous soutenons cet amendement, car le logement intergénérationnel est un dispositif extrêmement intéressant, non seulement d'un point de vue économique mais également d'un point de vue humain. Il est en effet essentiel d'encadrer juridiquement cette pratique.

**M. Denis Jacquat.** La difficulté à se loger ne doit pas être l'unique critère qui permette à un jeune d'obtenir un logement intergénérationnel. Il faut que cette décision corresponde à un choix personnel de ce dernier.

**Mme la rapporteure.** Bien que je ne sois généralement pas favorable aux amendements tendant à demander des rapports, je suis très favorable à celui-ci. La question de l'habitat intergénérationnel mérite en effet toute notre attention.

*La Commission adopte l'amendement.*

### CHAPITRE III Territoires, habitats et transports

#### *Article 16*

(Art. L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation)

#### **Prise en compte du vieillissement dans les programmes locaux de l'habitat**

Cet article modifie l'article L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation. Il complète la définition du programme local de l'habitat pour y prévoir la prise en compte de la perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou au handicap.

● Défini aux articles L. 302-1 à L. 302-4-1 du code de la construction et de l'habitation, le programme local de l'habitat (PLH) est un document de programmation stratégique. Il recense l'ensemble des problématiques concourant à la politique locale de l'habitat : parcs public et privé, modes gestion des logements existants et des constructions nouvelles, mais également modalités de prise en compte des populations spécifiques.

L'élaboration d'un PLH est obligatoire pour les métropoles, les communautés urbaines, les communautés d'agglomération, ainsi que les communautés de communes compétentes en matière d'habitat de plus de 30 000 habitants comprenant au moins une commune de plus de 10 000 habitants. Il est établi pour l'ensemble des communes membres.

Le plan doit répondre aux besoins en logements et en hébergements de toutes sortes, favoriser la mixité sociale et le renouvellement urbain. Sa mise en œuvre implique un dispositif d'observation et de suivi de l'habitat sur le territoire. Il prévoit les objectifs à atteindre à court, moyen et long termes dans le domaine de l'habitat, en particulier en programmant les opérations de réhabilitation d'habitations ou de quartiers et en orientant l'offre nouvelle de logements : c'est notamment dans ce cadre que la prise en compte des publics aux besoins spécifiques peut avoir un impact substantiel.

Les dispositions du IV de l'article L. 302-1 énumèrent les objectifs précis assignés au plan, dont notamment : le nombre et les types de logements à réaliser, les moyens, notamment fonciers, à mobiliser pour atteindre les objectifs et principes retenus, l'échéancier prévisionnel de réalisation, les actions et les opérations de renouvellement urbain. Il doit en outre prévoir la typologie des logements à construire et les réponses à apporter aux besoins spécifiques de certaines catégories de personnes : les personnes mal logées, les personnes défavorisées ou présentant des difficultés particulières, ainsi que les étudiants, mentionnés au huitième alinéa.

● Le présent article ajoute un nouvel alinéa après le huitième alinéa du IV de l'article L. 302-1 afin que ces programmes définissent les objectifs et les

principes d'une politique de l'habitat visant à répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie du fait du handicap ou du vieillissement.

Il s'agit d'inciter les collectivités territoriales à intégrer plus systématiquement la problématique du vieillissement et du handicap dans leur politique de l'habitat.

Les collectivités devront programmer l'aménagement de l'habitat en tenant compte de ces deux publics spécifiques. L'âge et le handicap sont appréhendés de la même façon comme des facteurs de perte d'autonomie. Dans le domaine de l'habitat en effet, les besoins peuvent converger, par exemple en matière d'accessibilité des étages, d'aménagement des parties communes ou encore de prise en compte des déficiences visuelles ou auditives.

La formulation proposée est suffisamment large pour demeurer incitative. Il s'agit d'abord de développer une « offre nouvelle », ce qui peut s'interpréter comme une incitation particulière à développer toutes les alternatives au séjour en établissement (logements-foyers, accueillants familiaux, etc.).

Les collectivités doivent en outre participer à la politique d'adaptation des logements existants. Elles demeurent libres de fixer ces objectifs ; il s'agit surtout de coordonner une politique plus globale qui, il est vrai, fait intervenir de nombreux acteurs, notamment nationaux, tels que l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), par exemple au titre de la rénovation urbaine.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 16 sans modification.*

*Article additionnel après l'article 16*  
(article L. 122-1-2 du code de l'urbanisme)

### **Prise en compte du vieillissement par les schémas de cohérence territoriale**

Sur proposition de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel qui modifie l'article L. 122-1-2 du code de l'urbanisme, afin que les schémas de cohérence territoriale (SCoT) intègrent le vieillissement de la population dans leur diagnostic. Il s'agit, par exemple, d'analyser la part des personnes âgées et de son évolution au regard du parc de logements et des équipements et services existants.

*La Commission examine l'amendement AS330 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement vise à introduire dans les schémas de cohérence territoriale une référence explicite au vieillissement de la population, afin que les schémas intègrent cette dimension dans leur diagnostic.

*La Commission adopte l'amendement.*

### *Article 17*

(Art. L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales)

## **Prise en compte des personnes âgées dans les commissions communales pour l'accessibilité**

Cet article modifie l'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales (CGCT) afin de prévoir la prise en compte des personnes âgées dans le fonctionnement des commissions communales ou intercommunales pour l'accessibilité.

### **1. Les commissions communales pour l'accessibilité**

L'article L. 2143-3 est l'un des trois articles composant le chapitre dévolu à la participation des habitants à la vie locale.

Créées par l'article 46 de la loi du 11 février 2005 aujourd'hui codifié à l'article L. 2143-3 du CGCT, les commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées se composent de représentants de la commune, d'associations d'usagers et d'associations représentant les personnes handicapées. Présidées par le maire, ces commissions dressent le constat de l'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports. Elles recensent l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées et formulent toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l'existant.

Ces commissions établissent un rapport annuel présenté en conseil municipal. Elles organisent également un système de recensement de l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées.

Les communes peuvent choisir de créer une commission intercommunale compétente pour l'ensemble des communes associées.

### **2. Le projet de loi prévoit la participation des personnes âgées à ces commissions et la prise en compte de leurs besoins spécifiques**

Le présent article prévoit trois modifications à l'article L. 2143-3.

Au premier alinéa, le 1<sup>o</sup> prévoit de compléter la dénomination des commissions pour qu'elles deviennent « *commission communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées et aux personnes âgées* » ainsi que la liste de leurs membres afin d'y ajouter des représentants des associations de personnes âgées.

Le 2<sup>o</sup> ajoute la mention des personnes âgées au cinquième alinéa de l'article afin de donner mandat aux commissions de recenser l'offre de logements disponibles adaptés à leurs besoins, au même titre que pour les personnes handicapées.



Enfin, le **3e** attribue, au sixième alinéa, aux commissions qui peuvent être créées au niveau intercommunal la dénomination de « *commission intercommunale pour l'accessibilité aux personnes handicapées et aux personnes âgées* ».

**3. Une disposition qui risque d'entrer en concurrence avec le projet de loi d'habilitation autorisant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public**

Les mesures prévues par cet article sont positives mais elles risquent de se heurter aux modifications de la dénomination, de la compétence et de la composition des commissions censées intervenir par voie d'ordonnance au cours des prochains mois.

Le 4° de l'article 3 loi n° 2014-789 du 10 juillet 2014 habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées porte spécifiquement sur l'article L. 2143-3 du CGCT.

Rapporteur de ce projet de loi pour l'Assemblée nationale, M. Christophe Sirugue a ainsi souligné dans son rapport que « *aux termes du présent article, le Gouvernement sera habilité à prendre par ordonnance des mesures* <sup>(1)</sup> :

– *modifiant la dénomination de ces commissions. Elles seront ainsi renommées commissions (communales ou intercommunales) pour l'accessibilité sans qu'il ne soit plus fait mention de « aux personnes handicapées » ;*

– *élargissant leur composition : des représentants des personnes âgées et des acteurs économiques seront intégrés en tant que membres de ces commissions, pour parachever la vision universaliste de l'accessibilité (...)* ».

À l'issue de la procédure parlementaire, la rédaction de l'alinéa 5 de l'article 3 du projet de loi a ainsi été stabilisée :

« *4° De modifier la dénomination des commissions communales et intercommunales pour l'accessibilité aux personnes handicapées et élargir leur composition afin de tenir compte de tous les acteurs concernés par un cadre de vie adapté, et compléter leurs missions* »

Votre rapporteure estime donc qu'au regard du contenu des ordonnances attendues cet été, si leur rédaction satisfait pleinement l'objet de l'article 17 du

---

(1) Rapport n° 985 sur le projet de loi, habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées, présenté par M. Christophe Sirugue, le 28 mai 2014.

présent de loi, il conviendra donc de supprimer ce dernier au cours de l'examen du projet de loi.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 17 sans modification.*

*Après l'article 17*

*La Commission est saisie de l'amendement AS37 de la commission des affaires économiques.*

**Mme la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques.** Il s'agit d'insérer dans les prochaines conventions d'utilité sociale (CUS) conclues entre l'État et les organismes HLM un volet spécifique relatif à la qualité du service rendu aux locataires âgés. Une circulaire du 12 avril 2010 relative aux CUS fait déjà de l'adaptation des logements au vieillissement de la population un objectif facultatif. Il me semble qu'il faut désormais inciter plus fermement les bailleurs sociaux à opérer cette adaptation.

**Mme la rapporteure.** Je suis favorable à cet amendement qui reprend l'une des préconisations du rapport Broussy.

**M. Denis Jacquat.** J'aimerais obtenir quelques précisions sur les services concernés. Par ailleurs, je préférerais que, plutôt qu'aux personnes âgées, l'amendement fasse référence aux personnes en perte d'autonomie, qui peuvent également avoir besoin de ce type de services.

**Mme Bernadette Laclais.** Ce n'est pas à l'organisme HLM de supporter le coût des « services spécifiques » évoqués dans l'exposé des motifs de l'amendement.

**Mme Jeanine Dubié.** Je me demande si la précision que la disposition s'applique aux locataires « les plus âgés » n'a pas un caractère discriminatoire.

**Mme la rapporteure.** J'entends vos réserves, mais la priorité est d'avancer dans la prise en compte du vieillissement, en l'espèce dans le cadre des CUS. Voilà pourquoi j'émetts un avis favorable.

**Mme Jeanine Dubié.** Ce n'est pas l'âge des locataires qui est en cause, mais la perte d'autonomie : celle-ci n'est pas une conséquence nécessaire du grand âge.

**Mme la rapporteure.** Seriez-vous d'accord pour substituer « locataires en perte d'autonomie » à « locataires les plus âgés », madame Dombre Coste ?

**Mme la rapporteure pour avis.** Il vaudrait peut-être mieux revoir la rédaction de cet amendement d'ici la séance.

*L'amendement est retiré.*

### Article 18

(Art. L. 1214-2 et L. 1231-8 du code des transports)

## **Prise en compte de l'avancée en âge dans les transports urbains**

Troisième et dernier volet du chapitre III relatif aux territoires, à l'habitat et aux transports, cet article apporte deux modifications au code des transports.

### **1. Le plan de déplacements urbains et les services d'information**

● Obligatoire dans les périmètres de transport urbain de plus de 100 000 habitants, le plan de déplacements urbains détermine la façon dont s'organisent les transports, les points d'arrêt, les places de stationnement mais également les aménagements nécessaires aux modes de déplacement non-motorisés comme le vélo par exemple. Il est élaboré par l'autorité organisatrice des transports compétente et permet la définition d'une approche globale de la politique des transports sur un territoire donné, comportant à ce titre des volets relatifs à l'environnement, la sécurité, ou encore au handicap.

L'article L. 1241-2 du code des transports décrit le contenu et l'objet du plan de déplacements urbains. Il le décline en 11 points. Le second (2°) prévoit en particulier que le plan vise à assurer « *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* ».

● Créé par l'article 5 de l'ordonnance n° 2010-1307 du 28 octobre 2010, l'article L. 1231-8 du code des transports porte sur les obligations des autorités organisatrices du transport public de personnes dans les périmètres de transport urbain. Parmi leurs missions se trouve notamment celle d'instaurer « *un service d'information, consacré à l'ensemble des modes de transports et à leur combinaison, à l'intention des usagers, en concertation avec l'État, les collectivités territoriales ou leurs groupements et les entreprises publiques ou privées de transports* ».

### **2. Prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées dans les périmètres de déplacements urbains**

Le 1° vise la prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées dans les plans de déplacements urbains. Il prévoit d'insérer les mots « *ainsi que des personnes âgées* » à la fin du 2° de l'article L. 1241-2 précité. Cela garantit une prise en compte spécifique des besoins de ces personnes et rappelle clairement qu'il s'agit d'un public distinct de celui des « personnes à mobilité réduite ».

Le 2° de cet article complète le quatrième alinéa de l'article L. 1231-8 du même code afin de prévoir un dispositif d'information dédié « à l'intention de publics spécifiques et notamment les personnes handicapées et les personnes âgées ».

Ces dispositions sont positives et permettent une meilleure prise en compte des problèmes de mobilité des personnes âgées. Contrairement à l'approche retenue pour les articles 16 et 17, le sujet est ici traité d'une façon parallèle mais distincte de celui de la prise en compte du handicap, cette dernière problématique nécessitant une politique d'équipement spécifique (notamment pour les handicaps autres que moteurs).

\*  
\* \*

*La Commission adopte l'article 18 sans modification.*

#### CHAPITRE IV

### **Droits, protection et engagements des personnes âgées**

#### *Section 1*

### **Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées**

#### *Article 19*

(Art. L. 113-1, L. 113-1-1 et -2 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles)

### **Droits des personnes âgées à un accompagnement adapté**

Cet article consacre le droit, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, à un accompagnement respectant leur projet de vie ainsi qu'à une information adaptée sur cet accompagnement.

Ces principes sont énoncés dans les livre et titre premiers du code de l'action sociale et des familles relatifs aux principes généraux de l'action sociale, dont le chapitre III est consacré aux personnes âgées. Figurent ainsi, au niveau des grands principes, les fondements d'un accompagnement des personnes âgées respectueux de leurs souhaits : la proclamation de ce droit vise à améliorer son exercice par les personnes âgées éligibles à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).

#### **1. Le droit à des aides adaptées dans le respect du projet de vie**

Actuellement, la définition par le code de l'action sociale et des familles du droit des personnes âgées à une aide de la Nation en raison de la perte d'autonomie n'est pas aussi précise et ne laisse pas une aussi grande place à la liberté de la personne aidée que les dispositions applicables en matière de handicap.

Ainsi, l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles issu de l'article 11 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit un droit à la compensation des conséquences du handicap quelles que soient l'origine et la nature de la déficience, l'âge ou le mode de vie ; de même « *les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis* ». L'avis de la personne concernée est pris en compte dans l'analyse globale de ses besoins et dans la prise en charge proposée.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les dispositions similaires sont manquantes. La compensation de la perte d'autonomie n'a pas aujourd'hui à prendre en compte le « projet de vie » de la personne âgée bénéficiaire de l'APA : il n'est pas expressément prévu que l'aide apportée doive par exemple permettre le libre choix entre domicile et établissement ou répondre aux aspirations spécifiques à la mobilité de la personne aidée ou à la nature de ses liens familiaux.

Il apparaît donc nécessaire de mieux définir ce droit. Il s'agit de rappeler que l'âge ne change en rien la nature des droits fondamentaux des personnes aidées et d'orienter en conséquence l'action de l'ensemble des intervenants des politiques sociales et médico-sociales.

Aussi, l'alinéa 4 établit un article L. 113-1-1, nouveau, qui prévoit que « *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.* »

Ce droit s'exerce dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, à laquelle renvoie directement la mention des « *conditions définies aux articles L. 232-1 et suivants* ». Le droit des personnes âgées en perte d'autonomie éligibles à l'APA à un accompagnement adapté respectant leur projet de vie est ainsi consacré.

En outre, à l'alinéa 2, le 1° du présent article supprime le terme de « placement » de l'article L. 113-1 du code de l'action sociale et des familles qui définit, parmi les principes généraux de l'action sociale, le droit pour toute personne âgée de 65 ans et privée de ressources suffisantes de bénéficier soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement. La notion de « placement » des personnes âgées doit en effet être définitivement supprimée : votre rapporteure renvoie à ses commentaires des articles 20 et 21 qui procèdent à la même modification pour d'autres dispositions du code de l'action sociale et des familles.

## 2. La mise en œuvre du droit à l'information

En second lieu, l'article 19 établit un droit à l'information, pour les personnes âgées et leurs familles, sur les prises en charge et les formes d'accompagnement disponibles. Une bonne information sur les formes d'aides disponibles pour anticiper ou compenser le vieillissement permettra à la personne aidée de mieux prendre en compte son vieillissement pour redéfinir son projet de vie.

Ainsi, l'alinéa 5 établit un article L. 113-1-2, nouveau, qui prévoit que *« 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 »*. Il précise que ce droit à l'information *« est assuré notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par les départements, dans le cadre de leurs compétences »*.

Concernant les compétences de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'article opère un renvoi à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles : dans sa rédaction actuelle, le 5° de cet article prévoit ainsi que la CNSA a pour mission *« de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées »*. Surtout, l'article 47 du présent projet de loi, à son alinéa 12, confie une nouvelle mission à la CNSA codifiée au 11° du même article L. 14-10-1 : *« mettre à la disposition des personnes âgées (...) et de leurs familles, une information relative aux droits et aux services qui leurs sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes »*.

Pour les départements, le nouvel article L. 113-1-2 renvoie à l'article L. 113-2, codifié immédiatement à sa suite dans le code de l'action sociale et des familles: or cet article prévoit que le département met en œuvre les compétences définies au premier alinéa en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Ces structures jouent en effet un rôle important dans les départements qui ont pris soin de les établir. En outre l'article L. 113-2 autorise le département à signer des conventions avec tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination gériatrique.

Dans ce cadre, un rôle de premier plan est joué par les centres communaux et intercommunaux d'action sociale. L'article L. 131-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit en effet que *« les demandes d'admission au bénéfice de l'aide sociale (...) sont déposées au centre communal ou intercommunal d'action sociale ou, à défaut, à la mairie de résidence de l'intéressé »*. Les CCAS et CIAS sont ainsi les premiers interlocuteurs des personnes âgées en quête d'information sur leurs droits. Ils tiennent en outre les registres des personnes âgées dans le cadre des plans d'urgence tels les plans canicule.

La mention expresse des départements et de la CNSA n'est au demeurant pas exclusive d'autres intervenants : pour votre rapporteure, un accompagnement

adapté nécessite de définir, dans chaque territoire, en fonction des besoins, un interlocuteur de proximité privilégié. Ce service de proximité doit pouvoir être interrogé par la personne âgée et sa famille au fur et à mesure de l'évolution de la réflexion sur le projet de vie.

\*  
\* \*

*La Commission examine l'amendement AS245 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'article 19 consacre le droit, pour les personnes âgées en perte d'autonomie éligibles à l'APA, à un accompagnement adapté respectant leur projet de vie. Il consacre ainsi la liberté de choix d'être particulier employeur en perte d'autonomie. Le présent amendement tire les conséquences de ce nouveau principe en tendant à la reconnaissance du libre choix de ce particulier employeur en perte d'autonomie en tant qu'acteur à part entière des politiques publiques de l'APA à domicile.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Cette disposition n'a pas sa place dans un article dont la fonction est de définir les grands principes de l'action sociale à destination des personnes âgées. Au demeurant l'article opère un renvoi aux dispositions relatives à l'APA, qui peut tout à fait bénéficier à un particulier employeur.

**Mme Bérengère Poletti.** Si j'ai bien compris votre réponse, vous n'êtes pas défavorable au fond de cet amendement.

**Mme la rapporteure.** Il est satisfait, l'état actuel du droit ne faisant pas obstacle à ce qu'un particulier employeur ait recours à l'APA.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 19 sans modification.*

### *Article 20*

(Intitulé du chapitre 1er du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles)

#### **Substitution de la notion d'accueil à la notion de placement**

Le livre deuxième du code de l'action sociale et des familles définit les « différentes formes d'aides et d'action sociales » ; son titre troisième est consacré aux « personnes âgées ». Or son chapitre premier est actuellement intitulé « aide à domicile et placement ».

De fait, le respect des droits fondamentaux à tous les âges de la vie impose de retirer de la sémantique légale et réglementaire la notion de « placement en établissement ». La personne âgée, même en perte d'autonomie ou démunie de ressources, est d'abord un citoyen et un usager des services sociaux et médico-sociaux comme les autres.

Aussi, l'alinéa 2 de l'article 19 a procédé à la suppression du terme de « placement » à l'article L. 113-1 du code de l'action sociale et des familles qui définit, parmi les principes généraux de l'action sociale, le droit pour toute personne âgée de 65 ans et privée de ressources suffisantes de bénéficier soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement.

En conséquence, cet article modifie la dénomination du chapitre qui précise les conditions d'exercice de ce droit. Il est désormais intitulé « aide à domicile et accueil ».

Ce changement de dénomination contribue indéniablement à la reconnaissance des droits des personnes âgées : elles sont accueillies par l'établissement ou par l'accueillant familial, dans le respect de ses droits. C'est ce qu'illustrent avec force les dispositions des articles suivants du projet de loi qui renforcent les droits et libertés des personnes accueillies.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 20 sans modification.*

#### *Article 21*

(Art. L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles)

#### **Substitution de la notion d'accueil à la notion de placement**

L'article 21 remplace la notion de « placement » par celle d'« accueil » ou « d'admission » à l'article L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles qui définit les formes de l'action sociale envers une personne âgée qui « *ne peut être utilement aidée à domicile* ».

L'article L. 231-4 prévoit que dans ce cas, cette personne peut être accueillie chez des particuliers ou bénéficier d'une admission dans un établissement de santé ou une maison de retraite publique, ou, à défaut, dans un établissement privé.

Dans la droite ligne des modifications opérées par les articles 19 et 20 du présent projet de loi, il s'agit de mettre définitivement fin à l'usage du mot « placement » qui est incontestablement péjoratif s'agissant du vieillissement.

Les personnes âgées bénéficiaires de l'action sociale ne sont en effet pas des objets « placés » hors de leur domicile : elles sont accueillies ou admises dans les services et établissements adaptés à leurs besoins.



\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, sur avis de sagesse de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de différents commissaires des groupes UMP et RRDP, supprimant, à l'article L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles, la qualification de l'admission dans une maison de retraite privée comme une solution par défaut, en l'absence de place dans le secteur public.

\*

\* \*

*La Commission examine les amendements identiques AS247 de Mme Bérengère Poletti et AS285 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Bérengère Poletti.** Notre amendement vise à corriger une aberration de la rédaction de l'article L. 231-4 du code de l'action sociale, qui fait de l'offre d'hébergement privé une offre par défaut au regard de l'offre publique. Or le secteur privé représente près de 50 % de l'offre d'hébergement à destination des personnes âgées dépendantes !

**Mme Jeanine Dubié.** L'article en cause pose en effet que « toute personne âgée qui ne peut être utilement aidée à domicile peut être placée, si elle y consent, dans des conditions précisées par décret, soit chez des particuliers, soit dans un établissement de santé ou une maison de retraite publics, ou, à défaut, dans un établissement privé ».

Mon amendement vise à mettre le secteur privé, qu'il soit commercial ou non lucratif, sur le même plan que le secteur public en matière d'hébergement des personnes âgées.

**Mme la rapporteure.** Je suis défavorable à ces amendements. Je rappelle que l'objectif de l'article 21 est de substituer la notion d'accueil à la notion de placement. Pour le reste, la rédaction de l'article me semble satisfaisante.

**Mme Bérengère Poletti.** Vous ne pouvez nier que la locution « à défaut » est très péjorative pour l'hébergement privé. Notre proposition de correction est incontestable, tant sur la forme que sur le fond.

**Mme Jeanine Dubié.** En outre, le secteur privé à but non lucratif, c'est-à-dire le secteur associatif, est également habilité à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale et le prix de journée y est fixé par le président du conseil général, comme c'est le cas dans le secteur public. Je ne vois pas pour quelle raison on ne pourrait pas mettre sur le même plan tous les établissements susceptibles d'accueillir les personnes âgées : la deuxième partie de l'article détermine d'ailleurs les conditions de fixation du prix de journée de l'ensemble des établissements.

**Mme Bernadette Laclais.** Je suis assez d'accord avec ce qui vient d'être dit : une telle rédaction exprime un jugement de valeur, au mépris de la liberté de la personne âgée de choisir une structure privée. Même s'il est vrai qu'en pratique le privé n'est pas forcément le premier choix, la loi ne doit pas ainsi opposer les diverses offres d'hébergement.

**Mme la rapporteure.** Cette rédaction se justifie sans doute par le souci de garantir aux personnes âgées l'offre d'accueil la moins onéreuse. Cependant, en considération des réserves qui viennent de s'exprimer, je m'en remets à la sagesse de la commission.

*La Commission adopte les amendements identiques.*

*Puis elle adopte l'article 21 modifié.*

#### *Article 22*

(Art. L. 311-3, L. 311-4, L. 311-4-1 [nouveau] et L.311-5-1 [nouveau]  
du code de l'action sociale et des familles)

### **Renforcement des droits et libertés des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

L'article 22 vise à réaffirmer le respect des droits fondamentaux quel que soit le degré de perte d'autonomie de la personne, et en particulier de la liberté d'aller et venir, liberté fondamentale attachée à la personne humaine et qui garantit à tout individu de pouvoir circuler et se déplacer d'un endroit à un autre. Le conseil constitutionnel rattache ainsi ce droit aux libertés garanties et protégées par la constitution au titre de l'article 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789.

Différentes garanties nouvelles en la matière sont apportées par le présent article. Elles sont inscrites au sein du livre troisième du code de l'action sociale et des familles relatif à l'action sociale et médico-sociale mise en œuvre par les établissements et services, dans son titre premier, relatif aux établissements et services soumis à autorisation qui accueillent des personnes âgées et des adultes handicapés : le principe de liberté d'aller et venir est affirmé ; les restrictions qui peuvent y être apportées sont étroitement encadrées ; des garanties sont instaurées contre les résiliations abusives des contrats de séjour en établissement ; enfin le droit est établi pour la personne accueillie de désigner une personne de confiance qui l'accompagne dans ses démarches.

## 1. Le principe de liberté d'aller et venir en établissement social et médico-social

- *Les acquis de la loi du 2 janvier 2002*

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a fortement fait progresser les droits des personnes âgées et des adultes handicapés bénéficiaires d'un accompagnement social et médico-social.

Ainsi, les dispositions de l'article 6 de la loi du 2 janvier 2002, aujourd'hui codifiées à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles, visent à garantir *« l'exercice des droits et libertés individuels (...) à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux »*. Le 1° de cet article vise, pour la personne accueillie, *« le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité »*. Le 3° affirme le droit à la qualité de la prise en charge qui passe par la recherche de l'autonomie et du consentement de la personne accueillie. Il prévoit la recherche systématique de son consentement éclairé lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Les 5° et 6° prévoient l'accès à toutes informations ou documents relatifs à la prise en charge ainsi qu'aux *« informations sur les droits fondamentaux de toute personne prise en charge et les protections particulières, légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition »*.

L'article 8 de la loi du 2 janvier 2002, aujourd'hui codifié à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles vise à garantir l'exercice effectif de ces droits, en prévoyant la remise d'un livret d'accueil auquel sont annexés le règlement de fonctionnement de l'établissement ainsi qu'une charte des droits et libertés de la personne accueillie.

Cependant, l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie ne mentionne la liberté d'aller et venir que dans son article 8 qui dispose que *« dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne de circuler librement »*.

Ainsi, parmi les droits des personnes accueillies en établissements et services médico-sociaux, la liberté d'aller et venir n'est aujourd'hui entendue que de manière implicite ou au détour d'un arrêté.

- *L'affirmation de la liberté d'aller et venir*

Le présent article vise donc à faire figurer de manière expresse la liberté d'aller et venir au nombre des droits des personnes accueillies. Il s'agit ainsi de donner les moyens aux personnes hébergées ou à tout autre personne intervenant

dans leur intérêt de faire valoir ce droit qui doit pouvoir s'exercer tant au stade de l'admission que lors du séjour ou lors du départ de l'établissement.

Le **1°** modifie l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles afin d'y faire figurer expressément la liberté d'aller et venir au nombre des droits et libertés garantis lors de la prise en charge en établissement : le **a) du 1°** modifie ainsi le 1° de l'article L. 311-3 pour ajouter « *le droit d'aller et venir librement* » parmi les droits qui sont assurés à toute personne prise en charge ; le **b) du 1°** précise au 3° du même article que l'accompagnement individualisé de qualité qui doit favoriser l'autonomie de la personne s'entend notamment en ce qu'il renforce « *sa capacité d'aller et venir* ».

De même, par coordination, le **c) du 2°** apporte une précision actuellement manquante concernant les conditions d'intervention du représentant légal lorsque la personne accueillie est un majeur protégé. L'article L. 311-4 habilite le représentant légal à participer à l'élaboration du contrat de séjour : il est désormais précisé que le représentant légal intervient alors dans le respect de l'article 459-2 du code civil qui dispose que la personne protégée choisit le lieu de sa résidence, entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non et a le droit d'être visitée et, le cas échéant, hébergée par ceux-ci.

Le **2°** modifie la rédaction de l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles de manière à renforcer l'exigence d'information des usagers sur leurs droits et à mieux établir leur consentement à être accueillis en établissement. L'obligation d'information des usagers sur leurs droits et libertés est en effet une condition pour que les personnes concernées puissent en avoir une bonne compréhension et les faire valoir en cas de difficultés.

L'alinéa 7 complète ainsi le a) de l'article L. 311-4 afin de prévoir que la charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans l'établissement. Si la charte est bien aujourd'hui remise lors de l'admission, son possesseur peut néanmoins l'égarer ou l'endommager par la suite. Il s'agit donc de garantir l'accès permanent à l'information sur ces droits, tant pour la personne accueillie que pour celles qui agissent dans son intérêt.

- *L'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour*

Les alinéas 8 et 9 établissent une garantie nouvelle visant à rendre effectifs les droits ainsi réaffirmés. Ils prévoient qu'à l'occasion de la conclusion du contrat de séjour un entretien a lieu réunissant uniquement la personne intéressée et le directeur de l'établissement.

Celui-ci doit alors s'assurer du consentement de la personne à être accueillie dans la structure d'hébergement. La personne âgée est ainsi invitée à exprimer ses volontés en toute autonomie et indépendance. Cet entretien a lieu « *hors de la présence de toute autre personne* » : cette restriction a pour but de pallier les pressions subies par des personnes fragilisées que leur entourage

souhaite voir accueillies en établissement alors qu'elles-mêmes préfèrent bénéficier d'un accompagnement à domicile.

Pour les majeurs protégés cependant, le consentement peut toujours procéder de l'intervention du juge ou du conseil de famille conformément à l'article 459-2 du code civil auquel il est opéré un renvoi direct.

À l'occasion de l'entretien, le directeur d'établissement doit également s'assurer que la personne concernée a bien pris connaissance de l'ensemble de ses droits et en a saisi la portée. Préalable à la conclusion du contrat de séjour, cet entretien va indéniablement constituer une garantie des droits de la personne accueillie. Des difficultés pourront survenir lorsque la personne sur le point d'être accueillie est dépourvue de capacités à comprendre son interlocuteur ou ne s'exprime pas seule ni de manière intelligible : évaluer un consentement proprement dit peut être alors difficile. Dans ces cas, la présence d'une tierce personne devrait pouvoir être envisagée, sous réserve que son indépendance soit garantie, mais la rédaction projetée l'exclue expressément.

En outre, les représentants des différentes fédérations de directeurs des établissements et services pour personnes âgées, auditionnés par votre rapporteure, ont souligné que si la tenue de l'entretien permet sans conteste de renforcer les droits des personnes âgées, il pourrait se heurter au manque de moyens humains dans les plus petites structures.

## **2. L'encadrement des restrictions à la liberté d'aller et venir**

- *L'équilibre entre liberté d'aller et venir et obligations de sécurité*

L'affirmation du droit d'aller et venir en établissement doit être conciliée avec les contraintes liées à la sécurité des personnes. Les établissements accueillant des personnes âgées ont en effet l'obligation de garantir la sécurité des usagers. En cas de préjudice causé ou subi par l'un des résidents, le juge peut engager la responsabilité de l'établissement s'il considère que les moyens de surveillance mis en place ont été insuffisants ou inadaptés à l'état du résident, notamment au vu de ses antécédents comportementaux ou de ses fragilités spécifiques.

Selon la HAS, trois motifs peuvent justifier la prise de mesures restrictives de la liberté du résident : la sécurité de la personne elle-même ou celle des autres résidents en raison de troubles du comportement ; des contraintes liées à la réalisation de soins, tels le sevrage ou l'isolement septique ; des motifs tenant à l'organisation interne à l'établissement.

Or, les responsables d'établissement ne disposent pas aujourd'hui d'outils juridiques permettant le recours à des mesures de restriction de la liberté d'aller et venir : de telles mesures relèvent de la loi aujourd'hui silencieuse sur les situations

et les conditions dans lesquelles la liberté d'aller et venir peut être limitée en établissement social et médico-social.

Pour cette raison, à l'alinéa 12, le 3° du présent article établit un article L. 311-4-1 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles, dont le I prévoit les conditions de restrictions à la liberté d'aller et venir. Il vise l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées : tant les établissements médico-sociaux mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 que les différentes catégories d'établissements non habilités à l'aide sociale, mentionnés à l'article L. 342-1.

- *Les garanties établies*

Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ont aujourd'hui la faculté d'annexer au contrat de séjour un document portant diverses adaptations au règlement de fonctionnement de l'établissement pour tenir compte de la spécificité de la prise en charge de chaque résident. Ces mentions peuvent être d'ordres médical, administratif ou encore judiciaire. Le I de l'article L. 311-4-1 prévoit qu'à l'occasion de la conclusion du contrat de séjour, une annexe puisse préciser les « *adaptations apportées aux contraintes prévues par le règlement de fonctionnement et susceptibles de limiter les possibilités d'aller et venir du résident* ».

Cette faculté est strictement encadrée, quant à son contenu tout d'abord : ces adaptations doivent avoir pour seules fins d'assurer l'intégrité physique de la personne accueillie et la sécurité des personnes qui l'entourent. Et ces mesures restrictives de liberté doivent être proportionnées à l'état et aux objectifs de prise en charge de la personne.

La procédure est en outre précisée : les adaptations ne sont proposées que « *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* ».

Proportionnées à l'état physique de la personne âgée, les mesures restrictives de liberté doivent donc être justifiées par les observations des médecins ; elles doivent être les moins restrictives de liberté possible au regard des objectifs à atteindre.

Les effets de la mesure doivent être modulables et le plus individualisés possible. Le I de l'article L. 311-4-1 prévoit en effet que « *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* ». La personne âgée peut ainsi s'opposer à ce que certaines mesures continuent à figurer au sein de l'annexe : une telle démarche est cependant tributaire de son état physique et psychique et de la bonne compréhension préalable de ses droits. Le gestionnaire d'établissement ou les médecins concernés peuvent demander le réexamen de l'annexe en vue de

l'actualiser selon l'évolution de l'état du patient. À l'issue des révisions, les mesures pourront ainsi être allégées, modifiées ou supprimées.

### 3. Les garanties relatives à la fin du contrat de séjour

La liberté d'aller et venir des résidents en établissement se matérialise également par les conditions dont est exercée la liberté de choix de résidence de la personne âgée. Or les conditions de rupture du contrat de séjour ne sont pas à ce jour encadrées par des dispositions de nature légale et réglementaire : elles sont définies par les contrats de séjour eux-mêmes.

La diversité des pratiques conduit à de fréquents abus, notamment en cas de résiliation à l'initiative du gestionnaire de l'établissement : ce constat a conduit la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) à publier des recommandations dont s'inspirent les mesures du présent article.

La commission des clauses abusives de la DGCCRF a émis des **recommandations tenant aux motifs des résiliations non abusives des contrats de séjour** et aux conditions de leur encadrement (Recommandations DGCCRF n° 08-02 BOCCRF du 23/04/2008)

Les raisons pouvant justifier la rupture à l'initiative de l'établissement doivent constituer des motifs sérieux et légitimes : le non-paiement des frais de séjour, l'état de santé du résident qui ne peut être pris en charge avec les moyens de la structure, les comportements incompatibles avec l'organisation et la vie en établissement, le non-respect du règlement de fonctionnement.

La DGCCRF a recommandé que la résiliation des contrats de séjours soit motivée et adressée au résident par courrier recommandé avec accusé de réception. Le délai de préavis doit être de trois mois de façon à donner au résident le temps nécessaire pour retrouver un logement mais aussi de saisir les instances représentatives de l'établissement, notamment le conseil de la vie sociale.

La DGCCRF a pu relever un certain nombre de **clauses abusives** inscrites dans les contrats de séjour portant essentiellement sur la résiliation ou la fin de contrat. Ces clauses permettent par exemple la rupture de contrat sans préavis ou sans certificat médical. Elle relève qu'en cas de défaut de paiement, il arrive que des délais sensiblement trop courts soient imposés après que la mise en demeure de s'exécuter a été portée à la connaissance du résident par lettre recommandée avec accusé de réception. De même, la décision de fin du contrat de séjour peut intervenir au terme d'un préavis de moins de trois mois, ou sans information de l'intéressé sur les motifs ou sans possibilité de contester la décision et sans proposition de solutions de relogement.

- *Les cas de rupture à l'initiative de la personne accueillie*

Les alinéas 13 et 14, établissent le II de l'article L. 311-4-1 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles qui prévoit les cas de rupture du contrat de séjour à l'initiative du résident.

Il s'agit tout d'abord d'un droit de rétractation consistant, pour la personne accueillie ou son représentant légal, à demander la résiliation du contrat de séjour dans les quinze jours suivant sa signature, ou suivant l'admission dans l'établissement si celle-ci est postérieure à la signature du contrat. Dès lors, aucun préavis ne peut être opposé et la personne accueillie ne doit acquitter que le prix de la durée de son séjour effectif.

Au terme de ce délai de quinze jours, la résiliation du contrat de séjour par écrit est toujours possible mais elle emporte le respect d'un délai de préavis si le gestionnaire décide de l'opposer au demandeur, qui ne pourra excéder une durée définie par voie réglementaire.

Une mesure de protection supplémentaire est établie : la décision écrite de résiliation à l'initiative du résident ou de son représentant légal ne prend effet qu'après un délai de réflexion de quarante-huit heures. Ce délai permet à la personne de mieux mesurer la portée de sa décision. Si celle-ci fait suite à un incident, le délai donne les moyens aux membres du service de rétablir le dialogue et à un tiers d'opérer une médiation, si nécessaire.

- *Les cas de résiliation à l'initiative du gestionnaire*

Le III de l'article L. 311-4-1 encadre les modalités de résiliation du contrat de séjour à l'initiative du gestionnaire d'établissement. Les cas de rupture sont limitativement énumérés : inexécution par la personne hébergée d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement ; cessation totale d'activité de l'établissement ; ou enfin situation où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement.

Pour la durée du préavis opposable au gestionnaire, l'alinéa 15 renvoie au décret mentionné à l'alinéa 14 qui fixe la durée du délai opposable en cas de résiliation à l'initiative du résident : si un même décret peut sans conteste préciser ces deux situations, votre rapporteure estime qu'il conviendra bien de fixer des délais différents selon les cas. Le délai opposable au gestionnaire devrait être sensiblement plus long que le délai opposable à la personne hébergée.

Le dispositif proposé apporte donc une protection aux personnes âgées résidant en établissements. La possibilité de quitter l'établissement sans obligations autres que celles que la loi a clairement définies constitue en effet une condition de l'exercice de la liberté d'aller et venir. Votre rapporteure se félicite de cette clarification d'une situation juridique jusqu'ici imprécise qui a souvent conduit à édicter des clauses défavorables à des résidents âgés vulnérables.

#### **4. La désignation d'une personne de confiance**

L'article 9 de loi du 2 janvier 2002, aujourd'hui codifié à l'article L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles, permet à toute personne accueillie en



établissement social et médico-social de « *faire appel en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée* », choisie sur une liste établie conjointement par le préfet, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. Il existe donc aujourd'hui une possibilité de recours à une personne tierce, choisie par la personne accueillie mais préalablement désignée par les autorités compétentes, généralement un professionnel du secteur social et médico-social qui sert de médiateur en cas de conflit avec l'établissement.

À la suite de cet article L. 311-5, aux alinéas 19 à 24, le 4° du présent article établit un article L. 311-5-1 (nouveau) afin de permettre à toute personne majeure de désigner elle-même une « *personne de confiance* ». Ce dispositif s'inspire du droit de désignation d'une « *personne de confiance* » que la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a instaurée pour les usagers du système de soins.

L'article L. 1111-6 du code de la santé publique prévoit que « *toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin* ». Cette personne ainsi désignée a un rôle d'accompagnement et d'aide dans l'accomplissement des démarches médicales ou de soins. Dans le domaine sanitaire, la personne de confiance ne se voit pas opposer le secret médical et peut être destinataire d'informations médicales sauf si le patient s'y oppose. Elle peut donner des avis et aider le malade à exprimer sa volonté lorsque cela lui est difficile.

Dans ce but l'alinéa 20 prévoit qu'une personne de confiance 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.* » Les alinéas 23 et 24 écartent du champ d'application de cette mesure les majeurs protégés et les établissements prenant en charge des mineurs.

La personne accueillie peut désigner « *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* ». Faite par écrit, la désignation est révocable à tout moment.

La personne de confiance dans le domaine social et médico-social n'est donc pas automatiquement la même que celle qui peut avoir été désignée sur le fondement de l'article L. 1111-6. Toutefois, attribuer au proche désigné par la personne âgée pour l'appuyer dans son accompagnement médico-social la même dénomination que dans le domaine sanitaire pourrait présenter un risque de confusion. Une dénomination différente permettrait sans doute de mieux rendre compte des spécificités des missions qui lui incombent.

L'article L. 311-5-1, nouveau, prévoit qu'il est proposé à la personne accueillie de désigner une personne de confiance lors de toute prise en charge. La

désignation est valable pour la durée de celle-ci, à moins que la personne n'en dispose autrement. De même lors de l'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour, conformément au b) du 2° du présent article, le directeur de l'établissement informe la personne accueillie de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Mais votre rapporteure considère qu'il est toujours préférable que cette désignation soit effectuée en amont de la prise en charge, car, en fonction de son état physique et psychique, il peut être difficile pour la personne accueillie de comprendre pleinement le rôle de la personne de confiance.

Une telle désignation anticipée est pleinement cohérente avec les dispositions régissant le mandat de protection future, défini à l'article 477 du code civil, qui permet à une personne ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle, de charger une ou plusieurs personnes, par un même mandat, de la représenter pour le cas où elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts.

Le mandat de protection future permet ainsi à quiconque d'anticiper les conséquences de sa perte d'autonomie, en établissant librement à l'avance les conditions de protection de ses droits en cas d'altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté.

Or l'alinéa 2 de l'article 479 du code civil prévoit que « *le mandat peut prévoir que le mandataire exercera les missions que le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles confient au représentant de la personne en tutelle ou à la personne de confiance* ».

Aussi, votre rapporteure considère qu'il convient d'encourager le recours au mandat de protection future : cela facilitera la désignation le plus en amont possible de la personne de confiance qui accompagnera la personne âgée dans ses démarches et l'aidera dans ses décisions relatives à sa prise en charge en établissement.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, outre trois modifications rédactionnelles ou de précision proposées par la rapporteure et par le député Denys Robillard, votre commission des affaires sociales a adopté, sur avis favorable de la rapporteure, un amendement présenté par les commissaires des groupes UMP et RRDP modifiant l'organisation de l'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour : il prévoit d'une part que le directeur peut y déléguer « *toute personne formellement désignée par lui* », et d'autre part que la personne accueillie peut être accompagnée par la personne de confiance qu'elle a préalablement désignée.

Sur avis favorable de la rapporteure, la commission a adopté un amendement des commissaires SRC qui supprime la possibilité pour l'annexe au contrat de séjour de définir des restrictions à la liberté d'aller et venir des résidents et lui substitue la définition des mesures permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident. Cette approche objective paraît en effet préférable à une contractualisation de la liberté d'aller et venir dont la possibilité constitutionnelle est pour le moins incertaine.

Concernant les conditions d'accueil de majeurs protégés, deux amendements de la rapporteure ont renvoyé à l'ensemble des mesures de protection des majeurs prévues par le code civil et non pas aux seules mesures de tutelle mentionnées dans le texte du projet de loi.

\*  
\* \*

*La Commission adopte l'amendement AS339 de la rapporteure tendant à rectifier une référence.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS8 de M. Dominique Tian et AS288 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Bérengère Poletti.** Dans un souci de clarté, l'amendement AS8 tend à remplacer le terme de « délégué » par l'expression : « Toute personne formellement désignée par lui ».

**Mme Dominique Orliac.** Certaines personnes qui ne disposent pas d'une mesure de protection au sens de l'article L. 459-2 du code civil peuvent juger ne pas être en mesure de mener seules l'entretien prévu à l'alinéa 9. C'est pourquoi nous proposons qu'on leur permette d'être accompagnées par une personne de confiance, si elles le souhaitent.

Nous souhaitons également éviter l'utilisation du terme de « délégué », qui prête à confusion, alors que la notion de « personne formellement désignée » implique une délégation de pouvoirs.

**Mme Martine Pinville, rapporteure.** Avis favorable : ces amendements apportent une précision bienvenue, car tous les directeurs ne disposent pas d'un délégué, notamment dans les petites structures ; en outre, ils permettent d'introduire la notion de « personne de confiance » dans le domaine médico-social.

Il serait également bon que la personne prise en charge se voie proposer un deuxième entretien, dans la mesure où elle ne sera informée de la possibilité de désigner une personne de confiance qu'à l'occasion du premier. Nous aurons certainement à y revenir dans le cours de la discussion.

*La Commission adopte les amendements.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS7 de M. Dominique Tian, AS248 de Mme Bérengère Poletti et AS286 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Bérengère Poletti.** Il s'agit de substituer aux mots : « du consentement de la personne à être accueillie », les mots : « de la décision de la personne concernant son admission ».

**Mme la rapporteure.** Le consentement de la personne revient ici à donner son accord au contrat de séjour, ce qui est essentiel. Certains directeurs peuvent avoir des difficultés à discerner le consentement de certaines personnes, mais l'adoption des amendements précédents nous a permis de progresser sur le sujet. En tout état de cause, il serait préférable d'en discuter avec le Gouvernement en séance. Avis défavorable.

**M. Denis Jacquat.** « Décision » est pourtant plus fort que « consentement ».

**Mme Bérengère Poletti.** Surtout, « consentement » a une valeur juridique, ce que n'a pas forcément « décision ».

**Mme la rapporteure.** C'est bien pourquoi il faut donner son consentement : il y a un contrat de séjour !

*La Commission rejette les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette ensuite l'amendement AS287 de Mme Jeanine Dubié.*

*La Commission est saisie des amendements AS105 de M. Denys Robiliard et AS368 de la rapporteure, pouvant être soumis à une discussion commune.*

**M. Denys Robiliard.** L'amendement AS105 tend à supprimer l'alinéa 10, les dispositions du code civil relatives aux majeurs protégés n'ayant pas besoin d'être reprises puisqu'elles s'appliquent directement. Cependant, l'amendement de la rapporteure me semble préférable, dans la mesure où il articule expressément les régimes. Je retire donc le mien.

**Mme la rapporteure.** Mon amendement vise effectivement à renvoyer à l'ensemble des mesures de protection des majeurs prévues par le code civil, et non pas aux seules mesures de tutelles. Je conserve toutefois la mention explicite de l'article 459-2 du code civil, car ce dernier dispose que « la personne protégée choisit le lieu de sa résidence », « entretient librement des relations personnelles avec tout tiers, parent ou non » et « a le droit d'être visitée et, le cas échéant, hébergée par ceux-ci » : cela permet d'établir un lien avec le respect du projet de vie de la personne âgée dans le cadre de son accompagnement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), même lorsqu'elle fait l'objet d'une mesure de protection.

*L'amendement AS105 est retiré.*

*La Commission adopte l'amendement AS368.*

*Elle examine ensuite les amendements identiques AS249 de Mme Bérengère Poletti et AS291 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Bérengère Poletti.** Les modalités d'accompagnement des personnes âgées dépendantes accueillies en établissement sont définies dans le cadre d'un projet d'accompagnement individualisé annexé au contrat de séjour. L'amendement AS249 vise à préciser que toute mesure tendant à limiter la liberté d'aller et venir d'un résident doit s'inscrire dans ce dispositif.

**Mme la rapporteure.** Le contrat de séjour est un outil efficace, régi par l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. Je partage votre souci de personnalisation, mais je crains que prévoir des dérogations au règlement intérieur dans un nouveau support mal identifié ne facilite guère leur mise en œuvre. Je vous suggère, par conséquent, de retirer vos amendements au profit de l'amendement AS106 rectifié de M. Robiliard, que nous examinerons ultérieurement et pour lequel j'émettrai un avis favorable.

**Mme Bérengère Poletti.** Dans ce cas, pourrais-je le cosigner ?

**M. Denys Robiliard.** Bien entendu, chère collègue !

*Les amendements AS249 et AS291 sont retirés.*

*La Commission en vient à l'amendement AS290 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Dominique Orliac.** Le projet de loi présente la liberté d'aller et venir sous le seul angle des limitations légitimes. Or les travaux menés sur le sujet dans le cadre de la Conférence de consensus de 2004 et, plus récemment, de l'atelier du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées ont montré que cette liberté devait d'abord être considérée comme un objectif concret de prise en charge et d'accompagnement. Tel est l'objet de cet amendement, qui précise en outre le régime de responsabilité des établissements et des professionnels en cas d'accident ou d'incident.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. La notion d'« évaluation pluridisciplinaire » me semble trop imprécise ; en outre, la possibilité de faire échec dans tous les cas à l'engagement de la responsabilité de l'établissement en cas d'incident demanderait une expertise approfondie.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS106 rectifié de M. Denys Robiliard*

**M. Denys Robiliard.** L'article 22 prévoit la possibilité de contractualiser la liberté d'aller et venir, or je ne suis pas certain que ce soit possible. Cette liberté fait partie des droits de l'homme ; elle est inhérente à la personne, et l'on ne peut

pas y renoncer. En revanche, on peut consentir à ce que des mesures de protection soient prises, à condition qu'elles soient définies avec précision et modifiables.

Il s'agit d'un sujet extrêmement délicat : pour des raisons de protection, les patients accueillis dans les unités Alzheimer sont enfermés, en dehors de tout cadre juridique, sur des données médicales et avec un tel souci d'éviter les risques que cela peut parfois porter atteinte à la qualité de vie. Il conviendrait de rééquilibrer les choses, et de prévoir un regard extérieur. Le plus efficace, pour l'heure, me semble de modifier la rédaction de l'article 22 en prévoyant qu'une annexe portera sur les mesures particulières prises pour assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident. Tel est l'objet de mon amendement – qui, comme convenu, pourra être cosigné par les collègues qui le souhaitent.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable : cet amendement règle de manière satisfaisante les problèmes posés par la rédaction initiale de l'article. Il faudra toutefois définir clairement quels types de mesures particulières pourront être prises afin d'éviter une trop grande disparité des pratiques.

*La Commission adopte l'amendement rectifié.*

*Elle passe à l'examen de l'amendement AS117 de M. Hervé Féron.*

**M. Christophe Sirugue.** Il convient de prévoir un droit de recours auprès d'un juge en cas de remise en cause de la liberté d'aller et venir par le médecin coordonnateur de l'établissement.

**Mme la rapporteure.** Votre amendement est déjà satisfait : les usagers des établissements sanitaires et médico-sociaux peuvent saisir le juge administratif, notamment dans le cadre du référé liberté, car ces établissements ont des missions de service public ; le juge civil dispose également d'une compétence de droit commun pour les atteintes à la liberté et, s'agissant des majeurs protégés, de compétences spécifiques. En outre, tout proche entretenant des liens étroits stables avec la personne concernée a compétence à agir pour saisir le juge. Je vous suggère donc de retirer votre amendement ; à défaut, j'y émettrai un avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS107 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** C'est le même cas de figure que tout à l'heure, et je retire mon amendement au profit de celui de la rapporteure.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission en vient à l'amendement AS369 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** De fait, comme tout à l'heure, il s'agit de renvoyer à l'ensemble des mesures de protection des majeurs prévues par le code civil, et non pas aux seules mesures de tutelles.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS340 de la rapporteure.*

*Elle en vient à l'amendement AS292 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Dominique Orliac.** Cet amendement vise à préciser les cas de résiliation prévus par la loi. Il est nécessaire de clarifier les obligations réciproques des gestionnaires de structures et des personnes hébergées si l'on veut éviter la survenue d'événements tragiques, comme ceux qui ont été récemment relayés par les médias.

**Mme la rapporteure.** L'amendement est satisfait, puisque le défaut de paiement de prestations est inclus dans le cas général des obligations incombant au titre du contrat. Je vous engage à le retirer ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

*L'amendement est retiré, de même que l'amendement AS293 de la même auteure.*

*L'amendement AS108 de M. Denys Robiliard est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS109 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Cet amendement tend à supprimer l'alinéa 24, qui n'apporte rien et peut, au contraire, introduire une confusion, dans la mesure où certains établissements peuvent accueillir des mineurs et des majeurs.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable : il s'agit d'une clarification utile.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 22 modifié.*

*Après l'article 22*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS226 de M. Arnaud Richard et AS308 de Mme Gilda Hobert.*

**M. Arnaud Richard.** Il existe d'ores et déjà un mécanisme d'agrément pour les associations désirant représenter les intérêts des usagers du système de santé, ce qui permet de donner un cadre légal et réglementaire à leur activité. L'amendement AS226 propose d'étendre ce dispositif aux associations œuvrant dans le champ médico-social.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable : la démocratie sanitaire fera l'objet de réformes importantes, notamment dans le cadre du projet de loi de santé publique. Il ne paraît pas opportun d'appliquer aux associations œuvrant dans le champ médico-social des règles qui seront appelées à évoluer de manière importante. Mieux vaut attendre l'examen du projet de loi de santé publique.

**M. Arnaud Richard.** Pourquoi renvoyer à un texte ultérieur une réforme à laquelle nous sommes tous favorables ? C'est dommage ! En plus, ce n'est pas cohérent avec la volonté du Président de la République de ne pas perdre une minute pour les réformes.

**Mme Dominique Orliac.** Nous allons, en effet, perdre six mois ; mais puisque l'on nous garantit que ce point sera examiné dans le cadre du projet de loi de santé publique, je retire l'amendement AS308.

*L'amendement AS308 est retiré.*

*La Commission rejette l'amendement AS226.*

*Elle en vient à l'amendement AS110 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Il est essentiel qu'un regard extérieur puisse s'exercer dans tous les lieux d'enfermement, tant pour empêcher les mauvais traitements que pour permettre d'examiner les pratiques, d'opérer des comparaisons et de rendre compte aux citoyens. Il convient d'organiser ce regard extérieur.

M. Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté, avait souhaité que son institution puisse intervenir dans les EHPAD, mais le fait d'assimiler ces derniers, qui constituent un domicile, à des lieux de privation de liberté a suscité certaines réticences. En revanche, le défenseur des droits y a pleinement accès dès lors que ces lieux sont réputés exercer une mission de service public. L'amendement tend donc à énoncer que c'est le cas.

**Mme la rapporteure.** La loi n'a pas à empiéter sur le domaine de la loi organique, qui prévoit déjà, au 1<sup>o</sup> de son article 4, la compétence du défenseur des droits. Celui-ci est chargé de défendre les droits et les libertés dans le cadre des relations avec les administrations d'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les organismes investis d'une mission de service public. Les précisions proposées par l'amendement ne sont peut-être pas utiles à ce stade. Avis défavorable.

**Mme Michèle Delaunay.** Je n'ai pas d'opposition de principe à la mesure proposée par l'amendement, même si elle n'est pas indispensable, car le regard extérieur est déjà assuré par les contrôles de l'agence régionale de santé (ARS), doublés le cas échéant par ceux des départements. La discrimination est aujourd'hui le premier motif de plainte que reçoit le défenseur des droits.



**M. Denys Robiliard.** Les inspections de l'ARS et des conseils généraux ne se penchent probablement pas sur les processus. Il faut organiser des visites qui relèvent du défenseur des droits ou, plus précisément, du contrôleur général des lieux de privation de liberté, car elles obéissent à une méthodologie et à une grille d'analyse, et il faut signaler au défenseur des droits qu'il peut se saisir de ces missions.

Quant à savoir si cette démarche relève de la loi organique, je n'en suis pas persuadé, car les EHPAD remplissent une mission de service public, même s'ils sont gérés par une personne privée. Le redire ne coûte rien et mieux vaut donc le faire, car c'est une manière d'inviter le défenseur des droits à s'organiser pour répondre aux saisines qui lui sont adressés et pour adopter une démarche proactive en effectuant des visites pour lesquelles la loi organique lui donne des moyens très importants, de la visite inopinée à l'action sur ordonnance judiciaire.

**M. Arnaud Richard.** Initialement opposé à cet amendement, je me range maintenant aux arguments de M. Robiliard. La mesure proposée est peut-être superfétatoire, mais peut-être aussi permettra-t-elle d'apporter des solutions à certaines situations juridiques. Je voterai donc cet amendement.

**Mme la rapporteure.** Il est certes toujours préférable de préciser les choses, mais je crains que nous ne donnions trop d'ampleur à la loi. Mieux vaut donc retirer cet amendement, dont nous pourrions débattre lors de l'examen du texte en séance publique.

**M. Denys Robiliard.** Mieux vaudrait le voter, au contraire. Si elle le souhaite, la ministre en pourra demander la suppression.

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Si on le vote, il figurera dans le texte, avec le risque de ne plus donner lieu à discussion. Ce serait dommage.

**Mme la rapporteure.** Mieux vaut donc retravailler cette question pour en débattre dans l'hémicycle.

**M. Denys Robiliard.** Il est parfois bon que le Gouvernement soit obligé de prendre parti. Il lui sera loisible d'amender le texte – de même que nous pouvons encore, s'il y a lieu, améliorer, nous aussi, la rédaction de notre amendement jusqu'à son examen dans l'hémicycle.

*La Commission rejette l'amendement.*

## Section 2

### **Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles**

#### Article 23

(Art. L 116-4 [nouveau], L 331-4 et L 443-6 du code de l'action sociale et des familles)

#### **Extension de l'incapacité spéciale à recevoir des libéralités**

Cet article insère dans le code de l'action sociale et des familles un nouvel article L. 116-4 permettant d'intégrer dans le champ d'application des interdictions de recevoir des dons, legs et avantages financiers de toute nature les professions relevant du secteur des services à domicile et d'aide à la personne, les associations et les bénévoles intervenant auprès de personnes âgées et handicapées à leur domicile ou des établissements dans lesquels elles seraient placées.

#### **1. La nécessaire protection patrimoniale des personnes âgées et handicapées en situation de vulnérabilité**

Le principe premier légitimant les dons et legs entre personnes est la **capacité du donateur** tel qu'il est défini à l'article 902 du code civil qui prévoit que « *toutes personnes peuvent disposer et recevoir soit par donation entre vifs, soit par testament, excepté celles que la loi en déclare incapables* ». Indépendamment de la protection juridique des personnes dont l'état physique ou psychologique est altéré relevant des régimes de protection des majeurs, la loi prévoit des dispositifs visant à prévenir la captation des biens des personnes âgées qui sans être frappées d'incapacité, s'avèrent particulièrement vulnérables. Cette protection se fonde sur le **régime des incapacités spéciales à recevoir** qui a été **progressivement élargi**.

##### *a. Les dispositions l'article 909 du code civil*

En premier lieu l'article 909 du code civil prévoit une incapacité spéciale à recevoir pour les **professionnels médicaux et pharmaciens, les professionnels de soins ou personnels curatif, les ministres du culte** ainsi que les **mandataires judiciaires à la protection des majeurs** et les personnes morales au nom desquelles ils exercent leurs fonctions. Ceux-ci ne peuvent bénéficier de dons, en argent ou en nature, ou être désigné comme destinataire testamentaire d'une personne malade pour qui ils auraient prodigué des soins ou une assistance au cours de la pathologie ayant causé le décès. En effet, les relations particulières qui lient les personnes âgées en fin de vie à ces professionnels peuvent faire redouter un abus de position prééminente et d'influence. Les dons ou legs obtenus dans ces circonstances sont entachés d'une présomption irréfragable de captation, qui rend donc impossible de prouver l'absence d'influence négative ou de mauvaises intentions. Il en résulte la nullité relative de l'acte : les parties ayant intérêt à l'annulation ont un délai d'action de cinq ans.

Deux exceptions sont prévues : d'une part les libéralités rémunératoires pouvant faire office d'honoraires pour services rendus, d'autre part des libéralités

autorisées dans le cas où le donateur et le bénéficiaire auraient un lien de parenté allant jusqu'au quatrième degré.

Dans sa rédaction issue du code civil de 1803, l'article 909 excluait les seuls médecins, chirurgiens, pharmaciens, les professionnels assurant la gestion des affaires du malade de son vivant (principalement les notaires) et les ministres du culte. Afin de prendre en compte l'évolution de l'environnement social, notamment l'allongement de l'espérance de vie qui a entraîné une augmentation du nombre de personnes âgées prises en charge par des tiers à domicile ou en établissements spécialisés, une première extension de l'incapacité de recevoir a été réalisée par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs. Son article 9 a étendu le champ d'application de l'article 909 du code civil aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs ainsi qu'aux personnes morales au nom desquelles ils exercent leurs fonctions <sup>(1)</sup>.

***b. La protection des personnes âgées et handicapées hébergées en dehors de leur domicile***

Les personnes âgées et handicapées accueillies ou soignées en dehors de leur domicile, chez un tiers disposant d'un agrément organisant l'accueil de personnes âgées et handicapées à titre onéreux ou dans un établissement d'hébergement social ou médico-social autorisé ou déclaré, sont protégées par des dispositions particulières.

L'article L. 443-6 du code de l'action sociale et des familles applique aux accueillants familiaux et à leurs proches l'interdiction de recevoir des libéralités définies à l'article 909 du code civil. S'agissant des établissements d'hébergement, l'article L. 331-4 du code de l'action sociale et des familles prohibe d'une manière plus stricte les dons ou legs : l'interdiction n'est pas subordonnée au fait que les donations aient été effectuées lorsque la personne était atteinte du mal qui a provoqué son hébergement ou son décès. De plus l'ensemble des personnels de l'établissement sont concernés par l'incapacité de recevoir qui frappe « *les personnes physiques propriétaires, administrateurs ou employés des établissements [établissements hébergeant, à titre gratuit ou onéreux, des mineurs, des personnes âgées, des personnes handicapées ou inadaptées ou en détresse]* ». Enfin l'article 1125-1 du code civil apporte une protection patrimoniale supplémentaire en frappant de nullité toute acquisition de biens appartenant à une personne âgée hébergée dans un établissement social, médico-social ou dispensant des soins psychiatriques, qui, sauf autorisation de justice, auraient été réalisée au bénéfice de leurs personnels.

---

(1) Concernant les professions de santé, ce principe constitue également une interdiction déontologique inscrite à l'article 52 du code de déontologie et codifiée à l'article R. 4127-52 du code de la santé publique. Reprenant l'interdiction de bénéficier de dispositions entre vifs et testamentaires énoncée à l'article 909 du code civil, le code de déontologie ajoute pour les professionnels de santé concernés la défense de tirer parti de leur influence conférée par leur statut auprès de leur patient « pour obtenir un mandat ou contracter à titre onéreux dans des conditions qui lui seraient anormalement favorables ».

## **2. Le régime des incapacités spéciales ne couvre pas l'ensemble des personnes pouvant intervenir auprès des personnes âgées fragiles**

Si la réforme réalisée par la loi 5 mars 2007 a permis d'intégrer une partie non négligeable des professionnels en contact direct et prolongé avec les personnes âgées, cette extension demeure lacunaire dans la mesure où les auxiliaires de vie (professionnels ou bénévoles) qui accompagnent, assistent ou réconfortent les personnes accompagnées à domicile ou en établissement, ne sont pas concernés par l'interdiction de recevoir.

Une intervention du législateur est nécessaire car la jurisprudence de la cour de cassation interprète de façon stricte les dispositions de l'article 909 du code civil et n'applique le régime de l'incapacité de recevoir qu'aux personnes qui y sont mentionnées expressément <sup>(1)</sup>.

Par exemple, dans un arrêt du 25 septembre 2013, la Cour de cassation a jugé qu'une aide-ménagère, dont la profession n'est pas habilitée à prodiguer les soins autorisés pour les professionnels de santé visés par l'article 909 du code civil, n'est pas frappée d'incapacité à recevoir des libéralités <sup>(2)</sup>. Or, il s'agit précisément des personnes les plus à même d'exercer une telle influence et d'abuser de leur position. Ainsi selon un rapport de la mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires <sup>(3)</sup>, un risque important de captation de biens provient des auxiliaires bénévoles effectuant des visites au sein des EHPAD, « *qui peuvent profiter de l'absence de vigilance de la direction de l'établissement ou de la carence de la famille, pour instaurer une relation de confiance, voire affective, avec la personne et lui soutirer des dons, legs, remises en nature, avantages financiers, etc.* ».

Les dispositifs de protection souffrent également d'un manque de cohérence et paraissent mal articulés, nourrissant ainsi un important contentieux successoral. À titre d'exemple, une personne âgée hébergée dans un établissement de santé ne peut gratifier une aide-soignante <sup>(4)</sup> tandis qu'une dame âgée peut désigner le directeur d'une maison de retraite comme destinataire testamentaire à partir du moment où elle n'y réside plus <sup>(5)</sup>.

Par ailleurs, la condition de traitement ou de soins prodigués au cours de la dernière maladie de la personne décédée constitue un obstacle à l'application de l'interdiction de recevoir. L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes requièrent l'intervention d'auxiliaires de vie : cette intervention n'est pas forcément concomitante de l'apparition de pathologies débouchant sur le décès de la personne mais plutôt de maladies chroniques entraînant une perte d'autonomie et des difficultés à réaliser des gestes quotidiens.

---

(1) *Req. 12 mai 1931, DH 1931.*

(2) *Cour de cassation, Civ. 1re, 25 sept. 2013.*

(3) *MIVILUDES, Rapport annuel 2011-2012, publié le 25 avril 2013.*

(4) *Cass. 1<sup>er</sup> civ., 31 mai 1989.*

(5) *Cass. 1<sup>er</sup> civ., 24 octobre 2000.*

### **3. L'unification et l'élargissement des dispositifs de protection patrimoniale des personnes âgées et handicapées vulnérables**

Le **I** du présent article regroupe en un seul article L. 116-4 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles l'ensemble des dispositions relatives aux incapacités spéciales de recevoir des libéralités à titre gratuit ou des dispositions testamentaires définis aux articles L. 331-4 et L. 443-6 du code de l'action sociale et des familles.

Un article unique prévoyant les différents cas d'incapacité de recevoir favorisera ainsi une application plus uniforme des dispositifs en en corrigeant les défauts d'articulation. En conséquence, le **II** prévoit l'abrogation des articles L. 331-4 et L. 443-6 du code de l'action sociale et des familles.

Le **I** prévoit également l'élargissement du régime des incapacités spéciales à l'ensemble des soignants et intervenants auprès des personnes âgées employés pour l'accomplissement de tâches relatives à l'aide et aux services à domicile et/ou aux travaux domestiques. Il couvre donc tous les employés et bénévoles intervenant dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux ainsi, que tous les salariés à domicile même quand ils n'assurent pas des services « sensibles » mentionnés au 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail.

Le nouvel article L. 116-4 étend également l'interdiction de recevoir des libéralités à la durée de la prise en charge, de l'accueil ou de l'accompagnement. Cette mesure a été proposée en 2003 par le doyen Carbonnier dans sa proposition de réforme du code civil <sup>(1)</sup>.

Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, les personnes âgées resteraient libres de continuer à faire des cadeaux d'usage en argent ou en nature aux personnes visées par l'incapacité de recevoir. L'article 852 du code civil précise que « *le caractère de présent d'usage s'apprécie à la date où il est consenti et compte tenu de la fortune du disposant* ».

La jurisprudence exige du cadeau d'usage qu'il soit fait à l'occasion d'un événement précis dans des proportions raisonnables à hauteur des ressources et sans se traduire par un appauvrissement du donataire. Afin de le distinguer des donations masquées, le plafond de 2 % à 2,5 % du patrimoine du donateur est généralement retenu.

Dans tous les cas de figure, l'incapacité de recevoir est limitée à la période de prise en charge ou d'accompagnement de la personne aidée. Cette dernière pourra donc, à l'issue de cette période, contribuer au financement de l'association par des dons ou legs dont relevait l'établissement ou le service médico-social.

Votre rapporteure est favorable à cette clarification attendue par les professionnels.

---

(1) J. Carbonnier, P. Catala, J. de Saint-Affrique et G. Morin, « Des libéralités, Une offre de loi », « article 907 nouveau », *Defrénois* 2003, p. 27.

Cependant, votre rapporteure relève que le régime de l'incapacité spéciale de recevoir des libéralités de l'article 909 du code civil ne vise pas des intervenants non reconnus comme professions médicales, paramédicales ou psychologiques à part entière, tels que les ostéopathes et chiropracteurs ou les praticiens de médecines douces ou dites traditionnelles alors que leur intervention peut être justifiée par l'état de santé ou psychologique de la personne aidée.

De même, les gestionnaires, personnels, intervenants et bénévoles qui exercent leurs missions au sein d'établissements sanitaires accueillant des personnes âgées régis par le code de santé publique ne sont pas visés. Or les personnes accueillies y sont soumises aux mêmes risques d'influence et de captation patrimoniale.

Enfin, il est toujours possible d'effectuer des dons et legs postérieurement à la prise en charge ou à l'accompagnement de la personne. Le soupçon d'influence sur le donateur peut donc se prolonger dans le temps, ce qui peut être défavorable pour les associations bénéficiaires de legs. La mise en place de fonds juridiquement indépendants des associations les ayant créés pour recueillir les donations et legs permettrait de lever cet obstacle et devrait être encouragée.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, outre un amendement rédactionnel de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement des commissaires du groupe Ecolo, sur avis favorable de la rapporteure, qui précise que le régime des incapacités spéciales s'applique aux bénévoles relevant non des seules associations mais de l'ensemble des organismes intervenant auprès des personnes âgées.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS171 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** Les bénévoles peuvent relever de structures qui ne sont pas des associations, comme des congrégations, fondations ou mutualités. Si donc on veut réellement protéger les personnes âgées en empêchant les bénévoles d'être bénéficiaires des dispositions à titre gratuit entre vifs ou testamentaires prises en leur faveur par les personnes prises en charge, il convient que la mesure s'applique à tous les bénévoles.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS341 de la rapporteure.*

*Elle adopte ensuite l'article 23 modifié.*

*Après l'article 23*

*La Commission est saisie de l'amendement AS75 de M. Patrick Hetzel.*

**M. Gilles Lurton.** Sur les diverses personnes intervenant chez les personnes âgées, des abus de confiance peuvent se produire et les héritiers peuvent être écartés de la succession par des professionnels qui se sont occupés des testataires. L'amendement a donc pour objet d'exclure toute personne qui, à titre professionnel, aurait soigné, assisté ou hébergé une personne pendant la maladie dont elle meurt, afin de protéger ses héritiers directs.

**Mme la rapporteure.** La question est pertinente, et je l'ai d'ailleurs relevée dans le commentaire de l'article 23. L'incapacité spéciale de recevoir des libéralités, prévue par l'article 909 du code civil, ne vise pas des intervenants non reconnus comme professions médicales, paramédicales et psychologiques à part entière, comme les ostéopathes, chiropracteurs et praticiens de médecines douces. Les gestionnaires, personnels et intervenants bénévoles qui exercent leur mission au sein d'établissements sanitaires accueillant des personnes âgées ne sont pas visés non plus. Or les personnes âgées sont soumises au même risque d'influence et de captation patrimoniale que les personnes handicapées. J'ai donc demandé au ministère la communication d'éléments d'expertise, afin de mieux étudier cette question. L'amendement doit cependant être précisé pour être le plus proportionné possible aux enjeux. Je demande donc son retrait et déposerai un amendement sur cette question lors de l'examen du texte en séance publique.

**M. Gilles Lurton.** Compte tenu du nombre de signataires de cet amendement, je le maintiens, mais nous sommes prêts à discuter de la question.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable, donc.

*La Commission rejette l'amendement.*

#### *Article 24*

(Art. 911 du code civil)

### **Nullité des dons et legs adressés à des personnes morales par simulation ou interposition**

Le présent article modifie l'article 911 du code civil afin d'intégrer les personnes morales dans le dispositif prévenant le contournement des incapacités de recevoir à titre gratuit : il s'appliquera donc aux associations et aux établissements sociaux ou médico-sociaux accueillant des personnes âgées.

## **1. La nullité du contournement de l'incapacité à recevoir par personne physique ou morale interposée**

Ainsi que votre rapporteure l'a rappelé au commentaire de l'article 23, l'article 909 du code civil prévoit une incapacité spéciale à recevoir pour les professionnels médicaux et pharmaciens, les professionnels de soins ou personnels curatifs, les ministres du culte ainsi que les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les personnes morales au nom desquelles ils exercent leurs fonctions. Des donateurs ou les personnes incapables de recevoir peuvent dès lors chercher à contourner l'obstacle au moyen de subterfuges visant à masquer les dons ou legs ou leur destinataire réel.

Il peut s'agir premièrement d'une simulation, c'est-à-dire du déguisement d'un acte prohibé en un acte autorisé, par exemple au moyen du transfert d'un bien, à titre gratuit, sous le couvert d'une vente à une personne incapable de recevoir. En deuxième lieu, le contournement peut revêtir la forme d'une interposition de personnes physique ou morale dans le but de dissimuler l'identité du véritable gratifié. Dans ce cas la libéralité est adressée à un tiers qui n'est pas frappé d'incapacité mais dont le rôle est de transmettre les dons ou legs à la personne incapable. Enfin, les deux stratagèmes peuvent être combinés : la libéralité peut être camouflée en contrat à titre onéreux et faite par personne interposée.

En conséquence, l'article 911 du code civil impose la nullité des moyens mis en œuvre pour échapper à l'interdiction de recevoir.

## **2. L'absence des personnes morales incapables de recevoir dans le champ de la nullité des libéralités par simulation ou interposition**

Dans sa rédaction issue de la loi du 13 mai 1803, l'article 911 du code civil disposait que « *toute disposition au profit d'un incapable sera nulle, soit qu'on la déguise sous la forme d'un contrat onéreux, soit qu'on la fasse sous le nom de personnes interposées.* »

Ces dispositions, inchangées pendant plus de deux siècles, et qui pouvaient s'appliquer aux personnes morales telles que les établissements et services sociaux ou médico-sociaux, ont été modifiées par l'article 10 de la loi n° 2006-728 du 23 juin 2006 portant réforme des successions et des libéralités : à la notion d'« *incapable* », pourtant suffisamment englobante, le législateur a substitué celle de « *personne physique, frappée d'une incapacité de recevoir à titre gratuit* ».

L'examen des travaux législatifs <sup>(1)</sup> révèle qu'il s'agissait ainsi de clarifier les règles de protection des majeurs ne jouissant plus de leur capacité juridique (en particulier les personnes handicapées), contre les manœuvres de leurs proches,

---

(1) Assemblée nationale, Rapport n° 2850 de M. Sébastien Huyghe, fait au nom de la commission des lois, déposé le 8 février 2006.



dans les cas où seraient mises en place des libéralités dont l'incapable ne serait que le bénéficiaire fictif et eux-mêmes les bénéficiaires réels. Pour de tels actes, les donations devraient donc être autorisées par le juge des tutelles, spécialement habilité à défendre les intérêts de l'incapable.

Mais cette précision a eu pour effet d'exclure les personnes morales du champ de la nullité des libéralités par simulation ou interposition.

Pourtant le même article 10 de la loi portant réforme des successions et des libéralités a bien précisé que la notion de « *personnes interposées* » vise désormais les personnes « *physiques ou morales* » : la nullité frappe ainsi les libéralités faites au profit d'un incapable avec interposition d'une société-écran dans laquelle les proches de l'incapable pourraient avoir des intérêts directs, telles des sociétés civiles immobilières. Mais les personnes morales frappées d'incapacité n'ont pas figuré dans la nouvelle définition des destinataires de la libéralité par simulation ou interposition.

### **3. L'intégration des personnes morales frappées d'incapacité dans le champ d'application de l'article 911 du code civil**

En s'inscrivant dans la continuité du dispositif prévu au I de l'article 23 le présent article permet d'établir sans ambiguïté que les règles prévenant le contournement des incapacités de recevoir à titre gratuit s'appliquent aux personnes morales frappées d'incapacité de recevoir.

Il précise à l'article 911 du code civil que la personne frappée d'une incapacité de recevoir à titre gratuit peut être une personne physique « *ou une personne morale* ». Cette disposition va ainsi compléter et renforcer la protection patrimoniale des personnes âgées et handicapées en situation de vulnérabilité.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 24 sans modification.*

#### *Article 25*

(Art. L 331-8-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

#### **Obligation de signalement des situations de maltraitance**

L'article 25 instaure une obligation de signalement des situations de maltraitance et l'applique à l'ensemble des établissements et services mettant en œuvre une action sociale et médico-sociale et relevant, à ce titre, du livre troisième du code de l'action sociale et des familles.

Un article L. 331-8-1 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles est établi afin de fournir la première définition légale des situations pouvant entraîner la maltraitance des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux

et justifiant, dès lors, un signalement aux autorités compétentes par les services concernés.

La définition projetée vise à mieux prendre en compte l'origine institutionnelle de la maltraitance et élargit donc aux institutions les obligations de signalement des actes de violence, ou de négligence, déjà applicables au plan individuel, en vertu du droit commun.

- *Les obligations de signalement préexistantes*

La maltraitance de l'utilisateur d'un établissement ou service social ou médico-social peut avoir une origine directement délictuelle : il s'agit alors d'actes de violence ou de négligence envers des personnes en état de vulnérabilité occasionné par « *l'âge, une maladie, une infirmité* » selon l'article 223-15-2 du code pénal. L'obligation de signalement est prévue par les articles 434-1 et 434-3 du même code : elle s'applique à quiconque en a connaissance. L'article 40 du code de procédure pénale prévoit en outre l'obligation pour les détenteurs de l'autorité publique ou les fonctionnaires de signaler tous les crimes et délits dont ils ont connaissance.

Des dispositifs de protection des personnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux visent à lever les obstacles au signalement. L'article 48 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a établi un article L. 313-24 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit que « *le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant* ». Sont expressément visées toutes les mesures relatives à son emploi et à sa carrière professionnelle.

Au demeurant, les fonctionnaires amenés à signaler des situations de mauvais traitement du fait de leurs missions sont protégés au titre de l'article 11 de la loi n° 83-634 du 11 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

Enfin l'article 226-14 du code pénal libère les professionnels de santé de leur obligation de secret quand les victimes sont mineures ou vulnérables, et interdit les sanctions disciplinaires dans ce cas. Et selon l'article 44 du code de déontologie médicale, si le médecin discerne qu'un patient est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection.

- *Les cas de la maltraitance d'origine institutionnelle*

Aux formes de violences individuelles, intentionnelles ou non, qui imposent le signalement ou le témoignage conformément aux voies du droit commun, s'ajoutent cependant des situations de maltraitance d'origine plus diffuse

dues à l'organisation d'un service. Elles appellent un signalement par les responsables de ce dernier.

Les défauts d'organisation des services peuvent occasionner en effet la maltraitance « *institutionnelle ou passive* »<sup>(1)</sup>. Les carences de la structure provoquent la négligence professionnelle et le délaissement face à la douleur ou à l'isolement, ou encore une organisation erratique du service et le non-respect des protocoles. La mauvaise appréhension des risques psycho-sociaux subis par les personnels dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, en particulier dépendantes, constitue par exemple un facteur organisationnel de maltraitance.

Ces dysfonctionnements constituent dès lors une atteinte grave et renouvelée aux droits fondamentaux définis à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit que « *les personnes accueillies en établissement ont droit au respect de leur dignité, leur intégrité physique et morale, leur vie privée, leur intimité et leur sécurité* ».

- *Les situations visées et les structures concernées*

L'article L. 331-8-1 (nouveau) prévoit tout d'abord une obligation de signalement 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* ». Cette première partie de la définition recouvre clairement l'origine institutionnelle de la maltraitance.

S'y ajoute « *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* » ce qui regroupe tant certaines conséquences de dérives organisationnelles que les actions individuelles proprement délictuelles.

L'obligation de signalement s'applique tout d'abord à l'ensemble des services et établissements sociaux et médico-sociaux qui se voient délivrer « *l'autorisation prévue à l'article L. 313-1* » du code de l'action sociale et des familles. L'autorité compétente varie selon la catégorie de population accompagnée par la structure, l'origine des financements ou la nature des prestations. Selon ces critères, il peut s'agir du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), du président du conseil général ou du préfet de région. La délivrance de l'autorisation peut émaner de plusieurs autorités en cas de compétences conjointes.

L'obligation de signalement s'applique également aux « *lieux de vie et d'accueil* » : il s'agit de petites structures de prise en charge de publics vulnérables. Ceux qui ne relèvent pas des établissements sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation font l'objet d'une simple déclaration préalable dans

---

(1) Haute autorité de la santé (HAS), *Étude de Claire Compagnon et Véronique Ghadi sur la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé -octobre 2009.*

deux situations expressément visées par le présent article : les lieux d'accueil d'enfants pour lesquels l'article L. 321-1 prévoit que la déclaration est adressée au président du conseil général ; les lieux d'accueil d'adultes définis à l'article L. 322-1, catégorie pour laquelle l'article R. 322-3, issu d'un décret n° 72-990 du 23 octobre 1972 prévoit que la déclaration « *doit être déposée deux mois avant l'ouverture à la préfecture ou au conseil général du lieu de l'établissement* ».

Les responsables de ces différentes structures sont tenus d'effectuer le signalement « *sans délai* » aux autorités compétentes pour leur délivrer l'autorisation de fonctionnement ou recevoir leur déclaration. Un décret en Conseil d'État précisera les conditions dans lesquelles les chefs d'établissements pourront remplir cette obligation.

- *Les conséquences en matière de contrôle*

L'instauration de cette obligation de signalement vient à l'appui d'un dispositif de contrôle développé sur une base conventionnelle dans le cadre du dispositif régional de veille et d'alerte mis en place dans chaque ARS depuis 2010.

Des protocoles de signalement des événements indésirables survenus ont ainsi été signés avec les établissements relevant des ARS. Un centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) traite les incidents revêtant une particulière gravité au moyen du système d'information sanitaire des alertes et crises (SISAC). Le suivi de ce système est assuré par les référents en matière de lutte contre la maltraitance désignés dans chaque ARS qui définit des mesures correctrices ou préconise la saisine du procureur de la République.

En tout état de cause, les différentes autorités disposent des pouvoirs de sanction précisés dans l'encadré ci-après.

L'article L 313-13 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les autorités ayant délivré les autorisations peuvent diligenter des contrôles, à titre préventif ou inopiné, ainsi que des inspections faisant suite à des signalements ou des réclamations. Elles disposent à cet effet des moyens d'inspection et de contrôle de l'ARS.

Elles peuvent demander l'ouverture d'un contrôle afin « *d'apprécier l'état de santé, la sécurité, l'intégrité ou le bien-être physique ou moral des bénéficiaires accueillis* ». S'ils « *sont menacés ou compromis par les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement de l'établissement* », l'article L. 331-5 prévoit que l'autorité compétente doit préalablement formuler des injonctions administratives aux responsables de la structure afin de « *remédier aux insuffisances, inconvénients ou abus dans le délai qu'il leur fixe à cet effet* ».

Passé le délai, l'absence de suivi des injonctions est sanctionnée par la fermeture totale ou partielle, définitive ou provisoire de la structure. En cas d'urgence ou refus de soumission du gestionnaire au contrôle, la fermeture immédiate et à titre provisoire est prononcée sans injonction par arrêté motivé.

- *Les conséquences en matière de prévention*

L'obligation instaurée par le présent article, en reconnaissant l'origine « organisationnelle » de la maltraitance, constitue un levier de promotion de la bientraitance. Elle doit permettre aux autorités d'améliorer leur connaissance des risques encourus lors de tout accompagnement d'une personne fragilisée par un établissement ou service social et médico-social.

L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux a défini cette notion comme une « culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant à l'esprit le risque de maltraitance ». Il s'agit donc de rechercher une individualisation et une personnalisation des prestations.

La Haute autorité de santé a ainsi intégré dans son manuel de certification un critère de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance. Parmi les bonnes pratiques proposées figurent des évaluations internes, réalisées à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation de la bientraitance, et des évaluations externes précisées par une instruction du 31 décembre 2013 de la direction générale de la cohésion sociale du ministère des affaires sociales et de la santé.

Votre rapporteure souligne que la promotion de la bientraitance repose en grande partie sur la formation et la sensibilisation des personnels des services ainsi que des personnels encadrants. L'objectif fixé par le projet de loi de renforcer les services d'aide et d'accompagnement à domicile sous la forme d'un conventionnement autour d'objectifs de qualification professionnelle contribue ainsi à la promotion de la bientraitance.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de la rapporteure prévoyant que l'obligation de signalement des situations de maltraitance s'applique non seulement dans les cas de « prise en charge » de la personne, terme utilisé pour les seuls accueils en établissement, mais également en cas d'« accompagnement » des personnes, terme utilisé tant pour les personnes accueillies en établissements que pour les usagers des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Sur proposition de la rapporteure, la commission a en outre adopté un amendement étendant l'obligation de signalement des situations de maltraitance aux services d'aide et d'accompagnement à domicile bénéficiant de l'agrément préfectoral au titre des services à la personne.

\*

\* \*

*La Commission **adopte** l'amendement de précision AS343 de la rapporteure.*

*Puis elle examine l'amendement AS342 de la même auteure.*

**Mme la rapporteure.** Les services d'aide et d'accompagnement à domicile soumis à l'agrément suivant des critères de qualité prévu par le code du travail et délivré par le préfet ne sont pas soumis à l'obligation de signalement des situations de maltraitance aux autorités administratives compétentes. Or ces services interviennent dans près de 10 % des accompagnements à domicile, en particulier dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ils ne sauraient donc se soustraire à l'obligation instaurée pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, qui relève de la procédure d'autorisation.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 25 **modifié**.*

#### *Article additionnel après l'article 25*

*(Article 2-8 du code de procédure pénale)*

### **Possibilité pour les associations de défense de personnes âgées de se porter partie civile**

Sur proposition des commissaires du groupe Ecolo, sur avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel qui modifie l'article 2-8 du code de procédure pénale afin d'élargir aux associations de défense des personnes âgées la possibilité de se porter partie civile.

*La Commission est saisie de l'amendement AS172 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** L'amendement vise à renforcer le code de procédure pénale dans le sens d'une meilleure protection des personnes âgées. En effet, alors qu'une disposition de ce code permet aux associations de défense des personnes handicapées et malades de se porter partie civile, rien de tel n'est prévu pour les associations de défense des personnes âgées, qui peuvent pourtant être vulnérables. L'amendement a donc pour objet de donner ce droit aux associations de défense des personnes âgées.

**Mme la rapporteure.** Cet élargissement de l'accès au juge pour les associations de défense des personnes âgées est utile. L'article 2-8 du code de procédure pénale prévoit que ces associations doivent être régulièrement déclarées

depuis au moins cinq ans, ce qui est une garantie de sérieux. J'émet donc un avis favorable à l'amendement.

*La Commission adopte l'amendement.*

### *Section 3* **Protection juridique des majeurs**

#### *Article 26*

(Art. L. 471-6 et L. 471-8 du code de l'action sociale et des familles)

#### **Généralisation de l'obligation de délivrance du document individuel de protection des majeurs**

Cet article étend l'obligation de formalisation d'un document individuel de protection des majeurs à l'ensemble des mandataires judiciaires à la protection des majeurs afin de mieux organiser les modalités d'information et de participation du majeur protégé. Il apporte les modifications nécessaires au chapitre 1<sup>er</sup>, relatif aux dispositions communes aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs, du titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles.

#### **1. Les majeurs protégés ne disposent pas des mêmes droits selon les mandataires judiciaires auxquels ils sont confiés**

Héritières des lois n° 66-774 du 18 octobre 1966 relative aux tutelles et aux prestations sociales et n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, rénovées par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, les missions des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) sont définies à l'article L. 471-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les MJPM « *exercent à titre habituel les mesures de protection des majeurs que le juge des tutelles leur confie au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire* ».

#### **a. Les garanties applicables à l'ensemble des mandataires judiciaires à la protection des majeurs**

Tout majeur protégé dont les intérêts sont confiés à une mandataire judiciaire bénéficie de garanties. Selon l'article 450 du code civil, le mandataire judiciaire est désigné par le juge des tutelles pour assurer une mesure de protection judiciaire lorsque les parents ou proches du majeur concerné ne peuvent s'en charger : dès lors ; il ne peut refuser d'accomplir les actes urgents que commande l'intérêt de la personne protégée, notamment les actes conservatoires indispensables à la préservation de son patrimoine.

En vertu de l'article L. 471-4 du code de l'action sociale et des familles, la fonction de mandataire est soumise à des conditions de moralité – c'est-à-dire d'absence de sanctions pénales –, des conditions d'âge, ainsi que de formation et expérience professionnelle. La direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) délivre un agrément permettant d'exercer les fonctions et d'être inscrit sur la liste de professionnel concourant à la mise en œuvre du Schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs établi par le représentant de l'État dans le département.

L'article 425 du code civil prévoit que « *toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique* ». La mesure est destinée à la protection tant de la personne que de ses intérêts patrimoniaux. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions.

La mesure de protection peut consister à placer sous la sauvegarde de justice, définie à l'article 433 du code civil, la personne qui a besoin d'une protection juridique temporaire ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés.

S'il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante, deux mesures de protection judiciaires renforcées sont définies à l'article 440 du code civil : la personne qui, sans être hors d'état d'agir elle-même, a besoin, d'être assistée ou contrôlée d'une manière continue dans les actes importants de la vie civile peut être placée en curatelle.

Enfin, la personne qui doit être représentée d'une manière continue dans les actes de la vie civile, peut être placée en tutelle qui n'est prononcée que s'il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante.

Les MJPM sont en premier lieu **des services autorisés, spécialisés dans la mise en œuvre des mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire**, définis au 14° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles: il s'agit dont principalement d'**établissements sociaux et médico-sociaux**.

Mais les MJPM peuvent également être des **mandataires exerçant à titre individuel, disposant d'un agrément** prévu à l'article L. 472-1 code de l'action sociale et des familles : ils constituent l'essentiel des personnes physiques mandataires judiciaires à la protection des majeurs. En outre, cette catégorie des « **personnes physiques** » est complétée par un cas de figure, prévu par l'article L. 472-6 du même code : un établissement hébergeant des majeurs mais non spécialisé dans la mise en œuvre des mesures de protection, plutôt que de recourir à un service spécialisé, peut choisir de désigner un de ses agents en qualité de personne physique « préposée d'établissement », sous réserve qu'il réponde aux mêmes exigences que les mandataires individuels agréés.

Pour ces deux catégories d'intervenants, la loi a défini des obligations d'information de la personne protégée et de recherche de son consentement. Ainsi l'article L. 471-6, dans sa rédaction issue de l'article 14 de la loi n° 2007-308 du



5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, dispose qu'« afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance », le mandataire judiciaire à la protection des majeurs remet à la personne protégée une notice d'information à laquelle est annexée une **charte des droits de la personne protégée**, définie à l'annexe 4-3 du décret n° 2008-1556 du 31 décembre 2008 relatif aux droits des usagers des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales. Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas d'en mesurer la portée, la notice est remise 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 le mandataire connaît l'existence.

***b. La remise du document individuel de protection des majeurs aux seules personnes protégées par des services spécialisés***

Les services mandataires de la protection judiciaires des majeurs sont soumis à des obligations spécifiques envers les personnes qu'ils protègent, conformément aux dispositions de la loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui ont renforcé les droits des usagers des établissements. Outre la notice d'information et la charte des droits de la personne protégée, les mandataires rattachés à des établissements et services médico-sociaux doivent remettre à la personne concernée ou à un tiers, dans les conditions définies à l'article L. 471-8 du code de l'action sociale et des familles, le document individuel de protection des majeurs (DIPM).

Le contenu du DIPM et les modalités d'application ont été précisées par le décret n° 2008-1556 du 31 décembre 2008 codifié à article D. 471-8 du CASF. Le document individuel comprend ainsi

- les motifs de la nature de la mesure de protection et ses objectifs ;
- la définition de l'accueil et de la prise en charge du protégé dans le service ainsi que le cadre des échanges et relations avec le service ;
- les conditions de participation financière du protégé, le cas échéant ;
- la participation du bénéficiaire de la mesure de protection à l'élaboration du document quand il est en capacité de le faire.

Lorsque la personne protégée est prise en charge dans un établissement médico-social, ce document a la même valeur que le document individuel de prise en charge qui présente une liste décrivant les prestations et leurs coûts. Formalisé lors de l'admission de la personne prise en charge, il doit lui être remis dans les quinze jours suivant son entrée en établissement. Afin de garantir l'expression de leurs volontés, un récépissé<sup>(1)</sup> doit être signé par l'intéressé. Enfin, le DIPM est révisé tous les cinq ans afin de prendre en compte de l'évolution des besoins.

Ce document est un outil au service de la garantie des droits et libertés individuelles de la personne prise en charge : il présente l'avantage d'être

---

(1) Annexe 4-4 du code de l'action sociale et des familles créée par le décret du 31 décembre 2008.

personnalisé, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles définies par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)<sup>(1)</sup>. Il permet de prendre en compte les attentes du majeur protégé dans la construction des mesures qui lui sont appliquées. L'obligation de participation du majeur, le respect de son autonomie et la prise en considération de ses besoins répondent aux exigences de qualité de la prise en charge et d'accompagnement du protégé énoncées à l'article L 311-3 du code de l'action sociale et des familles.

Or cette obligation applicable aux services mandataires de la protection judiciaires des majeurs n'a pas été étendue à l'ensemble des mandataires par la loi du 5 mars 2007. L'obligation de formalisation et de transmission du document individuel est ainsi propre à la prise en charge en établissement public social ou médico-social. Les MJPM personnes physiques, c'est-à-dire exerçant leur mandat à titre individuel ou en tant que préposés d'établissement sont exemptés de cette obligation. En effet, dans sa rédaction actuelle, l'article L. 471-6 du code de l'action sociale et des familles ne prévoit, pour l'ensemble des mandataires judiciaires, que la transmission d'une notice d'information comprenant en annexe une charte des droits de la personne protégée.

Sur environ 750 000 majeurs protégés 2011, 48 % des tutelles et curatelles sont confiées à un membre de la famille : dans 52 % des cas, la famille ne pouvant ou ne souhaitant pas exercer la mesure de protection, elle est confiée aux mandataires judiciaires qui exercent environ 360 000 mesures. 90 % d'entre elles, soit 330 000 sont confiées à près de 250 services MJPM. Les 30 000 mesures restantes relèvent de près de 1 400 mandataires individuels auxquels, selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, s'ajoutaient 573 personnes préposées d'établissement au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Il en résulte donc une rupture d'égalité entre les personnes sous protection judiciaire, les droits d'une minorité d'entre elles, dont le mandataire judiciaire est une personne physique agréée, n'étant pas garantis de la même manière que pour celles qui relèvent des services autorisés.

## **2. L'extension de l'obligation de réaliser un DIPM aux mandataires individuels et aux préposés d'établissement**

Le dispositif institué par le présent article vise à garantir les droits des personnes prises en charge en rendant l'élaboration du DIPM et sa transmission à l'intéressé obligatoire pour l'ensemble des mandataires, personnes physiques comme personnes morales.

À l'alinéa 2, le 1<sup>o</sup>) modifie l'article L 471-6 afin de prévoir que deux documents sont remis personnellement au majeur protégé lorsque son état physique et psychologique lui permet d'en comprendre l'intérêt. Il s'agit d'une

---

(1) « Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique », Anesm, avril 2012.

part, à l'alinéa 4, de la notice d'information à laquelle est jointe une charte des droits de la personne protégée et d'autre part, à l'alinéa 5, du DIPM. L'alinéa 7 précise que copie des documents doit être envoyée à la personne concernée de façon à pouvoir attester de leur date de réception.

Il est précisé que le DIPM vaut, « *le cas échéant* » document individuel de prise en charge en établissement prévu à l'article L. 311-14, et qui ne concerne que les MJPM rattachés à des établissements.

Dans la nouvelle rédaction envisagée, il n'est plus mentionné que les documents sont remis « *afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance* » : cette mention figure en effet à l'article L. 311-4 qui garantit les droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux. Pour les majeurs protégés par les services mandataires le renvoi est donc direct, mais il est absent pour les majeurs protégés par des mandataires personnes physiques. Dans le but, poursuivi par le présent article, d'homogénéisation des situations selon le type de mandataire judiciaire, le rétablissement de cette mention serait donc utile.

L'alinéa 6 définit le contenu du document individuel de protection des majeurs de manière à fournir des garanties adaptées à la personne protégée : le document doit définir les « *objectifs et la nature de la mesure de protection dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles* ». En cas de protection par un service autorisé, il est fait référence au « *projet de service* ». Afin de renforcer la protection patrimoniale du majeur protégé, le DIPM doit détailler 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.

Pour le cas où le majeur ne peut saisir la portée de ces documents, l'alinéa 3 du présent article prévoit qu'ils doivent alors être transmis aux membres du conseil de famille chargé d'assister la personne protégée, désignés par le juge des tutelles conformément à l'article 399 du code civil. Si ce conseil n'est pas constitué, un parent, un allié, un proche membre de l'entourage peuvent le recevoir. Dans le cas où il serait impossible de remettre le document à l'une de ces personnes, ce rôle peut revenir à la « *personne de confiance* » au sens de l'article L 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, créé par le 4° de l'article 22 du présent projet de loi.

Enfin, le 2° du présent article apporte deux modifications de coordination à l'article L. 471-8 relatif aux obligations des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs, afin de modifier les références à l'article L. 471-6 auxquelles il renvoie.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement présenté à la fois par la rapporteure, par les commissaires du groupe SRC et par les commissaires du groupe UMP qui rétablit à l'article L. 471-6 du code de l'action sociale et des familles, la mention expresse de remise du DIPM « *afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance* » : elle est ainsi rendue applicable sans ambiguïté aux mandataires judiciaires personnes physiques.

\*

\* \*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS344 de la rapporteure, AS10 de M. Dominique Tian et AS210 de M. Christophe Sirugue.*

**Mme la rapporteure.** Dans la nouvelle rédaction projetée de l'article L. 471-6 du code de l'action sociale et des familles, il n'est plus mentionné que les documents sont remis « afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance ». Cette mention figure certes à l'article L. 311-4 du même code, qui garantit les droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux : pour les majeurs protégés par les services mandataires, le renvoi est donc direct. En revanche, elle n'est pas applicable aux personnes relevant de mandataires judiciaires personnes physiques. Le présent amendement a donc pour objet de rétablir cette mention.

*La Commission adopte les amendements.*

*Puis elle examine l'amendement AS211 de M. Christophe Sirugue.*

**M. Christophe Sirugue.** L'extension de l'obligation d'établir un document individuel de protection à tous les mandataires judiciaires offre l'assurance que chaque majeur protégé pourra bénéficier de ce dispositif.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement est déjà satisfait, car l'article 471-6 régit les dispositions communes à toutes les catégories de mandataires, y compris les mandataires individuels. Je demande donc son retrait, à défaut de quoi j'émettrai un avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission adopte l'article 26 modifié.*

*Article additionnel après l'article 26*

(Art. L. 471-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

**Incompatibilité des activités de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel et de délégué mandataire**

Sur proposition de plusieurs commissaires des groupes SRC, UMP et RRDP, sur avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales adopté un article additionnel établissant, dans un article L. 471-2, nouveau, du code de l'action sociale et des familles, l'interdiction, pour les mandataires judiciaires à la protection des majeurs d'une double activité en tant que salarié et à titre indépendant.

*La Commission est saisie des amendements identiques AS111 rectifié de M. Christophe Sirugue, AS250 de Mme Bérengère Poletti et AS294 de Mme Dominique Orliac.*

**M. Christophe Sirugue.** L'amendement tend à inscrire dans la loi que l'activité de délégué mandataire judiciaire à la protection des majeurs est incompatible avec celle de mandataire judiciaire à la protection des majeurs exerçant à titre individuel. Face au développement observé au cours des dernières années, il importe en effet de clarifier les choses.

**Mme la rapporteure.** Les cumuls actuellement pratiqués sont très contestables, car les personnes formées par les associations qui deviennent mandataires judiciaires à la protection des majeurs exercent ensuite des activités en propre, au détriment parfois de ces associations et sans encadrement. On touche ici à la question des restrictions à la libre prestation de service et à la liberté d'entreprendre. J'émet donc un avis défavorable en l'état, mais nous devons réexaminer ce sujet lors de l'examen du texte en séance publique.

**M. Christophe Sirugue.** Je ne souhaite pas retirer cet amendement. Si le Gouvernement considère qu'il dispose d'éléments susceptibles de nous rassurer, il proposera de supprimer cet article additionnel.

**Mme Bérengère Poletti.** Je maintiens mon amendement AS250.

**Mme Dominique Orliac.** Et moi l'amendement AS294, car il serait dommage de retarder l'adoption d'une mesure qui va dans le bon sens.

*La Commission adopte les amendements.*

*Article 27*

(Art. L. 472-1 et L. 472-1-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

**Organisation d'appels à candidatures pour la délivrance de l'agrément des mandataires individuels**

Cet article réforme la procédure d'agrément des mandataires judiciaires à la protection des majeurs individuels décrite à l'article L. 472-1 du code de

l'action sociale et des familles. Il s'agit de la mettre en cohérence avec le schéma régional d'organisation sociale médico-sociale consacré à la protection juridique des majeurs. La procédure actuelle, qui accorde ou refuse l'agrément en fonction de l'état des besoins à la date du dépôt de la demande, est remplacée par une procédure d'appel à candidatures.

### **1. Une procédure d'agrément des mandataires déconnectée des besoins**

Les personnes physiques souhaitant exercer à titre individuel la fonction de mandataire judiciaire à la protection des majeurs doivent préalablement déposer une demande auprès des services déconcentrés de l'État <sup>(1)</sup> et auprès du procureur de la République près le tribunal de grande instance du chef-lieu de département. L'agrément peut être délivré, d'une part, si le candidat satisfait les conditions définies à l'article L. 471-4 du code de l'action sociale et des familles : absence de condamnation pour des infractions limitativement énumérées à l'article L. 133-6 du même code ; âge ; formation et expérience professionnelle. D'autre part, conformément à l'article L. 472-2, le candidat doit fournir des garanties suffisantes en matière de responsabilité civile des dommages qui seraient causés par le majeur protégé.

La délivrance ou le refus de l'agrément s'effectuent selon l'état, à la date du dépôt de la demande, du schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales prévu au b du 2° de l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles. S'inspirant des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale, ces schémas déterminent la nature et le niveau de l'offre ainsi que l'évolution des besoins de la population en la matière.

Si le nombre de mandataires judiciaires à la protection des majeurs inscrits sur la liste départementale est jugé suffisant pour répondre aux objectifs et aux besoins définis par les schémas, l'agrément n'est pas délivré. Le procureur de la République, saisi pour avis, se prononce sur l'opportunité de procéder à de nouvelles inscriptions en fonction du nombre de missions confiées aux mandataires exerçant dans son ressort : en dessous d'un certain seuil, une activité insuffisante ne permet en effet pas de préserver les compétences et les qualifications des professionnels en exercice. Ainsi, les demandes d'agrément peuvent être déposées à tout moment alors même que les listes départementales sont complètes et les missions entièrement pourvues. Le recrutement des nouveaux mandataires dépend donc essentiellement de la coïncidence du dépôt de la demande avec de nouveaux besoins.

---

(1) Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ou direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-PP).

## 2. La délivrance de l'agrément des mandataires individuels par appel à candidatures

L'article 27 met donc en place une procédure d'appel à candidatures dans le but de mieux répondre aux besoins et aux objectifs fixés par le schéma régional. En conséquence, à l'alinéa 2, le 1<sup>o</sup>) supprime les alinéas 2 à 4 de l'article L. 472-1 qui fixent la procédure actuelle : cette dernière est entièrement redéfinie au 2<sup>o</sup>) du présent article, aux alinéas 3 à 9, qui insèrent un nouvel article L. 472-1-1 prévoyant la délivrance de l'agrément après un appel à candidatures.

L'alinéa 4 détaille les étapes de la procédure : l'appel public à candidatures est lancé par le représentant de l'État dans le département qui définit un délai de dépôt ; un décret simple précisera les informations à fournir par les candidats. L'alinéa 5 maintient l'examen des candidatures au regard des conditions actuelles : moralité, âge et formation certifiée par renvoi à l'article L. 471-4 ; garanties de responsabilité civile définies à l'article L. 472-2. Mais désormais le respect de ces conditions permet seulement de passer l'étape de la **recevabilité des candidatures**.

Conformément à l'alinéa 6, les candidatures recevables font l'objet d'une sélection par le représentant de l'État dans le département, qui les classe tout d'abord en fonction de leur adéquation aux besoins et aux objectifs du schéma régional, sans changement donc avec les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 472-1 dans sa rédaction actuelle. Mais de nouveaux critères sont ajoutés : définis par décret en Conseil d'État, ils viseront à assurer la qualité, la proximité et la continuité des missions de protection des majeurs.

Les alinéas 7 et 8 définissent la procédure de la **délivrance de l'agrément** : le représentant de l'État dans le département le délivre sur avis conforme du Procureur de la République. Enfin l'alinéa 9 reprend les dispositions relatives à la **validité de l'agrément dans le temps** figurant aujourd'hui à l'alinéa 4 de l'article L. 472-1, et les adapte à la nouvelle procédure d'agrément.

En premier lieu, tout changement important de situation du mandataire doit être signalé aux services déconcentrés de l'État. Le périmètre des changements devant faire l'objet d'un signalement semble pouvoir s'apprécier de façon pragmatique ; le mandataire n'a pas à informer l'autorité de tout changement dans sa structure mais de changements qui ont une incidence sur la gestion, tels une modification des effectifs ou du lieu d'établissement. Le qualificatif d'« *important* » est cependant privé de définition juridique précise : une clarification par voie de circulaire, semble, à tout le moins, nécessaire.

En outre, si ces modifications sont de nature à affecter les conditions requises pour la délivrance d'un agrément, le mandataire devra présenter une nouvelle candidature.

Votre rapporteure est favorable à la modification projetée. Le lien entre la délivrance des agréments et la définition des besoins en amont sera renforcé.

L'ensemble de la procédure gagnera ainsi en lisibilité et les candidats pourront mieux anticiper les missions qu'ils seront amenés à remplir.

\*  
\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, sur proposition des commissaires du groupe SRC, avec avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a clarifié l'obligation pour le mandataire de signaler les changements de situation aux services déconcentrés de l'État en supprimant la restriction aux seuls changements « importants ». La commission a en outre adopté une modification rédactionnelle proposée par la rapporteure.

\*  
\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS212 de M. Christophe Sirugue.*

**M. Christophe Sirugue.** Le qualificatif « important » n'ayant pas de définition juridique, mon amendement tend à le supprimer de la première phrase de l'alinéa 9 de l'article 27.

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS345 de la rapporteure.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 27 **modifié**.*

*Article additionnel après l'article 27*

(Art. 477 du code civil)

### **Durée maximale de validité et modalités d'enregistrement du mandat de protection future**

Sur proposition de plusieurs commissaires du groupe SRC, sur avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel qui modifie l'article 477 du code civil relatif au mandat de protection future dans le but, d'une part de prévoir qu'il doit faire l'objet d'un renouvellement au terme d'une durée de cinq ans, et d'autre part, que ce mandat fait l'objet d'un enregistrement au fichier central des dispositions de dernières volontés.

*La Commission est saisie des amendements AS251 de Mme Bérengère Poletti, AS190 de Mme Joëlle Huillier et AS315 de Mme Bérengère Poletti, pouvant faire l'objet d'une discussion commune.*



**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement AS251 propose deux évolutions législatives. La première tend à garantir que le mandat signé reste conforme à la volonté de la personne, avant sa mise en œuvre, en limitant la durée du mandat de protection future à cinq ans maximum à compter de sa signature. En effet, durant la période qui sépare la manifestation des motivations qui ont conduit à souscrire un tel mandat et sa mise en œuvre, bien des événements peuvent se produire dans une vie : l'évolution de l'état de santé ou de la situation familiale, un changement du lieu de vie ou des modifications patrimoniales sont autant d'éléments qui peuvent faire évoluer la rédaction initiale d'un mandat de protection future. À l'issue de ce délai de cinq ans, le mandant renouvelle systématiquement sa volonté pour maintenir la validité du mandat de protection future par reconduction expresse. Cette modalité, garantie de l'expression de la volonté du mandant, sera l'occasion de revoir éventuellement l'étendue du mandat et de refaire le point avec son ou ses mandants. À défaut de cette affirmation expresse de la volonté du mandant, le mandat deviendrait caduc.

La deuxième évolution consiste à assurer la publicité du mandat de protection future, quelle que soit sa forme, pour en connaître et attester de son existence. De fait, les magistrats et les notaires ont besoin d'avoir plus de visibilité quant à l'existence ou non d'un mandat. À l'instar des mesures de protection judiciaire, la mention du répertoire civil (RC) en marge de l'état-civil garantirait à la fois la publicité des mandats et le respect de la vie privée des mandants. Cette mesure pourrait également contribuer à tenir des statistiques nationales et à décharger les greffes, qui procèdent aujourd'hui à une vérification purement formelle des pièces avant toute exécution du mandat.

**Mme Joëlle Huillier.** Mon amendement AS190 tend, lui aussi, à limiter à une durée de cinq ans les mandats de protection future, afin de protéger les parents d'adultes handicapés lorsqu'ils vieillissent et sont eux-mêmes atteints d'incapacité.

Il tend également à préciser qu'un décret fixe les conditions du renouvellement du mandat et que tout mandat de protection future, ainsi que son renouvellement, est enregistré au fichier central des dispositions de dernières volontés.

**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement AS315 est défendu.

**Mme la rapporteure.** Je ne dispose pas de tous les éléments pour répondre précisément à chacun de ces trois amendements et nous devons travailler cette question pour avancer rapidement. J'émet donc un avis favorable à l'amendement AS190, qui est le plus complet des trois.

**Mme Bérengère Poletti.** Je me rallie à l'amendement AS190.

*L'amendement AS251 est retiré.*

*La Commission adopte l'amendement AS190 rectifié.*

*En conséquence, l'amendement AS315 n'a plus d'objet.*

*Article 28*

(Art. L. 3211-6 du code de la santé publique)

**Extension aux personnes hébergées dans un établissement médico-social du placement sous sauvegarde de justice par déclaration médicale**

Cet article intègre les personnes hébergées dans les établissements médico-sociaux dans le champ de la procédure simplifiée de placement sous sauvegarde de justice par déclaration médicale défini à l'article L. 3211-6 du code de la santé publique.

**1. Le placement sous sauvegarde de justice par déclaration médicale**

Le placement sous sauvegarde de justice, prévue aux articles 433 à 439 du code civil est un dispositif de **protection juridique provisoire** permettant au majeur qui connaît, aux termes de l'article 425 du code civil, une altération de son état physique ou psychologique, de bénéficier d'une protection juridique temporaire ou d'être représenté pour l'accomplissement de certains actes déterminés.

Cette mesure est adaptée aux personnes pour lesquelles la curatelle ou la tutelle ne sont pas nécessaires. Protection et assistance peuvent ainsi être rendues aux personnes frappées d'incapacités temporaires, accidentées et hospitalisées par exemple, ou souffrant d'une altération légère mais durable de leurs facultés mentales et physiques, ainsi de personnes âgées en perte d'autonomie légère. La sauvegarde de justice laisse en effet au majeur une certaine autonomie : les actes et engagements effectués dans le cadre de la sauvegarde sont contrôlés a posteriori et peuvent faire l'objet d'une annulation si la preuve est apportée qu'ils ont été réalisés sous l'emprise d'un trouble mental.

Il s'agit également d'une mesure d'urgence lorsque les personnes ont besoin d'une protection immédiate ou bien lorsqu'une demande de mise sous tutelle ou curatelle est en attente de décision. Fixée par le juge des tutelles pour une durée d'un an renouvelable une fois, la mesure cesse lorsque la personne protégée recouvre ses facultés, ou, en cas de dégradation de son état, par l'instauration de la tutelle ou de la curatelle.

L'article L. 3211-6 du code de santé publique définit la **procédure de la mise sous sauvegarde de justice par déclaration médicale**. Le premier alinéa de cet article prévoit qu'un médecin dispensant des soins en ville, qui constate une dégradation de l'état de son patient le rendant particulièrement vulnérable, a la faculté d'adresser au procureur de la République du lieu du traitement une déclaration qui a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre : la personne bénéficie dès lors d'une protection juridique dans certains actes de la vie.

Lorsque la personne majeure concernée est soignée **dans un établissement de santé**, le deuxième alinéa du même article L. 3211-6 instaure en revanche une obligation de déclaration au procureur de la République. Dans ce cas la **procédure de déclaration est simplifiée** car l'avis conforme d'un psychiatre n'est pas exigé : la déclaration du seul médecin de l'établissement de santé a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le procureur de la République doit informer le représentant de l'État dans le département de cette mise sous sauvegarde de justice.

## **2. L'extension de la procédure simplifiée aux personnes accueillies en établissement médico-social**

En l'état actuel du droit, seul les médecins exerçant en établissement de santé peuvent procéder à une déclaration simplifiée en vue de placer un patient sous sauvegarde de justice. Les établissements médico-sociaux sont pourtant amenés à accueillir et soigner des publics pouvant être concernés par les mesures de sauvegarde de justice.

L'alinéa unique du présent article insère donc au deuxième alinéa de **l'article L. 3211-6** du code de la santé publique la mention expresse des établissements médico-sociaux : les médecins qui y exercent seront ainsi en mesure de faire bénéficier les patients fragilisés de la mise sous sauvegarde de justice.

L'extension de la procédure simplifiée aux établissements médico-sociaux va ainsi harmoniser le régime de sauvegarde judiciaire notamment du point de vue procédural. Il convient de préciser que le juge des tutelles n'intervient pas dans cette procédure par déclaration médicale qui ne conduit pas à la désignation d'un mandataire. Seule une décision ultérieure du juge, soumise à un possible recours, peut conduire à la désignation d'un ou plusieurs mandataires professionnels ou de proches pour accomplir une mission globale de protection de la personne ou de ses biens ou encore seulement un ou plusieurs actes déterminés.

De cette uniformisation, il est attendu une meilleure protection des droits des usagers en offrant la possibilité à une part non négligeable de personnes pouvant nécessiter un accompagnement dans les actes de la vie, de bénéficier d'un régime de protection plus simple à mettre en place, moins contraignant et leur conférant une plus grande autonomie. De surcroît, les personnes hébergées en établissement médico-sociaux et qui seraient dans l'attente d'une mesure de protection de tutelle ou curatelle, pourront ainsi profiter d'une protection provisoire.

Votre rapporteure souligne que cette mesure pourra faire l'objet d'une évaluation par le futur Haut Conseil de l'âge, institué par l'article 46 du présent projet de loi, ainsi que dans le cadre des travaux du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 28 sans modification.*

*Article additionnel après l'article 28*

(Art. 26 du code civil)

**Déclaration de nationalité française par un étranger ascendant de Français et présent sur le territoire depuis vingt-cinq ans**

Sur proposition de M. Denys Robiliard, sur avis défavorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel qui modifie l'article 26 du code civil relatif aux déclarations de nationalité. Cet amendement vise à permettre à des étrangers ascendants de Français et présents sur le territoire depuis vingt-cinq ans d'acquérir la nationalité française par déclaration. Votre rapporteure doute cependant du caractère opérant de cette modification du titre 1<sup>er</sup> bis du code civil relatif à la nationalité française, car elle vise seulement son chapitre V, consacré aux actes relatifs à l'acquisition ou à la perte de la nationalité française, mais ne modifie pas le chapitre III relatif aux modes d'acquisition de la nationalité française, qui énumère limitativement les différents cas d'acquisition de la nationalité française par déclaration, et ne prévoit pas ce nouveau cas d'acquisition.

*La Commission est saisie de l'amendement AS102 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Sur proposition du président de l'Assemblée nationale, la conférence des présidents a créé, en novembre 2012, une mission d'information sur les immigrés âgés, présidée par M. Denis Jacquat, dont le rapporteur était M. Alexis Bachelay. Son rapport d'information, déposé le 2 juillet 2013, préconisait plusieurs mesures pour améliorer le sort de ressortissants étrangers non communautaires présents sur le sol français depuis de très nombreuses années. Je soutiens plusieurs amendements qui reprennent certaines d'entre elles.

L'amendement AS102 tend à permettre à un étranger, parent de Français et présent sur le territoire depuis au moins vingt-cinq ans, d'acquérir la nationalité française par déclaration, comme peut le faire le conjoint d'un Français après plusieurs années de vie commune.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Sur le fond la proposition de M. Robiliard est intéressante mais, à mon sens, un tel sujet ne peut pas être évoqué par la voie d'un amendement déposé sur un projet de loi concernant le vieillissement. Cette question aurait mérité une approche plus globale.

**M. Denis Jacquat.** Les quatre-vingt-deux propositions qui constituaient les conclusions de la mission d'information sur les immigrés âgés, que j'ai eu l'honneur de présider, ont été adoptées à l'unanimité. La mise en œuvre de

certaines de ces mesures nécessite l'intervention du législateur, et il me paraît judicieux de présenter des amendements en ce sens dans un texte consacré à l'adaptation de la société au vieillissement.

Nous sommes allés chercher les personnes concernées il y a une cinquantaine d'années, au Maroc, en Tunisie, en Algérie ou au Mali, afin qu'elles participent au développement industriel et rural de la France. Ces *chibanis* ont pleinement joué leur rôle et ils ont fini par avoir vécu plus longtemps en France que dans leur pays d'origine. Désormais ils ont tous plus de soixante-dix ans. Leur famille et leurs amis sont en France, et ils entendent rester sur le sol français où ils vivent, pour la plupart, dans des institutions collectives comme les foyers Adoma. Notre honneur exige que nous les récompensions en inscrivant dans la loi certaines des propositions du rapport d'information.

L'amendement AS102 vise à accorder la nationalité à des *chibanis* auxquels elle est systématiquement refusée depuis cinquante ans, alors qu'elle est parfois accordée dans des délais beaucoup plus brefs à d'autres immigrants arrivés illégalement en France. Il nous appartient de régler au plus vite ce problème car, dans les foyers Adoma, cette population âgée décède actuellement au rythme de trois personnes par jour.

**M. Gérard Sebaoun.** Nous ne pouvons pas nous contenter de déplorer la situation de ces personnes qui vivent et meurent sur notre sol, sans jamais agir. C'est l'honneur de la nation que de leur reconnaître leur place pleine et entière. Il s'agit d'une obligation morale dont aucune argutie juridique ne saurait nous détourner. Pour ces gens qui ont fait souche ici, les amendements de M. Robiliard trouvent parfaitement leur place dans le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

**M. Arnaud Richard.** Dès 2007, Jean-Louis Borloo avait souhaité que la situation des *chibanis* soit prise en compte. Notre majorité avait alors adopté, à l'unanimité de cette chambre, une disposition législative qui leur était favorable. Malheureusement, les décrets d'application n'ayant pas été publiés, elle n'a jamais été mise en œuvre.

La ficelle consistant à proposer de traiter le sujet dans un texte plus global est un peu grosse. *Chibani* signifie « cheveux blancs » en arabe dialectal : dans quel texte un tel sujet serait-il mieux traité que dans un projet de loi consacré au vieillissement ?

**Mme Joëlle Huillier.** Je partage tous les arguments exprimés sur le fond, mais je ne crois pas que cet amendement relatif à l'acquisition de la nationalité ait sa place dans un texte concernant la perte d'autonomie des personnes âgées. Un projet de loi sur l'immigration constituerait un véhicule bien plus adapté pour marquer notre reconnaissance à l'égard des *chibanis*.

J'ajoute qu'une discussion dans un tel cadre permettrait d'aller plus loin que ne le fait l'amendement qui me paraît bien timide. Pourquoi réserver

l'acquisition de la nationalité aux étrangers ayant eu un ou des enfants français ? Tous les *chibanis* devraient être concernés.

**Mme Michèle Delaunay.** Je rappelle que les dispositions que nous avons adoptées concernant le versement de leur pension à ces retraités attendent encore leurs décrets d'application.

**Mme la rapporteure.** J'étais moi-même membre de la mission d'information présidée par M. Jacquat. Nous sommes ici à la commission des affaires sociales et nous traitons d'une question beaucoup plus large que la seule population des *chibanis*. Cet amendement n'intervient pas dans nos travaux de manière pertinente.

Reportons le débat à la discussion du texte en séance publique.

**M. Denis Jacquat.** Le sujet est d'une telle importance qu'il ne saurait souffrir de report supplémentaire. Nous parlons de personnes que nous sommes allés chercher, qui ont travaillé pour notre pays et qui y vivent dans la plus grande des tranquillités – en raison de leur âge, ils ne retournent même plus régulièrement dans leur pays d'origine. Nous réparerions nos oublis en légiférant enfin. Par ailleurs, je ne suis pas certain qu'une disposition de cette nature aboutirait si facilement dans un texte consacré à l'immigration qui ferait l'objet d'enjeux politiques très différents.

La publication du rapport d'information a donné un espoir aux associations de défense des intérêts des *chibanis*. Elles ont apprécié le travail du Parlement, et nous trahirions leur confiance en reportant une nouvelle fois nos débats sur un sujet pourtant consensuel.

Les amendements de M. Robiliard traduisent trois des quatre-vingt-deux propositions de notre rapport d'information. Même si nous les adoptons tous, il resterait encore soixante-dix-huit problèmes à régler.

**M. Michel Issindou.** Les *chibanis* sont plus français que beaucoup d'entre nous, personne ne le conteste.

Je trouve néanmoins assez étonnant que l'opposition insiste tant pour voter une disposition qu'elle n'a pas su mettre en œuvre pendant cinq ans.

Alexis Bachelay, rapporteur de la mission d'information que présidait M. Denis Jacquat souhaite rencontrer le Premier ministre pour l'interroger sur les suites à donner aux quatre-vingt-deux propositions émises il y a un an. Elles seraient sans doute traitées plus efficacement de façon globale et consensuelle plutôt que dans des textes épars.

**M. Christophe Sirugue.** Je crains que, contrairement au rapport de la mission d'information, un projet de loi consacré à l'immigration ne soit pas adopté à l'unanimité. Il me semble préférable de voter les mesures qui nous sont

proposées aujourd’hui plutôt que de courir le risque réel de les voir repousser dans un contexte politique dans lequel les enjeux seront tout autre.

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Cet amendement fait l’objet d’un large assentiment sur le fond. Toutefois, il me semblerait préférable de l’adopter en séance afin que le débat puisse avoir lieu dans l’hémicycle. La valeur symbolique de l’amendement serait davantage mise en valeur.

Par ailleurs, sur un tel sujet, mieux vaudrait sans doute prendre le temps de consulter la commission des lois.

**M. Denys Robiliard.** Si nous devons suivre votre raisonnement, monsieur Gille, les amendements les plus importants ne devraient plus être soumis à la commission au motif qu’ils mériteraient d’être adoptés en séance publique.

**M. Jean-Patrick Gille, président.** Vous déformez mes propos. Je raisonnais seulement en termes d’affichage. Si nous adoptons l’amendement aujourd’hui, le débat n’aura pas lieu dans l’hémicycle.

**M. Denys Robiliard.** Dans ce cas de figure, nous pourrions malgré tout en débattre dans l’hémicycle puisque, comme le suggère Joëlle Huillier, le dispositif que je propose pourrait être amélioré par voie d’amendement.

La présence de la disposition dans le texte présenté en séance publique ne serait pas dépourvue de portée, de même que sa présentation dans le rapport de notre commission.

L’amélioration de la situation juridique des *chibanis* aura un effet sur l’autonomie de ces derniers, dans la mesure où l’acquisition de la nationalité française et les dispositions relatives au regroupement familial leur faciliteront grandement la vie. Elles trouvent donc toute leur place dans ce projet de loi, qui concerne toutes les personnes vivant dans notre société, les Français comme les autres.

**Mme la rapporteure.** Les mesures proposées, j’insiste, ne concernent pas uniquement les personnes âgées. Par leur diversité et leur complexité, elles demandent un traitement approfondi et ne peuvent être traitées au coup par coup au cours de nos échanges.

Je suis évidemment favorable aux propositions de la mission d’information, puisque j’ai participé à ses travaux et cosigné le courrier demandant au Premier ministre de donner une suite à notre rapport d’information. J’estime, en revanche, que ces amendements ne concernent pas le seul vieillissement et qu’ils nécessiteraient une expertise plus poussée.

Cela dit, plutôt que d’attendre un projet de loi pour porter ces mesures, il serait peut-être judicieux de déposer une proposition de loi reprenant les

recommandations de la mission d'information. J'encourage M. Jacquat, M. Richard, et tous nos collègues qui le souhaitent à agir en ce sens.

**M. Arnaud Richard.** Mme la rapporteure m'a convaincu. Nous devrions tous ensemble déposer une proposition de loi et la faire inscrire par l'un des groupes politiques à l'ordre du jour qui lui est réservé. Ce serait de meilleure méthode que de procéder bout par bout, et moins risqué que de passer par un projet de loi sur l'immigration avec des amendements qui auraient peu de chance de faire l'unanimité. Je ne voterai donc pas les amendements de M. Robiliard.

**M. Gérard Bapt.** J'ai d'abord pensé voter en faveur de l'amendement, car j'ai cru comprendre qu'il concernait des personnes à la retraite. Or il peut fort bien s'appliquer à des immigrés âgés de quarante-cinq ans. À défaut de la mention d'une limite minimale d'âge de soixante ans, je rallie la position de Mme la rapporteure.

Je suis par ailleurs surpris par l'enthousiasme manifesté par l'opposition sachant que M. Bruno Le Maire lançait hier sa campagne dans la presse pour la présidence de l'UMP en fustigeant la possibilité de donner le droit de vote aux étrangers aux élections locales.

*La Commission adopte l'amendement AS102.*

*Après l'article 28*

*Puis elle examine l'amendement AS101 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Aux termes de cet amendement, un étranger qui a renouvelé au moins deux fois sa carte de résident obtiendrait une carte de résident permanent. La carte de résident est généralement délivrée aux personnes qui ont déjà obtenu un premier titre de séjour, et elle a une durée de validité de dix ans. En d'autres termes, l'amendement concerne des étrangers qui résident en France depuis au moins vingt ans et qui ne peuvent pas prétendre à la nationalité française ou qui ne souhaitent pas la demander. La disposition que je propose leur éviterait d'avoir à renouveler leur carte de résident tous les dix ans. Il s'agit aussi d'une mesure de simplification du point de vue des services des étrangers des préfectures : les renouvellements de titre de séjour leur prennent beaucoup de temps, et il serait préférable qu'ils se consacrent à l'examen de situations plus complexes.

**Mme la rapporteure.** Nous nous éloignons complètement de l'objet du texte : l'adaptation de la société au vieillissement. N'oublions pas que nous écrivons la loi et que celle-ci doit être cohérente ! Je comprends que vous souhaitiez adopter des amendements qui permettent d'améliorer certaines situations, mais on n'écrit pas la loi de cette manière. Avis défavorable.



**M. Denis Jacquat.** Je suis tout à fait favorable à cet amendement, ainsi qu'au suivant, pour les mêmes raisons que précédemment.

**M. Arnaud Richard.** Certes, nous ne devons pas attendre dix ans avant de promouvoir les droits des *chibanis*. Mais il conviendrait plutôt que les groupes politiques qui ont voté le rapport d'information sur les immigrés âgés déposent rapidement une proposition de loi sur ce sujet et l'inscrivent à l'ordre du jour d'une niche parlementaire. Je suis donc défavorable à cet amendement.

**Mme Bérengère Poletti.** J'éprouve une certaine gêne : c'est un peu facile de faire appel aux bons sentiments des députés sur un sujet tel que celui-là. Pour ma part, je ne suis pas en mesure de me déterminer sur cette question que je ne connais pas. Nous manquons d'éléments : nous ne disposons d'aucune étude d'impact et cette discussion ne nous apprend pas grand-chose. La disposition proposée engage l'État et n'a que peu à voir avec l'adaptation de la société au vieillissement. Je n'ai pas voté en faveur de l'amendement précédent, non pas parce que j'y étais opposée sur le fond, mais parce que j'estime, à l'instar de la rapporteure, que ce n'est pas la bonne manière de procéder. J'adopterai la même position sur les amendements suivants.

**M. Michel Issindou.** Cet amendement est hors sujet, il s'agit même d'une sorte de cavalier législatif. Certes, ses auteurs posent les bonnes questions, avec les meilleures intentions du monde, et je ne souhaite nullement reporter ce débat indéfiniment. Mais, comme l'a indiqué la rapporteure, ce n'est pas le cadre approprié. La mission d'information sur les immigrés âgés a fait du bon travail, et son rapporteur doit rencontrer prochainement le Premier ministre afin d'envisager le dépôt d'un texte de loi.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est saisie de l'amendement AS98 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Toutes mes propositions, je le rappelle, sont issues du rapport d'information sur les immigrés âgés ; elles n'avaient choqué personne à l'époque. Il est parfois nécessaire d'adapter le droit général pour améliorer la situation des personnes âgées. L'amendement précédent concernait des étrangers qui résident en France depuis plus de vingt ans, notamment des personnes âgées. Celui-ci vise plus spécifiquement des étrangers handicapés ou invalides, qui ne sont pas nécessairement âgés, mais chacun sait qu'il existe un lien statistique entre l'invalidité et l'âge.

Actuellement, le regroupement familial est soumis à une double condition : le demandeur doit justifier de ressources suffisantes, variables en fonction de la taille de sa famille – au minimum, un salaire au moins égal au SMIC sur douze mois –, et disposer d'un logement. Or les étrangers qui touchent l'allocation adulte handicapé (AAH) ou une pension d'invalidité ne satisfont pas nécessairement à ces exigences, quelle que soit leur ancienneté sur le sol français. Aux termes de mon amendement, la condition de ressources ne serait pas

opposable aux demandeurs qui sont frappés d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 30 %.

**Mme la rapporteure.** Votre argumentation est précise et construite. Cependant, nous ne sommes pas la commission des lois. Le champ de la disposition que vous proposez est très large : elle s'appliquerait non seulement aux étrangers âgés, mais aussi à tous ceux qui souhaitent faire venir leur famille au titre du regroupement familial. Il est légitime de se saisir de cette question, mais pas dans le cadre de ce texte. En outre, nous aurions besoin d'une expertise plus approfondie. Avis défavorable.

**M. Gérard Bapt.** Je partage l'analyse de la rapporteure : cet amendement correspond certes à une préconisation du rapport cité par M. Robiliard, mais il ne concerne pas que les personnes âgées. La commission des affaires sociales ne peut pas introduire une telle disposition dans le projet de loi, sans que le sujet, fort vaste, du regroupement familial ait été envisagé en tant que tel. D'autre part, de quelles ressources disposeraient les personnes qui viendraient ainsi en France ?

**M. Denis Jacquat.** Lorsque le Gouvernement a décidé, il y a quelques mois, de présenter au Parlement un texte sur l'adaptation de la société au vieillissement, il a commandé des rapports préparatoires à trois personnes : M. Luc Broussy, Mme Martine Pinville et le docteur Jean-Pierre Aquino. Dans son rapport, M. Broussy a indiqué, noir sur blanc, que la question des *chibanis* devait être abordée dans le cadre de ce texte. Elle a donc toute sa place dans notre discussion.

**Mme la rapporteure.** Il est, bien sûr, nécessaire de traiter cette question, mais pas spécifiquement dans le cadre de ce texte. Ce n'est pas la bonne manière de procéder.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS99 de M. Denys Robiliard.*

**M. Denys Robiliard.** Comme le précédent, cet amendement vise à modifier l'article L. 411-5 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, qui traite du regroupement familial : la condition de ressources ne serait pas opposable aux demandeurs qui ont atteint l'âge de la retraite. Cette disposition s'appliquerait donc spécifiquement aux personnes âgées, ce qui répond à l'exigence posée par M. Bapt.

Contrairement à ce qui a été dit, ce sujet relève bien de la compétence de la commission des affaires sociales, et il appartient aux autres commissions de s'y intéresser si elles le souhaitent. Par ailleurs, il est arrivé que d'autres commissions adoptent des dispositions qui intéressaient notre commission sans nous consulter. Ainsi en a-t-il été de la loi qui a autorisé la vente des tests de grossesse en grande surface.

Le rapport d'information sur les immigrés âgés a été approuvé à l'unanimité il y a un an déjà, le 3 juillet 2013. Il est temps de mettre en œuvre ses préconisations.

**Mme la rapporteure.** Il appartient aux députés qui ont participé aux travaux de la mission d'information de formuler des propositions en ce sens. Je les encourage à le faire.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette également l'amendement AS100 de M. Denys Robiliard.*

*Article additionnel après l'article 28*

(Art. L. 816-1 du code de la sécurité sociale)

**Vérification de la condition d'antériorité de résidence pour bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées**

Sur proposition de M. Denys Robiliard, avec avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel qui modifie l'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que la vérification du respect, par un étranger, de la condition d'antériorité de résidence ouvrant droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASP), vérifiable par la détention pendant au moins 10 ans d'un titre de séjour autorisant à travailler, peut également être satisfaite au regard des périodes d'assurance pour la détermination du droit à pension de retraite, mentionnées à l'article L. 351-2 du même code.

*Puis elle examine l'amendement AS271 du même auteur.*

**M. Denys Robiliard.** Contrairement aux précédents, cet amendement ne reprend pas une des préconisations du rapport d'information sur les immigrés âgés. Il tend à modifier l'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale, et relève donc incontestablement de la compétence de notre commission.

Pour percevoir l'ASP, les personnes de nationalité étrangère doivent être titulaires depuis au moins dix ans d'un titre de séjour les autorisant à travailler. Or tout le monde ne conserve pas ses papiers, et il est parfois difficile d'obtenir des préfectures la copie de ses différents titres de séjour – qui autorisent désormais tous à travailler, à quelques exceptions près. Aux termes de mon amendement, le respect de la condition énoncée à l'article L. 816-1 pourrait être apprécié au regard des périodes d'assurance pendant lesquelles le salarié étranger a cotisé à une caisse de retraite. Si celle-ci a bien trace de ces cotisations, le salarié sera présumé avoir détenu un titre de séjour au cours de la période considérée, puisqu'il est légalement impossible de travailler et de cotiser sans un tel titre.

**Mme la rapporteure.** Cette disposition relève tout à fait de notre compétence. De plus, il s'agit d'une mesure de simplification administrative et de bon sens. Avis favorable.

**M. Gérard Bapt.** En faisant valoir que cette disposition s'inscrit bien dans le cadre du présent texte et qu'elle relève bien de la compétence de notre commission, M. Robiliard vient de reconnaître implicitement que tel n'était pas le cas de ses propositions précédentes. Je voterai en faveur de cet amendement.

**M. Denys Robiliard.** Je n'ai rien reconnu du tout !

*La Commission adopte l'amendement.*

### **TITRE III ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

#### **CHAPITRE I<sup>ER</sup> Revaloriser et améliorer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile**

##### *Article 29*

(Art. L. 232-3, L. 232-3-1 [nouveau], L. 232-4, L. 232-6, L. 232-7, L. 232-12, L. 232-14, L. 232-15 et L. 232-18 du code de l'action sociale et des familles)

#### **Diversification et amélioration des plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie**

L'article 29 modifie les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) attribuée en cas de maintien à domicile d'une personne en perte d'autonomie.

Il s'agit en premier lieu d'améliorer l'évaluation du besoin de la personne et de simplifier l'utilisation de l'aide. Les dispositions législatives et réglementaires envisagées permettront en outre de modifier le plafond et le barème de l'APA dans le but de diminuer le reste à charge des personnes aux revenus modestes ou moyens et dont le plan d'aide est élevé.

Combinées aux suppléments d'aide au regard du besoin de remplacement d'un proche aidant, prévus par l'article 36 du projet de loi, ces mesures occasionneront une dépense supplémentaire de 375 millions d'euros en année pleine, intégralement financés par les recettes de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

#### **1. Améliorer l'allocation en maintenant son caractère universel**

Établi par l'article premier de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation

personnalisée d'autonomie, l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que « *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 a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins* ».

Cette allocation est définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national. Elle est « *destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière* ». Il s'agit donc d'une allocation universelle, visant à financer la prise en charge des besoins en aide occasionnés par la perte d'autonomie.

L'attribution est prononcée par le président du conseil général après une évaluation des besoins réalisée par une équipe médico-sociale. Un plan d'aide définit la nature des prestations fournies ainsi que leur volume horaire : il s'agit d'aides humaines mais aussi d'aides techniques.

Cette prestation en nature est versée sans contrepartie de cotisation ni conditions de ressources, la prise en compte de ces dernières n'intervient que dans la modulation du montant effectivement versé par application d'un reste à charge.

Le montant attribué dépend d'un barème national tenant compte des revenus qui fixe le reste-à-charge de la personne aidée. Pour être exonéré de toute participation, les ressources mensuelles du demandeur doivent être 0,67 fois inférieure à la majoration pour aide constante d'une tierce personne soit 739,03 euros en 2014. Au-delà d'un seuil fixé à 2,67 fois le montant de cette majoration, soit 2 945,23 euros en 2014, la participation du demandeur au plan est maximale (90 % du plan d'aide utilisé depuis 2003). Entre ces deux seuils, il y a application d'une formule linéaire permettant de calculer le reste à charge.

En outre le plan d'aide est soumis à un plafond : au 1<sup>er</sup> avril 2014, celui-ci s'élève, pour une personne en GIR 1, à 1 312,67 euros, pour une personne en GIR 2, à 1 125,14 euros, pour une personne en GIR 3, à 843,86 euros et pour une personne en GIR 4 à 562,57 euros.

Une décennie après sa création, l'APA constitue un indéniable succès. Les modifications projetées par le présent article visent à pallier les manques qui font aujourd'hui l'objet de constats concordants, décrits par votre rapporteure dans l'exposé général du présent rapport : saturation des plans d'aides en raison de l'application du plafond ; inversement, sous-consommation d'une partie des plans d'aide en raison de l'application du ticket-moderateur ; enfin mauvaise définition du contenu du pan d'aide, insuffisamment personnalisé.

Mais les caractéristiques principales de la prestation sont maintenues : elle reste accessible, sans condition de ressources et, ouverte aux personnes en perte d'autonomie à partir du GIR 4.

## 2. L'évaluation multidimensionnelle du besoin

Lever les obstacles à une utilisation effective des plans d'aide de l'APA nécessite en premier lieu d'améliorer leur définition.

- *Les nouvelles missions de l'équipe médico-sociale*

Le 1° de l'article 29 précise à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles que l'APA accordée à une personne résidant à domicile est affectée à la couverture des dépenses de toutes natures relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale sur la base d'une « *évaluation multidimensionnelle* ».

Les conditions de cette évaluation multidimensionnelle sont décrites dans cinq nouveaux alinéas, insérés à l'article L. 232-6 par le **a**) du 4° du présent article qui définissent les missions de l'équipe médico-sociale. Elles remplacent dès lors la définition actuelle figurant au premier alinéa de l'article L. 232-14, supprimé par le 7° du présent article.

En premier lieu, l'équipe médico-sociale 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* » : il s'agit de la grille « AGGIR », et donc du maintien de la règle actuellement définie au deuxième alinéa de l'article L. 232-3, supprimé par le 1° de l'article 29. Mais cette évaluation est complétée par la prise en compte de dimensions supplémentaires.

Par l'évaluation de « *la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants* » tout d'abord, « *dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté ministériel* ». Ce référentiel devra permettre d'appréhender les différentes dimensions de la situation de la personne : son état de santé, ses activités, ses habitudes de vie, son environnement physique incluant son logement, son environnement familial, social...

Il s'inspirera de grilles multidimensionnelles déjà élaborées par certains départements, ou par les régimes de retraite dans le cadre de leurs dispositifs d'action sociale à destination des personnes en GIR 5 et 6. La sélection de cet outil d'évaluation multidimensionnelle des besoins est en cours, dans le cadre d'un projet conduit par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à partir de l'expérience des gestionnaires de cas des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

Dès lors, il est précisé que l'équipe médico-sociale « *propose le plan d'aide mentionné 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* ».

L'équipe médico-sociale devra ainsi prendre en compte le soutien apporté par les proches aidants. Il en résultera automatiquement une meilleure évaluation des besoins des personnes les plus isolées, dénuées précisément de toute aide de proches. Mais symétriquement, conformément à l'article 36 du projet de loi, pour le cas où la personne en perte d'autonomie bénéficie de l'aide indispensable d'un proche aidant, la définition multidimensionnelle du besoin dans le cadre de l'APA tiendra compte des besoins du proche aidant lui-même, par exemple pour financer l'accès à un dispositif de répit.

Enfin, un alinéa est ajouté à l'article L. 232-6 afin de préciser que l'équipe médico-sociale « *identifie les autres aides utiles (...) non prises en charge au titre de l'allocation qui peut lui être attribuée* ». Ces aides peuvent venir « *au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses proches aidants* ».

L'évaluation globale doit ainsi permettre de mieux mettre le plan d'aide de l'APA en relation avec les dispositifs qui relèvent d'autres financeurs, tels les caisses de retraite ou l'assurance maladie : il peut s'agir d'aides techniques, d'actions de prévention, d'aménagement du logement, d'hébergement temporaire, de soins à domicile ou en ville...

L'objectif de l'évaluation multidimensionnelle des besoins est donc bien d'appréhender globalement la situation de la personne, dans son environnement physique et humain, afin de mieux mesurer son impact sur la perte d'autonomie et sur les réponses à y apporter.

- *La simplification de la procédure d'attribution*

Cet élargissement des missions de l'équipe médico-sociale s'accompagne en outre d'une simplification de la procédure d'attribution de l'aide qui supprime l'intervention, prévue à l'article L. 232-12, d'une commission de proposition et de conciliation distincte de l'équipe médico-sociale. Cette étape, essentiellement formelle, occasionne des délais inutiles, les cas de modification par la commission des plans d'aides élaborés par l'équipe médico-sociale étant quasi inexistants.

Aussi le 6° prévoit que la décision du président du conseil général est prise sur proposition de l'équipe médico-sociale.

Par coordination, le 9° du présent article abroge l'article L. 232-18 qui prévoit la faculté de saisine de cette commission en cas de litiges relatifs à l'APA. En cas de difficultés, c'est donc la voie de recours définie à l'article L. 232-20 qui s'appliquera, sans intervention préalable de la commission : la saisine de la commission départementale d'aide sociale définie à l'article L. 134-6 du code de l'action sociale et des familles.

### 3. L'augmentation du plafond et sa revalorisation

La modernisation des conditions de définition du plan d'aide permet d'envisager d'augmenter les montants qui y sont consacrés. À cette fin, les plafonds d'aide de l'APA seront revalorisés, quel que soit le GIR du bénéficiaire, pour un montant estimé à 153 millions d'euros par an à l'issue de la montée en charge.

Cette évolution repose toute entière sur la modification des plafonds applicables au plan national, par voie de règlement : la hausse sera de 400 euros pour les GIR 1, portant le 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, portant le nouveau plafond à 1368,43 euros ; de 150 euros pour les GIR 3, avec un nouveau plafond de 989 euros et de 100 pour les GIR 4, dont le nouveau plafond sera de 659,22 euros.

Mais les 1° et 2° du présent article modifient la définition par la loi des modalités de revalorisation annuelle de ce plafond. Le 1° de l'article 29 supprime le deuxième alinéa de l'article L. 232-3 qui mentionne « *un tarif national en fonction du degré de perte d'autonomie revalorisé au 1er janvier de chaque année, au moins conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir* ». Ces dispositions sont remplacées, au 2° du présent article, par un article L. 232-3-1, nouveau, qui précise que « *le montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond annuel défini par décret en fonction du degré de perte d'autonomie* » défini par la grille AGGIR, conformément aux dispositions actuelles, mais qui est « *revalorisé chaque année au 1<sup>er</sup> 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.* »

Votre rapporteure tient à préciser que la modification proposée est sans incidence sur l'évolution du « pouvoir d'achat » du plan d'aide : la référence à l'évolution des prix visait à l'origine à garantir une revalorisation de l'APA conforme à l'inflation, à une époque où l'indexation sur les prix des pensions de vieillesse et donc de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) n'était pas codifiée.

Or la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a établi à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale le principe d'indexation des pensions de vieillesse sur les prix, ce qui a permis de prendre en compte l'inflation dans l'évolution de la MTP. Cette mesure de coordination est bienvenue, mais elle pourrait entraîner à l'avenir un gel du plafond de l'APA pour le cas où des mesures d'indexation dérogatoire des retraites seraient décidées en lois de financement de la sécurité sociale. Il conviendrait alors de prendre soin d'en écarter les effets sur les plafonds de l'APA.

Il reste que les plans d'aide sont indexés sur l'inflation : ils croissent donc moins rapidement que les rémunérations des intervenants à domicile, qui



bénéficient des hausses du SMIC. Le pouvoir d'achat des plans d'aide diminue donc en tout état de cause au cours du temps.

#### 4. Les diminutions prioritaires du reste-à-charge

Si l'augmentation du plafond de l'aide va permettre de diminuer la part des plans d'aide « saturés », l'utilisation effective de ces plans dépend de leur coût final pour l'utilisateur. Le second volet de la réforme consiste donc à diminuer le ticket modérateur. Mais l'effort financier supplémentaire à ce titre, qui s'élève à 197 millions d'euros par an, doit être ciblé sur les diminutions de reste à charge qui auront le plus directement un impact sur la consommation effective du plan d'aide, et donc sur le recours à des services d'aide et d'accompagnement à domicile ou sur des aides techniques.

De ce fait, le présent article prévoit que la dégressivité du barème de l'APA n'est pas seulement fonction des ressources mais aussi du montant plan d'aide, afin de diminuer prioritairement le reste à charge des plans les plus lourds.

- *Un nouveau barème en fonction des ressources et du plan d'aide*

Le reste-à-charge est aujourd'hui appliqué sur le fondement de l'alinéa premier de l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles qui dispose que « *la participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources, selon un barème national* ». La loi permet donc actuellement de faire varier la participation des bénéficiaires uniquement en fonction de leur revenu.

Afin de diminuer le reste-à-charge pour les allocataires dont les plans d'aide sont les plus lourds, il est donc nécessaire de fonder également le barème de l'APA sur un deuxième critère : le montant du plan d'aide. Ce nouveau critère permet de concentrer la diminution du reste-à-charge sur les personnes pour lesquelles il constitue effectivement une barrière au recours à l'aide à domicile. Votre rapporteure considère que cette mesure est plus efficace qu'une aide générale destinée à des personnes peu ou moyennement dépendantes dont le taux d'effort ne constitue pas actuellement une barrière à la consommation de leurs plans d'aide.

Dans ce but, le 3° du présent article remplace la définition actuelle par deux nouveaux alinéas au même article L. 232-4, qui maintiennent tout d'abord le principe selon lequel « *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* ». Mais il est ensuite précisé que cette participation est calculée d'une part en fonction des ressources du bénéficiaire et, d'autre part, « *en fonction du montant du plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1er janvier* ».

La revalorisation est la même que celle du plafond de l'APA : elle suit l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Sur la base de la nouvelle définition figurant à l'article L. 232-4, un décret définira la refonte du barème de l'APA, dont les modalités sont exposées dans l'encadré suivant.

Le **point d'entrée du ticket modérateur** devrait être aligné sur le niveau de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), et non plus sur la majoration pour aide constante d'une tierce personne : cela correspond à une élévation de 50 euros du niveau de revenu en deçà duquel l'allocataire ne se voit opposer aucun ticket modérateur.

Au-delà de ce niveau de revenu, sera appliqué un **abattement** du ticket modérateur dépendant à la fois du montant du plan d'aide et du revenu du bénéficiaire. L'abattement sera appliqué à chaque euro supplémentaire du plan d'aide selon des « tranches » de plans d'aide de zéro à 350 euros, puis de 350 à 550 euros, et enfin au-delà de 550 euros.

*Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi :*

– Pour les plans d'aide inférieurs à 350 euros, le ticket modérateur sera inchangé ;

– Pour la part du plan d'aide comprise entre 350 et 550 euros, le niveau de l'abattement du ticket modérateur sera de 60 % quand le revenu se situe au niveau de l'ASPA. Puis l'abattement décroît linéairement jusqu'à devenir nul au point de sortie du ticket modérateur de l'APA, soit 2 945,23 euros en 2014 ;

– Pour la part du plan d'aide au-delà de 550 euros, l'abattement appliqué est de 80 % pour un revenu égal à l'ASPA et décroît linéairement jusqu'à devenir nul pour un revenu égal au point de sortie du ticket modérateur de l'APA.

Alors que le barème actuel est entièrement linéaire entre le point d'entrée et le point de sortie du ticket modérateur, **ce nouveau barème applique un abattement sur les tranches de plan d'aide élevées.**

**Cet abattement dépend également du revenu du bénéficiaire**, puisqu'il décroît à mesure qu'augmente le revenu : ceci permet de concentrer l'effort sur les revenus mensuels compris entre 740 euros et 2 000 euros.

Si le nouveau barème vise prioritairement les allocataires les plus modestes et les plans les plus lourds, la composition actuelle de la population bénéficiant de l'APA conduit, au final, à améliorer les plans d'aide de 86 % des bénéficiaires. Au plan d'aide inchangé, le 14 % des bénéficiaires restants ne perdent en outre rien à l'allocation qui leur est versée.

- *L'actualisation annuelle de la fixation du reste-à-charge*

Dans sa nouvelle rédaction, l'article L. 232-4 prévoit une réévaluation annuelle du ticket modérateur : la participation à la charge du bénéficiaire est en effet « *calculée et actualisée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année* ». Cette mesure devra permettre de renforcer l'équité du contrôle des ressources : de nombreux départements ne procèdent en effet au réexamen des ressources des bénéficiaires que sur leur demande ou, de façon disparate, aux échéances de renouvellement du plan d'aide définies par le conseil général.

L'actualisation annuelle est donc susceptible d'entraîner des charges de gestion supplémentaires pour les départements qui ne procèdent pas déjà à cet examen des ressources des bénéficiaires. Mais pour faciliter la mise en œuvre de cette mesure, l'article 30 du projet de loi prévoit la systématisation des transmissions de données fiscales aux services instructeurs des conseils généraux.

## **5. Les modalités d'utilisation de l'aide**

Enfin, l'article 29 du projet de loi apporte diverses modifications aux dispositions régissant l'utilisation de l'APA, afin de clarifier les règles applicables.

Plusieurs alinéas des articles de la section du code de l'action sociale et des familles consacrée à la gestion de l'APA sont supprimés par les 5°, 7° et 8° du présent article afin de regrouper les règles applicables dans la nouvelle rédaction de l'article L. 232-15 qui apporte en outre quelques précisions visant à garantir la bonne utilisation de l'aide.

- *Le principe du versement direct à l'allocataire*

Au 8° de l'article 29, l'article L. 232-15 rappelle en premier lieu le principe selon lequel « *l'allocation personnalisée d'autonomie est versée à son bénéficiaire* ». Il précise la périodicité, mensuelle, du versement de la partie de l'allocation servant à payer des aides régulières. Mais « *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* ».

En outre, la partie de l'allocation destinée à rémunérer un salarié, un accueillant familial ou un service d'aide à domicile peut être versée au bénéficiaire de l'allocation sous forme de chèque emploi-service universel (CESU) : il y a maintien et actualisation d'une disposition qui figure au deuxième alinéa de l'article L. 232-7, supprimé par le 5° du présent article.

À l'article L. 232-6 comme à l'article L. 232-15, il est au demeurant précisé que les prestataires d'aide à domicile bénéficiaires de ce paiement direct sont tant des services autorisés par le département et relevant de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, que des prestataires bénéficiant de l'agrément préfectoral au titre des services à la personne, relevant de l'article L. 7232-3 du code du travail.

- *Les cas de versement direct par le conseil général*

Mais l'article L. 232-15 définit les deux situations qui permettent de déroger au principe du versement direct de l'aide à son allocataire.

En premier lieu, 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. Mais dans ce cas, il est précisé expressément que le bénéficiaire « demeure libre de choisir un autre service ».

En second lieu, 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.

La faculté de versement direct de l'APA par le conseil général, comme le recours croissant au CESU préfinancé, doivent permettre d'améliorer le contrôle de l'effectivité des aides financées au moyen de l'allocation.

\*  
\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, outre un amendement de précision de la rapporteure et un amendement de précision de plusieurs commissaires du groupe UMP, sur avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales adopté un amendement présenté par les commissaires du groupe UDI ainsi que par Mme Poletti et de M. Jacquat, qui prévoit que l'équipe médico-sociale apporte une information éclairée et objective sur l'ensemble des modalités d'aide et d'accompagnement de la personne âgée à son domicile. Cet amendement a été sous-amendé, sur proposition de la rapporteure, afin d'en préciser la rédaction dans le but de renforcer la garantie de libre-choix de la personne au regard de l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile.

\*  
\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS252 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'équipe médico-sociale chargée d'élaborer le plan d'aide évalue les besoins de la personne en perte d'autonomie et identifie les différentes réponses à apporter. Cette démarche nécessite une neutralité certaine. Aussi, afin de lever toute ambiguïté entre la mission d'évaluation et celle de prescription et de prestation, il est nécessaire de préciser que cette équipe médico-sociale ne peut pas mettre en œuvre le plan d'aide qu'elle a elle-même défini.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement est déjà satisfait par le dernier alinéa de l'article L. 232-13 du code de l'action sociale et des familles : les institutions et organismes sociaux et médico-sociaux « ne peuvent participer à la mise en œuvre du plan d'aide qu'ils ont défini ».

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine les amendements identiques AS158 de M. Arnaud Richard et AS253 de Mme Bérengère Poletti, faisant l'objet du sous-amendement AS363 de la rapporteure.*

**M. Arnaud Richard.** Dans le même souci de neutralité de l'équipe médico-sociale, nous proposons que son rôle consiste à « informer » des modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées, plutôt qu'à « recommander » ces modalités.

**Mme la rapporteure.** Les amendements AS158 et AS253 renforcent la garantie d'une information éclairée et objective sur l'ensemble des modalités d'aide et d'accompagnement de la personne âgée à son domicile. Mon sous-amendement vise à élargir le champ de l'information apportée et à renforcer la garantie de libre choix entre les différentes formes d'accompagnement. Je rappelle que l'article 19 du projet de loi affirme le principe de respect du projet de vie du bénéficiaire, ce qui implique une telle liberté de choix.

*La Commission adopte le sous-amendement.*

*Puis elle adopte les amendements AS158 et AS253 sous-amendés.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS156 de M. Arnaud Richard et AS174 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** Cet amendement a pour objet de donner davantage de poids à la parole du bénéficiaire de l'APA en lui permettant de présenter son projet de vie lors de la définition du plan d'aide. Cette disposition renforcera l'aspect personnalisé de l'APA et garantira le libre choix des personnes âgées en perte d'autonomie.

**M. Arnaud Richard.** Comme nous l'avons dit au cours de la discussion générale et lors de l'examen de plusieurs amendements, nous estimons nécessaire, au groupe UDI, que l'évaluation des situations de perte d'autonomie soit harmonisée entre l'APA et la prestation de compensation du handicap (PCH) selon un référentiel d'éligibilité unique et des critères médicaux objectifs. Ainsi, un véritable droit universel à l'autonomie sera reconnu.

**Mme la rapporteure.** Ces amendements sont déjà satisfaits par l'article 19, qui affirme le principe de respect du projet de vie du bénéficiaire. D'autre part, vous souhaitez préciser que « les modalités de recueil du projet de vie du bénéficiaire sont définies par décret ». Or l'article 29 prévoit déjà que l'évaluation est réalisée « sur la base de référentiels définis par arrêté ministériel ».

**Mme Jeanine Dubié.** Je me réjouis de ces amendements. De nombreuses personnes réclament depuis longtemps une convergence entre l'APA et la PCH, ainsi que la suppression de la barrière de l'âge. Cependant, ce n'est sans doute

qu'un vœu pieux, car l'alinéa 4 de l'article 29 précise que le montant du plan d'aide ne pourra pas dépasser un plafond annuel défini par décret. Je crains que ce plafonnement de l'APA ne remette en cause les intentions initiales, très louables.

**M. Arnaud Richard.** Je ne suis pas convaincu par l'argumentation de la rapporteure. Je maintiens mon amendement.

*L'amendement AS174 est retiré.*

*La Commission rejette l'amendement AS156.*

*Puis elle adopte l'amendement de précision AS346 de la rapporteure.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS256 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement vise à rétablir, dans la nouvelle rédaction de l'article L. 232-15 du code de l'action sociale et des familles, l'obligation de recueil de l'accord du bénéficiaire et la possibilité de modifier à tout moment les conditions dans lesquelles il est procédé au versement de l'APA.

**Mme la rapporteure.** Dans sa nouvelle rédaction, l'article L. 232-15 prévoit que l'APA est versée à son bénéficiaire. Toutefois, le département peut verser directement à un service d'aide à domicile ou à un organisme qui fournit l'aide technique ou réalise l'aménagement du logement la partie de l'APA qui lui revient. Ces dispositions constituent une base juridique solide, notamment pour les situations de tiers payant. Il s'agit de règles de bon sens, dans l'intérêt de tous. Vous demandez que l'accord du bénéficiaire soit recueilli dans tous les cas de versement direct de l'APA à un service ou à un organisme. Mais qui peut avoir intérêt à ce que les sommes transitent par le compte bancaire du bénéficiaire ? Cela alourdirait considérablement les contrôles réalisés par les services départementaux. En outre, le bénéficiaire aura toujours la possibilité de choisir un autre service. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Suivant l'avis favorable de la rapporteure, elle adopte ensuite l'amendement de précision AS254 de Mme Bérengère Poletti.*

*Puis elle examine l'amendement AS323 de la même auteure.*

**M. Denis Jacquat.** Cet amendement vise à ce que le versement direct de l'APA soit accessible aux services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés par le département ou agréés.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement est satisfait : le versement direct est déjà accessible à ces services.

*L'amendement est retiré.*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement AS322 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Nous aurions aimé connaître les raisons de cet avis défavorable.

*La Commission adopte l'article 29 modifié.*

*Article additionnel après l'article 29*

(Art. L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales)

### **Convention de mandat pour le paiement des chèques d'accompagnement personnalisé**

Sur proposition conjointe de M. Brottes, président de la commission des affaires économiques, et de Mme Dombre Coste, et également sur proposition des commissaires du groupe RRDP, avec avis favorable de la rapporteure, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement portant article additionnel, qui modifie l'article L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales, afin de permettre aux collectivités territoriales et à leurs établissements de passer une convention de mandat avec un prestataire privé pour le paiement des chèques d'accompagnement personnalisé.

*La Commission est saisie des amendements identiques AS274 de M. François Brottes et AS309 de Mme Jeanine Dubié.*

**M. François Brottes.** Certains se souviennent que, lors de l'examen de la loi contre l'exclusion portée par Martine Aubry, j'avais déposé avec le groupe socialiste un amendement tendant à créer, sur le modèle du ticket restaurant ou du chèque vacances, le chèque d'accompagnement personnalisé, qui banalise l'aide sociale en permettant aux collectivités d'apporter aux personnes en difficulté un soutien alimentaire, vestimentaire ou culturel. Les bons d'achats étant illégaux, puisqu'ils s'apparentent à de la monnaie, une loi devait instaurer ce dispositif.

Pour le gérer, les communes ou communautés de communes font généralement appel au centre communal d'action sociale (CCAS). Parfois, elles aimeraient solliciter un opérateur privé. Encore faut-il que la loi autorise les collectivités à passer une convention de mandat avec un prestataire privé, comme elles le font dans le cas du chèque emploi service universel (CESU). C'est ce à quoi tend l'amendement AS274, qui propose d'accorder une nouvelle compétence aux collectivités territoriales et à lever une barrière juridique.

**Mme Jeanine Dubié.** Pour améliorer la procédure de versement du chèque d'accompagnement personnalisé, l'amendement AS309 s'inspire des règles qui prévalent pour le CESU préfinancé, qui est un autre titre spécial de paiement de prestations sociales. La convention type relative au CESU a été validée, à travers une instruction fiscale, par la direction générale de la comptabilité publique et la direction générale des collectivités locales.

Dans un avis du 13 février 2007, le Conseil d'État, saisi par le Premier ministre sur les conditions de validité des conventions de mandat conclues en matière de recettes et de dépenses publiques des collectivités locales, a jugé que seule la loi peut autoriser l'intervention d'un mandataire.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable. Seule la loi peut lever l'obstacle juridique qui interdit aux collectivités de recourir à un mandataire pour gérer ces titres de paiement.

**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement donne au chèque d'accompagnement personnalisé l'efficacité et la souplesse du CESU.

**M. Arnaud Richard.** Je voterai l'amendement. Il existe en France près de 200 millions de titres comparables, notamment les chèques vacances, les chèques restaurant ou les chèques cadeaux. Toutefois, je me demande s'il est normal de faire de la politique sociale un marché pour les opérateurs.

**M. Gérard Sebaoun.** Permettez-moi de m'interroger sur le rapport direct de cet amendement avec le vieillissement : le chèque d'accompagnement personnalisé peut profiter à des personnes de tout âge.

**M. François Brottes.** Le dispositif n'est pas réservé aux personnes âgées, mais, dès lors qu'il vise à accompagner les personnes au plus près de leurs besoins, il s'appliquera nécessairement à celles-ci. D'où l'intérêt de déposer l'amendement sur ce texte.

Par ailleurs, monsieur Richard, on peut déléguer un service public à un opérateur privé sans pour autant le privatiser. Les collectivités choisiront de confier le service à des fonctionnaires ou de le déléguer.

**Mme Jeanine Dubié.** La politique sociale est déjà un marché. Reste que les collectivités locales sont soumises à la règle des marchés publics, qui suppose le recours à un appel d'offre.

*La Commission adopte les amendements.*

### *Article 30*

(Art. L. 153 A [nouveau] du livre des procédures fiscales)

## **Transmission d'informations des administrations fiscales aux services chargés d'apprécier les ressources des bénéficiaires de l'APA**

Afin d'assurer l'égalité de traitement des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'article 29 du projet de loi a établi à l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles le principe de l'actualisation annuelle de la participation du bénéficiaire au financement de son plan d'aide : les ressources prises en compte pour fixer le reste à charge du bénéficiaire sont ainsi réexaminées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.



Les services instructeurs du département gagneront donc à bénéficier de la transmission systématique de données des administrations fiscales sur les ressources des bénéficiaires de l'APA prises en compte dans le calcul de leur participation financière. Dans un but de bonne gestion, le présent article vise à autoriser cette transmission.

Au titre II du livre des procédures fiscales, consacré au contrôle de l'impôt, le chapitre III relatif au secret professionnel en matière fiscale comporte une section 2 relative aux dérogations à la règle du secret professionnel : elle recouvre notamment les dérogations au profit des autorités et des organismes chargés de l'application de la législation sociale. Par exemple, l'article L. 153 du livre des procédures fiscales autorise les services chargés de l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) à recevoir de l'administration fiscale communication des renseignements nécessaires à la liquidation et au contrôle de ces allocations.

Il est donc proposé d'insérer après cet article un article L. 153 A qui prévoit la transmission annuelle au département des informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'APA.

L'actualisation annuelle de la participation financière des bénéficiaires de l'APA sera ainsi facilitée.

Des garanties sont apportées quant à l'utilisation des données personnelles transmises : un décret en Conseil d'État qui en précisera les modalités de transmission et d'utilisation sera pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

L'automaticité du transfert au moyen des systèmes d'informations devrait diminuer la charge de gestion occasionnée pour les services du département. En contrepartie, le montant du reste à charge appliqué aux bénéficiaires prendra entièrement en compte les évolutions éventuelles de leurs ressources. Il sera donc mieux accepté.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 30 sans modification.*

*Après l'article 30*

*La Commission est saisie de l'amendement AS12 de M. Dominique Tian.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement propose que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 31 décembre 2014, un état des lieux de l'assurance dépendance privée. On connaît les difficultés que présente le sujet. Certaines

personnes, qui se croient couvertes pour certains risques, découvrent trop tard qu'elles ne le sont pas. Ce rapport enrichira nos connaissances et nous permettra de proposer certaines améliorations.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Les alinéas 100 à 103 du rapport annexé fixent déjà l'objectif de réguler le marché de l'assurance dépendance. La Fédération française des sociétés d'assurance travaille sur la mise en place d'un label qui permettra d'offrir un niveau minimal de rente et de garantie. En outre, le Gouvernement rédige un cahier des charges que devraient respecter les contrats les plus protecteurs des organismes mutualistes et instituts de prévoyance, ce qui permettra d'inscrire des mesures dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il est exact que nos concitoyens peuvent souscrire des contrats sans en connaître les garanties. C'est un sujet dont le Haut Conseil de l'âge pourrait se saisir.

*La Commission rejette l'amendement AS12.*

*Elle en vient à l'amendement AS175 de Mme Véronique Massonneau.*

**Mme Véronique Massonneau.** Les personnes ayant des besoins de compensation liés au manque ou à la perte d'autonomie se voient proposer deux prestations et deux dispositifs distincts d'accès aux droits : la PCH, si le handicap est acquis avant soixante ans, et l'APA, si le handicap est acquis après soixante ans. Cette barrière d'âge, source d'inégalités, pose des problèmes majeurs de prise en compte du handicap chez les personnes vieillissantes.

C'est pourquoi nous proposons que, dans les six mois suivant la promulgation de la loi, le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur l'impact des seuils de soixante et soixante-quinze ans pour l'attribution de la PCH à des personnes en situation de handicap vieillissantes.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. L'article 13 de la loi du 11 janvier 2005 sur le handicap prévoyait la suppression, dans un délai maximum de cinq ans, des dispositions opérant une distinction en fonction de l'âge, pour la compensation du handicap. La promesse n'a pas été tenue.

L'éligibilité doit être constatée avant le soixantième anniversaire ou rétroactivement, à condition que la personne prouve son éligibilité avant soixante ans et formule la demande avant soixante-quinze ans. Selon un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), le report de l'éligibilité à soixante-deux ans aurait un coût élevé. Le sujet étant bien connu, il n'est pas nécessaire de solliciter un nouveau rapport.

**M. Arnaud Richard.** À chaque fois qu'on rencontre une difficulté, on propose la rédaction d'un rapport. Pourquoi les informations qui nous intéressent ne seraient-elles pas fournies par les rapporteurs, les rapporteurs pour avis, les

membres de la MECSS ou du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) ?

**M. Denis Jacquat.** L'amendement est excellent, puisqu'il s'attaque à un problème dont nous reportons toujours le règlement : celui des personnes handicapées qui passent la barrière des soixante ou soixante-deux ans. En 2005, quand il était prévu de trouver une solution pour 2015, tout le monde se disait qu'on avait dix ans pour y arriver. Or rien n'a été fait.

**Mme Jeanine Dubié.** Je soutiens l'amendement. Il ne s'agit pas seulement de rédiger un rapport, mais d'effectuer un choix politique, en se demandant si la compensation de la perte d'autonomie doit prendre en compte l'âge de la personne.

Actuellement, une personne âgée de cinquante-neuf ans et six mois peut percevoir, grâce à la PCH, jusqu'à 10 000 euros ; avec le même niveau d'incapacité et de dépendance, une personne de soixante ans et six mois ne recevra que l'APA, plafonnée à 1 200 euros.

**M. Olivier Véran.** À mesure que la soirée avance, les demandes de rapport se multiplient. En matière de handicap, la barrière d'âge et les effets de seuil n'ont pas de sens. Certaines personnes sont en situation de handicap ou de perte d'autonomie parce qu'elles sont atteintes de manière précoce par des maladies neurodégénératives. D'ailleurs, sur certains territoires, on crée de manière expérimentale des dispositifs d'accueil pour des personnes peu âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer, pour éviter qu'elles soient placées en EHPAD avec des personnes très âgées, grabataires ou en perte d'autonomie. Tout est affaire de volontarisme politique. La rédaction d'un rapport ne changera rien au problème, puisque nous connaissons déjà l'impact budgétaire de nos décisions.

**Mme Bérengère Poletti.** Je n'ai jamais vu d'évaluation financière sur le sujet. On prétend toujours que retarder d'un an la convergence entre les problématiques du handicap et de la dépendance de la personne âgée, ou supprimer la barrière d'âge coûterait très cher, mais combien ? Peut-être serons-nous étonnés par les chiffres.

**Mme la rapporteure.** Sur ces questions, nous pourrions solliciter le Haut Conseil de l'âge, qui a vocation à piloter des politiques publiques et à apporter une expertise.

*La Commission rejette l'amendement.*

## CHAPITRE II **Refonder l'aide à domicile**

### *Article 31*

(Art. L. 313-11-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

### **Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des services d'aide et d'accompagnement à domicile**

L'article 31 définit les clauses obligatoires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les départements et les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes âgées et d'adultes handicapés.

Il établit un nouvel article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui détaille, pour ces services, les modalités de conclusion de contrats ouverts par ailleurs à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux en vertu de l'article L. 313-1 du même code.

Il s'agit de faire de ces conventions un outil de refondation de l'aide et de l'accompagnement à domicile en permettant au plus grand nombre de services de bénéficier d'une tarification administrée en contrepartie d'engagements de service.

- *Un instrument de refondation de l'aide à domicile*

Pour les autorités compétentes, le CPOM constitue l'instrument privilégié de déclinaison des priorités en fonction des territoires. Il permet également de définir avec le gestionnaire des objectifs opérationnels en termes de qualité de la prise en charge des personnes accompagnées, ainsi que d'efficacité de gestion. Le cas échéant, il permet de concevoir un plan pour sortir d'une situation de déficit chronique. En contrepartie de leurs engagements dans le cadre du CPOM, les responsables de structures bénéficient d'une visibilité pluriannuelle sur le niveau ou l'évolution des dotations, ainsi que d'une souplesse et d'une autonomie de gestion plus importante.

#### **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen de l'article L. 313-11**

L'article L. 313-11 prévoit que des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

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

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services.

Ainsi, les CPOM définis à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles permettent d'exonérer les parties au contrat de la procédure budgétaire contradictoire annuelle menée habituellement avec chacun d'entre eux, et pour chacun de leurs établissements ou services. Elle est remplacée par un dialogue de gestion centré sur les objectifs fixés et sur les grands équilibres financiers du gestionnaire.

Plusieurs structures indépendantes pouvant cosigner un même CPOM avec le département, il s'agit d'une réponse adaptée à l'émiettement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Or les CPOM ne sont pas aujourd'hui obligatoires. L'article 124 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 prévu, à l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, l'obligation de conclure un CPOM pour plusieurs catégories d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux, au regard d'un seuil d'activité : ce seuil devait être fixé par un arrêté qui n'est pas paru. Au demeurant, cet article L. 313-12-2, s'il vise bien l'accompagnement des adultes handicapés, ne mentionne pas les services relevant du 6° de l'article L. 312-1, c'est-à-dire ceux qui apportent aux personnes âgées une assistance à domicile dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que des prestations ou une aide à l'insertion sociale.

Plutôt que d'instaurer cette obligation, l'approche du projet de loi consiste à inciter à la conclusion de CPOM, par les biais soit de l'expérimentation d'un tarif global, prolongée à l'article 32 du projet de loi, soit d'une facilitation de l'accès à l'autorisation pour les services agréés, prévue à l'article 33, soit de l'expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de financement et de fonctionnement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile dont traite l'article 34. L'accès des services à ces différents dispositifs est, à chaque fois, subordonnée à la conclusion d'un CPOM avec l'autorité compétente.

Votre rapporteure estime essentiel de bien préciser que les CPOM visent à régir les relations du département tant avec des services relevant de l'autorisation qu'avec des services relevant de l'agrément.

En effet, à l'alinéa 2 du présent article, la première phrase de l'article L. 313-1-1 prévoit expressément que les CPOM sont conclus « *avec des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L. 313-1-2* » du code de l'action sociale et des familles. Or cet article vise les organismes soumis « 1° *soit à l'autorisation prévue à la présente section* » et « 2° *soit à l'agrément prévu à l'article L. 7232-1 du code du travail* ».

Un CPOM n'entraîne en effet pas autorisation mais consentement à une tarification administrée.

- *Une garantie au regard du droit européen*

Enfin, la conclusion d'un CPOM permet de sécuriser l'attribution de financements publics au regard des exigences du droit européen.

Les décisions de la Commission européenne 2005/842/CE « Monti Kroes » et n°2012/21/UE « Almunia » relatives aux aides d'État sous forme de compensation de service public octroyé à certaines entreprises, ont permis d'établir que l'autorisation en matière sociale et médico-sociale peut constituer 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 (SIEG).

Ce mandat, s'il est conforme aux exigences européennes, permet de soustraire au champ de la directive « services » n°2006/123/CE du 12 décembre 2006 « *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 (assurés) par les prestataires mandatés par l'État* » mentionnés à son article 2.2 j.

Actuellement seule l'autorisation par le département assortie de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, définie à l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles, vaut mandatement au sens du droit communautaire.

La diffusion des CPOM parmi les différentes catégories de services d'aide et d'accompagnement à domicile des personnes âgées permettra à ces dernières de bénéficier de financements publics en contrepartie d'engagements définis. Ces aides, contreparties nécessaires de missions d'intérêt économique général, ne pourront dès lors pas être contestées au regard du droit européen de la concurrence.

- *Les clauses traduisant un « mandat » au sens du droit européen*

Le présent article fixe donc les clauses obligatoires de tout CPOM liant le département à un service d'aide et d'accompagnement à domicile.

Parmi celles-ci, figurent tout d'abord la définition claire des missions d'intérêt général constitutives du mandat au sens du droit européen ainsi que les modalités de leur compensation pour charges de service public.

La totalité des éléments qui doivent figurer *a minima* dans les mandats sont listés à l'article 4 de la décision de la commission 2005/842/CE du 28 novembre 2005 relative 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, dite « *décision Almunia* ».

Les dispositions du nouvel article L. 313-11-1 qui visent à répondre à ces exigences sont logiquement calquées sur plusieurs des clauses obligatoires des

conventions d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale figurant à l'article L. 313-8-1 du code de l'action sociale et des familles, qui satisfont déjà à l'obligation de mandatement.

Conformément aux points a, b et c de la « *décision Almunia* », le mandat doit définir la nature et la durée des obligations de service public, ainsi que les entités auxquelles la prestation de ces services a été confiée et les territoires concernés et enfin la nature des droits exclusifs ou spéciaux éventuels octroyés.

Aussi, les 1°, 2° de l'article L. 313-11-1, nouveau, prévoient la définition du « *nombre et des catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année* » ainsi que le « *territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge* ».

Le 3° du même article définit « *les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre* », ce qui correspond à la stricte définition des objectifs de service public et aux modalités de leur compensation, et donc aux financements publics alloués.

En outre le 4° prévoit que le CPOM définit « *les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département* ». Il satisfait ainsi les exigences posées par les points d et e de la « *décision Almunia* » : définition des paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation pour charge de service public ; garanties contre les surcompensations et règles de remboursement le cas échéant.

Enfin, le 8° prévoit la définition de la nature et de la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département, afin de rendre effectif le contrôle de l'utilisation des fonds publics.

- *Les clauses définissant la qualité et le projet de service*

À partir de ce socle, le CPOM doit être un outil de définition partenariale des actions engagées par le ou les services signataires, en contrepartie d'appuis publics, afin de répondre aux besoins des personnes âgées.

Ainsi, le 5° du présent article prévoit que doivent être définies 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 et par le schéma régional de prévention mentionné. Les services qui sollicitent la conclusion d'un CPOM doivent en outre obligatoirement prévoir des engagements en matière d'optimisation des parcours de soins des personnes âgées.

Le régime de l'autorisation est certes plus incitatif pour développer cette approche partenariale et le développement de parcours, dans la mesure où il inscrit le service dans un schéma gérontologique. Mais le CPOM va permettre à un

service relevant du régime de l'agrément de participer également à ces actions en réseau.

En conséquence, le 7° de l'article L. 313-11-1 prévoit que la convention décrit « *la nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire* ».

Calquée sur l'alinéa 9 de l'article L. 313-8-1 relatif à l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, cette exigence se fonde sur le fait qu'un service d'aide et d'accompagnement à domicile isolé et sans partenariat ne peut pas fonctionner correctement. Il doit inscrire son action en coordination avec d'autres services par exemple les services de soins infirmiers à domicile (SIAD), ou les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) créés par les conseils généraux. Des partenariats sont également possibles avec les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'*Alzheimer*, ou avec les établissements de santé dans le but d'adapter le service aux situations de sorties d'hospitalisation.

Le 6° prévoit que le CPOM définit « *les objectifs de qualification professionnelle au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services* ». Il s'agit de déployer au niveau des départements les objectifs du plan pour les métiers de l'autonomie qui prévoit une politique globale et cohérente visant à rendre ces métiers plus attractifs. La formation professionnelle des intervenants des services permet de développer la qualification et donc de transformer les pratiques professionnelles pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers. Elle doit en outre permettre de faire des métiers du social et du médico-social des leviers d'insertion et de promotion sociales.

Enfin, le 9° prévoit la définition des critères d'évaluation des actions conduites. Ces critères pourront au demeurant s'inspirer des évaluations internes et externes auxquelles sont déjà soumis les services relevant du régime de l'autorisation en tant qu'établissements et services sociaux et médico-sociaux, conformément à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté deux amendements de la rapporteure complétant la liste des clauses obligatoires des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Le premier amendement a prévu que les objectifs de qualification professionnelle définis dans les CPOM viseront également la promotion professionnelle des salariés des services d'aide et d'accompagnement à domicile : ces contrats constitueront ainsi un levier du plan des métiers de l'autonomie dans le but de rendre ces derniers plus attractifs. Le second amendement a en outre fait figurer l'objectif de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance dans les clauses obligatoires CPOM.



\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS257 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement vise à corriger une contradiction. L'article autorise les services agréés ou autorisés à conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'APA, alors que l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles réserve cette possibilité aux seuls services autorisés.

**Mme la rapporteure.** L'amendement est satisfait. L'article L. 313-11-1 prévoit que les CPOM sont ouverts à la fois aux services agréés et aux services autorisés.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission aborde l'amendement AS349 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement prévoit que les objectifs de qualification professionnelle définis dans les CPOM comprendront également la promotion professionnelle des salariés des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS354 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** L'amendement vise à faire figurer dans les clauses obligatoires des CPOM liant les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux départements, l'objectif de promotion de la bientraitance et de prévention de la maltraitance.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 31 modifié.*

#### *Article 32*

### **Prolongation de l'expérimentation de nouvelles modalités d'allocation de ressources aux services d'aide et d'accompagnement à domicile**

Cet article permet la poursuite ou l'engagement, pendant un an à compter de la publication de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, d'expérimentations de modalités particulières de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile qui interviennent auprès de personnes âgées ou d'adultes handicapés, autorisé par le département en tant que services sociaux et

médico-sociaux, conformément à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, ou agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail.

Ce secteur essentiel de la prise en charge des plus fragiles se trouve actuellement dans une situation difficile. Dans un contexte de contrainte budgétaire et de diminution de l'activité, il doit engager une montée en charge et en qualité des dispositifs, pour mieux répondre aux besoins des usagers.

À titre d'exemple, selon les données transmises à votre rapporteure par les représentants des centres communaux d'action sociale (CCAS), tous les services d'aide et d'accompagnement sont confrontés depuis 2008 à une diminution des volumes d'heures d'activité. Dans le cadre des conventionnements actuels avec les départements, on constate souvent une prise en charge insuffisante des coûts réels du service. Or ces services réalisent la moitié de leur activité à domicile au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et un quart au titre de l'action sociale des caisses de retraite.

Les interventions sont en effet rémunérées selon un tarif horaire : la tarification est fixée par chaque conseil général. Mais l'aide à domicile en direction de personnes vulnérables ne saurait se réduire à une prestation de service à la personne banalisée dans le marché des services. Elle requiert une action de régulation pour faire prévaloir la protection des personnes accompagnées.

La définition de conventionnements particuliers avec le département afin de valoriser la qualité de l'intervention du service constitue donc un levier de refondation des services d'aide à domicile. De tels conventionnements sont actuellement expérimentés en application du II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, qui les a autorisés à compter du 1er janvier 2012 pour une durée n'excédant pas trois ans.

- *La prorogation pour un an des expérimentations en cours*

Le deuxième alinéa du présent article prévoit que des expérimentations en cours à la date de publication de la présente loi, en application du II de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 précitée, peuvent être poursuivies à compter de la publication de la présente loi, pour une durée n'excédant pas un an.

Ces expérimentations visent les départements et les services d'aide et d'accompagnement à domicile déjà insérés dans le schéma départemental en faveur des personnes âgées au titre de leur autorisation.

Le suivi a relevé d'un comité de pilotage national co-présidé par la direction générale de la cohésion sociale du ministère des affaires sociales et l'assemblée des départements de France (ADF).

### **Article 150, II de la loi de finances pour 2012**

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 du 1er janvier 2012 pour une durée n'excédant pas trois ans. Elles peuvent notamment associer les présidents de conseil général ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le cadre de la mise en œuvre de la restructuration conformément au 1° du I du présent article.

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 de la famille, des personnes âgées et des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.

Les présidents de conseil général ayant choisi de participer à l'expérimentation remettent, en fin d'expérimentation, un rapport d'évaluation aux ministres chargés de la famille, des personnes âgées et des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.

Les modèles de financement retenus ont été formalisés dans un cahier des charges, défini le 30 août 2012 par un arrêté conjoint des ministres de l'économie et des finances, de l'intérieur, des affaires sociales. Les modalités d'allocation de ressources ainsi expérimentées retiennent schématiquement deux modèles : un forfait global et une tarification horaire rénovée.

Le premier modèle, proposé par l'ADF et quatorze fédérations de services d'aide et d'accompagnement à domicile, se fonde sur le principe d'une allocation de ressources par forfait global de financement, dans le cadre d'une contractualisation pluriannuelle. La convention définit un modèle organisationnel pour le service et lui assigne des missions à dispenser dans le cadre du forfait global.

Le second modèle comporte deux possibilités d'allocation des ressources :

– une tarification horaire, associée éventuellement à des missions de service public, qui distingue des tarifs liés à « l'aide à la personne » et des tarifs liés à « l'aide à l'environnement » ;

– une dotation globale calibrée sur des paniers de prestations-types, certaines missions spécifiques pouvant donner lieu à des financements supplémentaires : elle traduit la préconisation du rapport remis en janvier 2012 par Mme Bérengère Poletti, parlementaire en mission auprès de la ministre des affaires sociales, sur les difficultés financières de l'aide à domicile et les modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour les publics fragiles.

Concernant les modalités d'utilisation de l'APA, le cahier des charges rend par exemple possible de moduler sur l'année le nombre d'heures mensuelles défini dans le plan d'aide, afin de mieux l'accroître par exemple en fonction d'un

besoin ponctuel, ou d'adapter les horaires d'intervention dans le cadre d'un projet de service. Dans tous les cas, le volume d'heures prévu au plan d'aide doit être respecté dans la limite de plus ou moins 10 %. Le bénéficiaire peut acquitter le ticket modérateur sous la forme d'une participation forfaitaire sous forme d'abonnement identique chaque mois, indépendamment des heures réellement consommées, modalité définie de façon identique, dans ce cas, pour tous les services expérimentateurs dans le département.

Enfin, des modalités particulières de conventionnement peuvent être établies avec des services d'aide à domicile bénéficiant du simple agrément préfectoral de qualité au titre des services à la personne ou avec les organismes de sécurité sociale, en particulier au titre de l'action sociale des régimes de retraite. Les services agréés ne sont donc pas exclus de ces expérimentations.

- *Le constat d'effets positifs mais une généralisation prématurée*

L'ADF a conduit un bilan intermédiaire rendu public en juillet 2013 : il constate une amélioration des conditions de dialogue entre les services d'aide et d'accompagnement et les conseils généraux ; le tarif global, gage d'une meilleure visibilité budgétaire, serait facteur de confiance, et d'apaisement.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile gérant des enveloppes fermées maîtriseraient mieux leur activité. Le niveau d'activité des services serait, dans l'ensemble, respecté, malgré les modulations des plans d'aide, grâce à une gestion plus rigoureuse. Les bénéficiaires de l'APA accepteraient sans difficulté une participation forfaitisée par les usagers, sous forme d'un abonnement. Les services seraient particulièrement motivés par la reconnaissance de leurs missions de travail social : une émulation se ferait jour entre les services, fondée sur la qualité des interventions et non plus sur les tarifs pratiqués.

Cependant ce bilan de mi-parcours recouvre l'engagement de seulement une dizaine de départements. Et tous ces départements n'appliquent pas intégralement le schéma promu par l'ADF : le versement conditionnel de 10 % en fin d'exercice n'est pas prévu dans certains cas par exemple.

En outre, deux départements (l'Oise et le Rhône) viennent d'engager des expérimentations fondées non pas sur le modèle promu par l'ADF mais par le rapport précité de Mme Bérengère Poletti : ils maintiennent un tarif horaire mais le combinent avec le financement de missions d'intérêt général et de qualité des services rendus aux usagers, dans le cadre d'une convention. Le maintien du tarif horaire serait motivé dans ce cas par la difficulté de lier le principe du forfait global sans référence horaire à la logique d'une APA à domicile construite sur un plan d'aide individualisé et notifié le plus souvent en heures de prestations. Il existerait un risque de déconnection entre les plans d'aide et les financements octroyés pour les mettre en œuvre.

Ceci plaide donc pour la prolongation des expérimentations.

- *L'autorisation d'expérimentations supplémentaires*

Afin de permettre à des départements supplémentaires de s'engager dans l'expérimentation, et d'associer de nouveaux services d'aide et d'accompagnement à domicile aux expérimentations déjà engagées, le premier alinéa du présent article reprend les dispositions du II de l'article 150 de la loi de finances pour 2012 : il autorise selon le même dispositif le lancement d'expérimentations supplémentaires, mais pour une durée maximale de un an cette fois, à compter de la publication de la loi.

Ces expérimentations visent le même objet : elles sont « *relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile* » et les mêmes structures, les services intervenant auprès de personnes âgées et d'adultes handicapés « *mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles* » et autorisés, par le département « *au titre de l'article L. 313-1 du même code* ». Des modalités de conventionnement particulières des services agréés sont autorisées également.

Le cahier des charges applicable est le même que pour les expérimentations en cours.

- *L'évaluation de l'expérimentation*

L'article 150 de la loi de finances pour 2012 a prévu que les présidents de conseil général ayant choisi de participer remettront, en fin d'expérimentation, un rapport d'évaluation aux ministres chargés de la famille, des personnes âgées et des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.

Le présent article engage un pas supplémentaire vers la généralisation éventuelle d'un nouveau modèle de financement : l'alinéa 3 du présent article prévoit en effet la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement évaluant l'ensemble des expérimentations conduites dans ce cadre, « *à partir notamment des contributions des départements et des services expérimentateurs* ».

Avant toute généralisation d'un nouveau modèle tarifaire, il convient en effet de conduire une évaluation de leurs effets, tant sur le fonctionnement des services que sur l'impact sur les usagers. Il a été indiqué à votre rapporteure qu'une mission globale d'évaluation par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sera engagée prochainement.

\*

\* \*

*La Commission étudie les amendements identiques AS258 de Mme Bérengère Poletti et AS297 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Bérengère Poletti.** Les structures d'aide à domicile relevant du régime de l'agrément ne peuvent participer aux expérimentations relatives à

l'évolution de la tarification des services d'aide à domicile. Or les structures agréées, qu'elles soient associatives ou privées et commerciales, sont de plus en plus nombreuses dans le secteur. Elles contribuent pleinement aux politiques de maintien à domicile des personnes âgées. L'amendement AS258 propose d'étendre aux structures agréées, sans distinction de statut juridique, les expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Les amendements sont satisfaits par la référence, dans le premier alinéa, à l'article L. 313-1-2.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS52 de M. Dominique Tian.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement vise à assurer une évaluation des expérimentations en cours relatives à la tarification par l'IGAS et par l'inspection générale des finances (IGF). Actuellement, le suivi de l'expérimentation est réalisé par un comité de pilotage national coprésidé par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et l'Assemblée des départements de France (ADF), dont est membre la Fédération du service aux particuliers (FESP). Ce comité s'appuie sur des comités de pilotage départementaux.

On constate cependant une certaine opacité dans la méthode d'évaluation. L'information fait défaut sur les appels à candidature des structures souhaitant participer aux expérimentations, sur les conseils généraux participant aux expérimentations, sur les réunions des comités de pilotage départementaux et sur les notes de cadrage des expérimentations que l'arrêté ministériel rend pourtant obligatoires.

Dans son rapport sur l'aide à domicile du 4 juin 2014, la commission des affaires sociales observe que le comité n'a pas été en mesure d'assurer son rôle de suivi et de pilotage de la réforme. L'amendement reprend la préconisation des rapporteurs de confier à l'IGAS les évaluations des expérimentations.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable. Je me demande si une telle précision est du niveau de la loi. En outre, l'article laisse toute latitude au Gouvernement pour choisir la manière dont se fera l'expertise.

**Mme Bérengère Poletti.** Certes, mais le Parlement peut préférer que l'évaluation soit effectuée par l'IGAS et l'IGF.

**Mme la rapporteure.** La précision n'a pas à figurer dans la loi.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 32 sans modification.*

*Article 33*

**Procédure d'autorisation avec dispense d'appel à projet pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile agréés**

Cet article autorise, pendant une durée de trois ans à compter de la publication de la loi, une simplification de la procédure d'autorisation par le département, en tant que service social et médico-social, de tout service d'aide à domicile intervenant auprès des personnes âgées et d'adultes handicapés qui dispose déjà, au préalable, de l'agrément pour services à la personne, suivant des critères de qualité, accordé par le préfet conformément à l'article L. 7232-1 du code du travail.

L'alinéa premier de l'article 33 prévoit que, dans ce cas, le candidat n'a pas à se soumettre à 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.

● *Faciliter l'accès au régime de l'autorisation*

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile peuvent relever de deux régimes différents selon qu'ils sont autorisés comme services sociaux et médico-sociaux conformément aux articles L. 313-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, ou agréés au titre des services à la personne, conformément à l'article L. 7231-1 du code du travail. Cette possibilité de choisir entre deux modalités juridiques et financières d'exercice de l'activité, appelée « droit d'option », est prévue à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le régime de l'autorisation permet au département de mieux organiser l'offre en fonction des besoins qu'il a définis. Le service autorisé peut bénéficier, en retour, de financements publics, contrepartie de ses engagements d'intérêt général. Il s'engage dans un véritable partenariat avec le département, l'autorisation étant d'une durée de quinze ans.

Un service agréé opère, lui, comme simple prestataire de services à la personne. Il bénéficie de la liberté tarifaire mais n'est pas inséré dans le cadre d'une offre territoriale et peut donc difficilement développer une approche partenariale pourtant indispensable pour prévenir et accompagner la perte d'autonomie.

En accédant à l'autorisation, un prestataire de services à la personne devient un véritable « service social et médico-social », avec l'obligation de produire un projet de service, un outil fondamental pour garantir le droit des usagers et la réponse aux besoins du territoire. La cohérence de ce projet de service est évaluée dans le cadre de l'évaluation interne et externe des services sociaux et médico-sociaux.

Pour un service relevant du simple agrément, demander une autorisation du département traduit donc l'arrivée à maturité d'un projet d'aide et d'accompagnement à domicile.

Faciliter l'autorisation d'un plus grand nombre de services agréés doit ainsi permettre de mieux réguler l'offre afin d'améliorer le maillage social et médico-social d'un territoire.

- *La dispense d'appel à projet*

L'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que 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 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil, lorsqu'ils font appel partiellement ou intégralement à des financements publics* » sont autorisés « *après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers.* »

**Les étapes de l'appel à projet définies aux articles R. 313-4 à R. 313-7-1**

- Publication d'un calendrier prévisionnel des appels à projets (annuel ou pluriannuel) et d'un avis d'appel à projet visant à éclairer les parties sur les besoins à satisfaire
- Sélection des projets sur la base d'un cahier des charges (qui identifie notamment les besoins sociaux et médico-sociaux à satisfaire en termes d'accueil et d'accompagnement des personnes)
- Dépôt des projets
- Audition des candidats par la commission de sélection
- Autorisation des projets retenus

Si cette procédure permet indéniablement de repérer ou de susciter des offres adaptées, elle présente des lourdeurs, notamment lors de la constitution de la commission d'appel à projet.

Pourtant les services à domicile relevant de l'agrément interviennent d'ores et déjà auprès des bénéficiaires de l'APA de la même façon que les services autorisés. Le présent article leur offre donc la possibilité de dispense de la procédure d'appel à projet pour demander une autorisation.

- *Les conditions de l'autorisation*

Le premier alinéa du présent article indique que « *l'autorisation est accordée si le projet répond* » à trois séries de conditions.

Votre rapporteure souligne que cet indicatif fixe bien une règle impérative : l'autorisation ne saurait être refusée à moins que le président du conseil général n'établisse, par décision motivée, que le candidat ne satisfait pas aux exigences limitativement énumérées par le présent article.



Il s'agit de trois des conditions de délivrance de l'autorisation figurant à l'article L. 313-4. Conformément au 1° de cet article, l'activité du service à domicile doit être compatible avec les objectifs et répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-social. Comme le prévoit son 2°, le service d'aide à domicile doit satisfaire aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles. Enfin, conformément au 4° de cet article, le coût de fonctionnement en année pleine doit être compatible avec les financements disponibles.

L'exigence de respect d'un cahier des charges, figurant au 3° de l'article L. 313-4 n'est pas mentionnée, puisqu'elle est déjà requise au stade de l'agrément.

En outre l'alinéa 2 du présent article, prévoit que le service nouvellement autorisé dans le cadre de cette procédure dérogatoire est tenu de conclure le nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles, établi par l'article 31 du projet de loi, sauf s'il demande simultanément l'habilitation à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Cette disposition vise à donner au service autorisé sans recours à l'appel à projet les mêmes garanties au regard du droit européen que pour les autres services autorisés. L'appel à projet constitue en effet une des modalités du « mandatement » qui établit, pour le droit européen de la concurrence, qu'un service social ou médico-social reçoit des financements publics strictement en contrepartie de missions de service public : la procédure d'appel à projet a en effet eu pour objet de le choisir dans ce but.

La dispense d'appel à projet rend donc indispensable de satisfaire la même condition de « mandatement » par un autre moyen. Or, comme votre rapporteure l'a souligné lors du commentaire de l'article 31 du projet de loi, l'exigence de « mandatement » est satisfaite soit par les conventions d'habilitation à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale, soit par les nouveaux CPOM, institués en partie à cette fin.

À défaut de rendre les CPOM obligatoires pour l'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile, il convient de le faire pour les services agréés autorisés par dispense d'appel à projet et qui ne demanderaient simultanément pas à être habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Le présent article prévoit en outre que ce CPOM définit 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, ce qui est conforme à l'obligation posée par le dernier alinéa de l'article L. 313-8-1 à tout établissement autorisé habilité à l'aide sociale.

- *La restriction à la faculté d'utiliser le droit d'option*

En accédant au régime de l'autorisation, à titre dérogatoire, par dispense d'appel à projet, le service agréé a, au final, fait usage du « droit d'option » entre les deux régimes prévu à l'article L. 313-1-2.

Mais le présent article prévoit que le service autorisé dans ces nouvelles conditions ne peut plus désormais exercer le droit d'option.

S'il peut toujours renoncer au bénéfice de son autorisation avant le terme de quinze ans, le gestionnaire du service ne pourra donc plus exercer la même activité sous le régime de l'agrément dans le même département.

Le cadre incitatif posé par le présent article et par les CPOM établis par l'article 31 devrait donc conduire à limiter les mouvements, observables actuellement, entre agrément et autorisation : le régime de l'autorisation est ainsi privilégié mais dans un cadre incitatif qui n'impose pas de contraintes excessives à l'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Les gestionnaires de services à domicile opérant dans plusieurs départements pourront au demeurant opter pour l'autorisation dans certains d'entre eux, et rester sous le régime de l'agrément dans d'autres, en fonction de leur implantation territoriale.

\*

\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté, sur proposition de la rapporteure, outre un amendement rédactionnel, un amendement qui prévoit que l'autorisation est accordée au service agréé « *sauf décision motivée de refus du président du conseil général* ». Il s'agit ainsi de lever toute ambiguïté et de faciliter la mise en œuvre de la procédure allégée : à défaut de refus motivé par le président du conseil général au regard des conditions limitativement définies par le présent article, l'autorisation sera accordée de façon tacite.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS326 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** La coexistence de deux régimes juridiques applicables au secteur de l'aide à domicile serait source de complexité et de difficultés d'interprétation, tant pour les structures que pour leurs autorités de tutelle, ainsi que d'inégalité de traitement au regard de nombreuses dispositions légales.

Cet amendement vise donc à placer les services d'aide et d'accompagnement à domicile sous le régime unique de l'autorisation, moyennant une période transitoire de trois ans. Le régime juridique de l'agrément ne serait conservé que pour les services intervenant auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap sous le mode « mandataire » ou « mise à disposition ».

**Mme la rapporteure.** Dans le cadre du travail sur le développement des services à la personne que nous menons au sein comité d'évaluation et de contrôle (CEC) de l'Assemblée nationale, Mme Poletti et moi-même serons amenées à formuler des propositions sur la question des services agréés et des services autorisés. Nous prévoyons de remettre notre rapport à la fin de l'année.

L'amendement tend à faire obligation aux services agréés de solliciter une autorisation dans un délai de trois ans, là où le texte ne fait que leur en ouvrir la possibilité. Je rappelle que les services agréés pourront conclure des CPOM. Avis défavorable.

**M. Arnaud Richard.** Dans l'attente des conclusions du CEC, je retire mon amendement.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine les amendements identiques AS259 de Mme Bérengère Poletti et AS298 de Mme Jeanine Dubié.*

**Mme Bérengère Poletti.** Les structures d'aide à domicile relevant du régime de l'agrément doivent pouvoir contractualiser un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sans nécessairement relever du régime de l'autorisation. Or les dispositions actuelles du projet de loi sous-entendent que l'autorisation sera obligatoire.

De plus, l'agrément des services à domicile, délivré sur la base d'un cahier des charges par les services de l'État après avis des conseils généraux, ne requiert pas les mêmes exigences que celles posées par le code de l'action sociale et des familles pour répondre aux besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale ; il ne correspond pas non plus au dispositif des programmes interdépartementaux d'accompagnement.

Nous proposons de clarifier et d'unifier les exigences des deux modalités d'exercice dans le sens des préconisations du rapport de la commission des affaires sociales du Sénat, en retenant « les règles applicables aux services agréés, plus claires et plus faciles à appréhender que les très nombreuses recommandations auxquelles doivent se soumettre les services autorisés. »

Enfin, il est essentiel de conserver le droit d'option en l'état afin qu'un service à domicile relevant de l'autorisation puisse relever du régime de l'agrément pour tout ou partie de ses activités s'il le souhaite.

**Mme la rapporteure.** Les phrases que sous souhaitez supprimer précisent les critères qui permettront l'agrément. Or, tout au long de nos auditions dans le cadre du CEC, nous avons constaté qu'il y avait matière à améliorer les procédures d'agrément et d'autorisation, pour aller éventuellement vers des critères convergents. Il serait prématuré de prendre position dès maintenant. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle étudie, en discussion commune, les amendements AS356 de la rapporteure et AS327 de M. Arnaud Richard.*

**Mme la rapporteure.** Nous demandons que les présidents de conseil général motivent leurs éventuels refus d'autorisation.

**M. Arnaud Richard.** Je retire mon amendement. Évitions de légiférer tant que les travaux du CEC ne sont pas achevés. J'espère que le rapport sera rendu entre les deux lectures et que nous pourrons en tirer les conséquences en deuxième lecture.

**Mme la rapporteure.** Je pense que nous serons dans les délais puisque nous prévoyons de remettre le rapport en fin d'année.

**M. Arnaud Richard.** Il serait bon que le Gouvernement, lui aussi, tienne compte des conclusions du CEC.

*L'amendement AS327 est retiré.*

*La Commission adopte l'amendement AS356.*

*Elle en vient à l'amendement AS54 de M. Dominique Tian.*

**Mme Bérengère Poletti.** Il s'agit de sauvegarder le droit d'exercer l'activité d'aide à domicile sous la seule réserve de satisfaire aux obligations légales de qualité relevant des régimes de l'autorisation ou de l'agrément.

**Mme la rapporteure.** Rien dans cet article ne menace l'activité de service à domicile. La compatibilité avec les objectifs et les besoins sociaux définis par les schémas d'organisation sociale et médico-sociale et avec les règles d'organisation du programme interdépartemental est précisément ce qui fait l'intérêt de l'autorisation et ce qui permet une cohérence avec les autres secteurs. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS55 de M. Dominique Tian.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'amendement vise à conserver le droit d'option, pour la structure prestataire d'aide à domicile, entre le régime de

l'agrément « services à la personne » délivré par les services de l'État et le régime de l'autorisation délivré par les services du conseil général. Le projet de loi supprime ce droit pour les structures nouvellement autorisées. Telle qu'elle est rédigée, cette disposition est en contradiction avec l'article 31, qui prévoit l'accès au CPOM pour les structures relevant du droit d'option, c'est-à-dire à la fois les structures agréées et les structures autorisées.

**Mme la rapporteure.** Le cadre incitatif posé par le présent article et par le CPOM devrait conduire à limiter les mouvements observables actuellement entre agrément et autorisation. Le régime de l'autorisation est privilégié, mais, je le répète, dans un cadre incitatif qui n'impose pas de contraintes excessives à l'ensemble des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS357 de la rapporteure.*

*Elle en vient à l'amendement AS260 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Denis Jacquat.** Les structures d'aide à domicile relevant du régime de l'agrément doivent pouvoir passer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et demander une habilitation à l'aide sociale sans nécessairement relever du régime de l'autorisation.

**Mme la rapporteure.** L'appel à projet constitue une des modalités du mandat qui établit, pour le droit européen de la concurrence, qu'un service social ou médico-social reçoit des financements publics strictement en contrepartie de missions de service public. La procédure d'appel à projet a précisément cette finalité. Comme l'article 33 dispense les services agréés de cette procédure, il leur faut satisfaire, pour être autorisés, la même condition de mandatation par un autre moyen. Or l'exigence de mandatation est satisfaite soit par des conventions d'habilitation à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale, soit par les nouveaux CPOM définis à l'article 31. Il convient donc de rendre les CPOM obligatoires pour les services agréés et autorisés par dispense d'appel à projet, et qui ne demanderaient pas simultanément à être habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Mme Bérengère Poletti.** Madame la présidente, je souhaite attirer votre attention sur nos conditions de travail. Nous aurions dû aborder le texte ce matin et en poursuivre l'examen pendant toute la journée de demain ; or il semble que nous nous préparions à l'achever ce soir, quitte à travailler tard dans la nuit. Mieux vaudrait que chacun se repose et revienne demain matin pour consacrer le temps qu'il faut à ce texte important et attendu depuis longtemps !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je rappelle que si notre commission n'a pu se réunir ce matin, c'est parce que la commission des finances n'avait pas eu le temps d'examiner la recevabilité des amendements au titre de l'article 40 de la Constitution. Étant donné les difficultés soulevées par votre camp politique il y a quelques mois à ce sujet, je me refuse à autoriser, sans l'aval de la commission des finances, l'examen d'un amendement qui pourrait être suspecté de coûter ne serait-ce qu'un euro !

**Mme Bérengère Poletti.** Je souhaiterais que la commission vote sur la poursuite ou non de nos travaux cette nuit.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je n'ai pas à mettre au vote les décisions qu'il me revient de prendre. Nous poursuivons l'examen du texte.

*L'amendement AS57 de M. Dominique Tian est retiré.*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement AS164 de M. Arnaud Richard.*

*Puis elle adopte l'article 33 modifié.*

#### Article 34

### **Possibilité pour les services polyvalents d'aide et de soins à domicile d'opter pour un mode d'organisation intégré**

Le présent article permet la mise en œuvre d'expérimentations visant à renforcer l'intégration des services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD) et à faciliter ainsi le financement des actions de prévention de l'autonomie. L'objet de ces expérimentations est de favoriser un rapprochement entre les activités d'aide et les activités de soins exercées auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, en permettant une meilleure coordination de l'intervention des professionnels du secteur social et médico-social ainsi que du secteur sanitaire.

#### **1. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), des services insuffisamment intégrés**

##### ***a. SAAD et SSIAD : deux types de services distincts assurant l'aide, l'accompagnement et les soins aux personnes en perte d'autonomie***

La prise en charge de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées en situation de perte d'autonomie, ainsi que celle des soins qui leur sont délivrés, apparaît à ce jour insuffisamment coordonnée.

D'une part, les missions de soutien à domicile, de préservation ou de restauration de l'autonomie, ou encore de maintien ou de développement des activités sociales des personnes âgées dépendantes ou des personnes handicapées

avec leur entourage, sont accomplies par des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), en vertu des dispositions de l'article D. 312-6 du code de l'action sociale et des familles. Les prestations délivrées s'inscrivent dans le cadre d'un projet individualisé d'aide et d'accompagnement, élaboré le plus souvent par une aide à domicile. Deux régimes juridiques coexistent pour ces services : l'agrément, délivré par le préfet, ou l'autorisation, délivrée par le président du Conseil général.

D'autre part, en ce qui concerne les soins à domicile délivrés aux personnes âgées dépendantes ou aux personnes en situation de handicap, ce sont les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui interviennent (article D. 312-1). Dans ces services, l'évaluation des besoins des patients et la coordination des intervenants – médecin traitant, professionnels de santé, établissements de santé ou médico-sociaux – sont assurées par un infirmier coordonnateur. Contrairement aux SAAD, les SSIAD dépendent des agences régionales de santé (ARS) pour la fixation des tarifs, l'allocation et le contrôle des financements, lesquels proviennent intégralement des caisses d'assurance maladie.

L'action combinée des SAAD et des SSIAD permet d'assurer la prise en charge à domicile des personnes âgées ou handicapées en situation de perte d'autonomie, dans la perspective de différer autant que possible leur entrée en établissement. Elle se heurte néanmoins à des difficultés de fond telles que l'absence de coordination entre les soins infirmiers et les activités d'aide et l'accompagnement à domicile, l'intervention de financeurs différents ou encore des périmètres géographiques divergents, que la création de services polyvalents n'a pas réussi intégralement à pallier.

#### ***b. La création des SPASAD : une initiative louable mais inachevée***

Afin de favoriser une prise en charge coordonnée et globale des personnes âgées ou handicapées en perte d'autonomie, le décret n°2004-613 du 25 juin 2004, codifié à l'article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, a permis de regrouper au sein d'un même service, le service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les missions des SAAD et des SSIAD.

Les SPASAD interviennent auprès des personnes âgées ou handicapées dépendantes dans le cadre d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur le fondement d'une évaluation de la situation individuelle de la personne. Cette évaluation, coordonnée par un « personnel salarié » du service, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de l'aide et de l'accompagnement et de professionnels du soin. La mutualisation de ces services présente de nombreux avantages, qu'il s'agisse de la gestion des services avec la mise en commun des locaux ou de certaines fonctions support, ou des usagers des services, qui peuvent désormais s'adresser à un interlocuteur unique et bénéficier d'une prise en charge mieux coordonnée et plus globale.

La possibilité donnée aux SSAD et aux SSIAD de se regrouper en SPASAD n'a toutefois pas rencontré le succès escompté puisqu'au 31 décembre 2012, selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, seuls 83 services polyvalents avaient été créés – contre environ 2 200 SSIAD. Cette situation s'explique par les limites inhérentes au dispositif instauré par le décret du 25 juin 2004 précité.

En effet, la possibilité de créer un service intégré n'a en réalité opéré qu'une juxtaposition de deux entités juridiques. À titre d'illustration, le SPASAD dépend de deux autorités différentes en charge de l'autorisation, de la tarification et du contrôle, puisque les SAAD autorisés relèvent du conseil général et les SSIAD, de l'ARS. En conséquence, les périmètres géographiques d'intervention des deux services ne sont pas identiques, puisque les services d'aide à domicile dépendent du département, tandis que les services de soins infirmiers relèvent de l'ARS. Aussi, à défaut d'avoir simplifié la gestion des services d'aide, d'accompagnement et de soins à domicile, la création des SPASAD a contribué à complexifier la gestion de ces deux services, en raison de la superposition des règles tarifaires et de financement relatives aux deux services distincts qui les composent.

## **2. Renforcer, à titre expérimental, l'intégration des SPASAD**

### ***a. Mise en place d'expérimentations pour des SPASAD plus intégrés***

Afin de pallier les difficultés de gestion rencontrées par les SPASAD, le premier alinéa du présent article propose la création, à titre expérimental, d'un « *modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement* » de ces services, dont la mise en place reposerait à la fois sur des modalités précisées par un cahier des charges et sur la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le service, le directeur général de l'ARS et le président du conseil général.

Cette expérimentation concerne les SPASAD relevant des alinéas 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire les services sociaux et médico-sociaux assurant une assistance pour les activités quotidiennes ou une prestation de soins à domicile auprès des personnes âgées (6°) ou des personnes handicapées (7°). Elle s'adresse aux services et conseils généraux volontaires, et permet de prendre en charge la prévention de la perte d'autonomie dans toutes ses composantes.

L'objectif de ces expérimentations est multiple. D'un point de vue organisationnel, il s'agit de corriger les problématiques de gestion et de financement qui ont freiné le développement des SPASAD, afin d'inciter la création de services polyvalents par les gestionnaires des services d'aide à domicile ou de soins infirmiers.

Du point de vue des bénéficiaires de ces services, le but visé par ces expérimentations est d'encourager une meilleure coordination des interventions réalisées auprès des personnes âgées et des personnes handicapées en situation de



perte d'autonomie, afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge sociale et médico-sociale.

***b. Modalités de mise en œuvre : cahier des charges et signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens***

Le second alinéa du présent article conditionne la mise en place des expérimentations de SPASAD au niveau national à la publication d'un arrêté ministériel d'approbation d'un cahier des charges définissant les modalités du modèle intégré des SPASAD, par les ministres en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités locales.

Au niveau local, la signature d'un CPOM entre le service volontaire, le président du conseil général et le directeur général de l'ARS est un préalable indispensable à la mise en place d'un SPASAD expérimental. L'objet d'un CPOM, en vertu de l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, est notamment de fixer les obligations respectives des parties signataires, et de prévoir les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis. Dans le cadre des expérimentations du modèle intégratif des SPASAD, le présent article définit spécifiquement quatre catégories de clauses obligatoires de ce CPOM :

– Le 1<sup>o</sup> prévoit que le contrat organise les modalités de coordination des soins, des aides et de l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées. Il confie à un infirmier, employé par le service, le soin de mieux articuler les différentes interventions, afin de pallier le manque de synchronisation relevé dans l'organisation actuelle des SPASAD. L'infirmier coordonnateur sera en charge d'élaborer le plan individualisé de soins, d'aides et d'accompagnement ; son action devrait ainsi permettre d'harmoniser l'intervention de l'ensemble des professionnels de santé intervenant à domicile et d'améliorer sensiblement la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes.

– Le 2<sup>o</sup> prévoit que les parties s'accordent, dans les termes du contrat, sur le financement des activités d'aide à domicile : tarifs horaires, dotation globale ou forfait global – qui est l'une des modalités de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile prévues dans le cadre des expérimentations prévues à l'article 32 du présent projet de loi – tels que déterminés par le président du Conseil général.

– En ce qui concerne les activités de soins infirmiers à domicile, le 3<sup>o</sup> indique que le contrat fixe la dotation globale de soins infirmiers, telle que déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

– Enfin, le 4<sup>o</sup> prévoit que les différentes parties au contrat s'entendent sur « la définition des actions de prévention » mises en place par le SPASAD, ainsi que sur « leurs modalités de mise en œuvre et de suivi ». Il est également précisé que les modalités de répartition du financement de ces actions entre le département et l'agence régionale de santé sont déterminées dans le contrat.

Sans remettre en cause les compétences des financeurs respectifs des services d'aide et d'accompagnement et des services de soins infirmiers, l'inscription dans un contrat pluriannuel des montants et de la répartition de ces financements permettra de clarifier la gestion des SPASAD. En sécurisant les financements alloués par le conseil général ou par l'ARS, ce contrat devrait inciter le développement de nouveaux services polyvalents.

### *c. Évaluation des expérimentations*

Ces expérimentations représentent une avancée louable pour le renforcement de l'intégration des services de soins infirmiers à domicile et des services d'aide et d'accompagnement à domicile, puisqu'elles devraient permettre d'améliorer sensiblement la prise en charge à domicile des personnes âgées ou des personnes handicapées en situation de dépendance. Le caractère expérimental du modèle intégré des SPASAD ne permettra pas néanmoins de répondre à toutes les problématiques qui se posent à ce jour aux services d'aide et de soins à domicile. Votre rapporteure regrette par exemple que la question de la couverture territoriale des SPASAD ne soit pas abordée plus directement, les périmètres des services de soins infirmiers et ceux des services d'aide et d'accompagnement à domicile ne se recoupant pas forcément.

Enfin le dernier alinéa de l'article 34 prévoit la remise au Parlement d'un rapport gouvernemental d'évaluation de ces expérimentations, « *au plus tard le 30 juin 2017* ».

\*

\* \*

Lors de son examen du texte, votre commission a adopté deux amendements de votre rapporteure, l'un d'ordre rédactionnel, l'autre visant à rectifier une erreur de référence.

\*

\* \*

*La Commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS353 et AS348 de la rapporteure.*

*Elle est saisie des amendements identiques AS194 de M. Arnaud Richard, AS261 de Mme Bérengère Poletti et AS299 de Mme Jeanine Dubié.*

**M. Arnaud Richard.** La coordination par un seul et même acteur doit également permettre une mutualisation des moyens au sein du service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

**M. Denis Jacquat.** Il s'agit de s'assurer que le déploiement des SPASAD constitue à la fois un gage d'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et une économie pour les finances publiques.

**Mme Jeanine Dubié.** Le regroupement des activités au sein des SPASAD doit, en effet, être suivi à la fois d'une amélioration du service rendu et d'une économie pour les finances publiques.

**Mme la rapporteure.** Le but de ces expérimentations est précisément l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et la réalisation éventuelle d'économies d'échelle. Je ne vois pas l'intérêt de le dire une seconde fois à propos du rapport d'évaluation que devra remettre le Gouvernement. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 34 modifié.*

### CHAPITRE III

#### **Soutenir et valoriser les proches aidants**

##### *Article 35*

(Art. L. 113-1-3 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

##### **Définition du proche aidant de la personne âgée**

Le présent article établit une définition du proche aidant de la personne âgée dans le code de l'action sociale et des familles. Elle est insérée dans les livre et titre premiers de ce code relatifs aux principes généraux de l'action sociale, dont le chapitre III est consacré aux personnes âgées. Le rôle du proche aidant se trouve ainsi consacré, au niveau des grands principes, comme fondement de l'accompagnement des personnes âgées

Il s'agit aussi de donner un fondement aux dispositifs d'aide et de soutien destinés aux proches aidants fixés aux articles 29 et 36 du projet de loi qui rénovent l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA).

Le présent article établit donc un article L. 113-1-3 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles qui définit le proche aidant d'une personne âgée et qualifie son rôle d'accompagnement de la personne.

##### ● *L'identification des proches aidants*

L'article L. 113-1-3 propose une définition englobante qui vise à la fois les membres de la famille, au sens large, soit près de 80 % des aidants, mais également les proches sans lien familial.

Sont ainsi visés les conjoints, les partenaires ayant conclu un pacte civil de solidarité, les concubins, les parents et les alliés mais également les personnes

partageant le domicile de la personne aidée ou entretenant des liens étroits et stables avec elle. La définition juridique se fonde ainsi sur les liens de solidarité concrets qui établissent les relations entre la personne aidée et l'aïdant.

Votre rapporteure se satisfait que la définition proposée permette ainsi d'englober l'ensemble des personnes pouvant être concernées, membre de la famille ou non, et prévoir les différents cas de figure qui amèneraient une personne à assumer le rôle d'aïdant.

● *La nature de l'aide apportée*

Ces dispositions précisent également la nature et l'intensité de l'aide apportée. L'aide est délivrée « à titre non-professionnel » : elle ne peut donc faire l'objet d'une rémunération ou être associée à un emploi dans le secteur des services d'aide et d'accompagnement à domicile. L'aide doit être fournie « de manière régulière » : les tâches sont inscrites dans la durée et ne sont pas ponctuelles ou exceptionnelles.

L'aide permet enfin d'« accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne ». Votre rapporteure souhaite que cette notion ne soit pas interprétée de façon restrictive, au regard des seuls actes définis dans la grille AGGIR, restreints à l'intérieur de la sphère du logement individuel. L'étendue du champ à couvrir est plus valablement illustrée par les huit types d'activités retenues par la DREES pour qualifier l'aide à la vie quotidienne dans les études conduites pour évaluer la charge ressentie par les proches aidants : surveiller la personne âgée, l'aider dans ses soins personnels et son suivi médical, contribuer aux tâches ménagères, accomplir des démarches administratives, faire des courses, aider aux déplacements à l'intérieur ou en dehors du logement <sup>(1)</sup>. La définition retenue doit donc être extensive, afin de n'exclure aucune catégorie d'aïdant.

\*

\* \*

Lors l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de la rapporteure précisant la définition du proche aidant qui dispose que celui-ci intervient non seulement de manière régulière mais également « fréquente » et, qu'il aide à accomplir non seulement les actes mais également les « activités » de la vie quotidienne.

\*

\* \*

---

(1) DREES « Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie », *Études & Résultats*, mars 2012, n° 799, p. 5.

*La Commission est saisie des amendements identiques AS197 de M. Arnaud Richard et AS262 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable à ces amendements qui tendent à inclure la notion d'aidant familial dans la définition du proche aidant, au risque de provoquer une confusion avec la catégorie juridique des aidants familiaux auprès des personnes handicapées, définie à l'article R. 245-7 du code de l'action sociale et des familles. De plus, la notion de « collatéral » que ces amendements ajoutent n'a pas de réel fondement juridique. Il ne me semble pas non plus pertinent de substituer le terme d'« activités » à celui d'« actes ».

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS350 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Il s'agit de préciser que le proche aidant est celui qui vient en aide à la personne âgée de manière non seulement régulière, mais aussi fréquente. Je propose également d'élargir la définition du rôle du proche aidant aux activités de la personne, et non aux seuls actes de la vie quotidienne que sont l'aide aux démarches administratives ou l'accompagnement aux rendez-vous médicaux.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine l'amendement AS272 de M. Yves Daniel.*

**M. Yves Daniel.** L'amendement vise également à préciser la notion de proche aidant. L'aide apportée se limite rarement aux seuls actes de la vie quotidienne. Le soutien psychologique, en particulier, en est une composante essentielle.

**Mme la rapporteure.** Votre proposition a retenu toute mon attention et m'a amenée à proposer, dans le précédent amendement, de parler aussi d'« activités ». La difficulté qui m'est apparue dans votre rédaction, c'est qu'à trop préciser on risque d'oublier certaines activités et de leur fermer ainsi la porte. Mieux vaut s'en tenir à des termes plus généraux pour ne rien exclure. C'est pourquoi j'émet un avis défavorable à cet amendement.

**M. Yves Daniel.** Je le regrette. Le soutien psychologique apporté par les aidants est crucial.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 35 modifié.*

*Après l'article 35*

*La Commission est saisie de l'amendement AS161 rectifié de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** Cet amendement vise à exonérer d'impôt sur le revenu et de prélèvements sociaux le dédommagement perçu par l'aidant familial, sachant que ce dédommagement fait déjà l'objet d'un régime juridique spécifique.

**Mme la rapporteure.** « Cela relève-t-il bien de cette loi ? » demanderait M. Sebaoun !

Les sommes perçues par l'aidant familial traduisent, quoi qu'il en soit, une activité économique, et elles sont à ce titre soumises à des prélèvements sociaux et à l'impôt sur le revenu, tout en bénéficiant d'un abattement forfaitaire spécifique de 34 %. Avis défavorable.

**M. Arnaud Richard.** Les 8,3 millions de Français de plus de seize ans qui dispensent ces aides, dédommagées aujourd'hui à hauteur de 3,65 euros par heure, apprécieront ! Vous auriez pu faire un geste !

*La Commission rejette l'amendement.*

*Article 36*

(Art. L. 232-3-2 et L. 232-3-3 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles)

**Augmentation du plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en cas d'absence temporaire du proche aidant**

Cet article définit les cas dans lesquels l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile peut financer les dépenses occasionnées par l'absence temporaire d'un proche aidant du bénéficiaire.

Il tire donc les conséquences d'un des apports de l'article 29 du projet de loi qui prévoit, à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, que l'équipe médico-sociale « *évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants* », « *identifie les autres aides utiles (...) au soutien de ses proches aidants* » et propose le plan d'aide auquel est affecté l'APA en tenant compte non seulement du « *besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire* » mais également « *des besoins des proches aidants, ainsi que des modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ces derniers* ».

L'article 36 insère donc deux nouveaux articles dans les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'APA à domicile afin d'ouvrir droit à des augmentations des plans d'aide du bénéficiaire motivées par le fait que le proche aidant ne peut momentanément plus assumer une présence ou une aide indispensables au maintien à domicile.

Cette aide peut prendre la forme d'un remplacement temporaire de l'aidant. De nombreuses initiatives se sont développées depuis une dizaine d'années, initiées par des associations, des organismes mutualistes ou dans le cadre de l'action sociale des caisses de retraite ou de collectivités territoriales. Ils visent à financer un « répit » des aidants.

En outre, lorsqu'une présence continue auprès de la personne âgée est indispensable, permettre à l'aidant de programmer des absences évite les ruptures d'accompagnement et améliore leur planification : c'est une garantie de qualité de l'aide apportée.

- *Les aides proposées*

Ces dispositifs peuvent consister à remplacer le proche aidant au domicile de la personne âgée ou bien à financer un bref séjour de la personne âgée hors de son domicile, soit dans le cadre de l'accueil familial, soit dans des structures d'accueil de jour, ou de nuit, ou d'hébergement temporaire.

Les structures d'**hébergement temporaire** offrent des solutions d'accueil temporaire (3 mois maximum) lorsque la personne âgée ne peut plus occuper son logement (travaux, absence des aidants, sortie d'hospitalisation), qu'elle ne peut rester à domicile en continu ou qu'elle souhaite se familiariser avec les établissements pour personnes âgées avant une admission future.

L'**accueil de jour ou de nuit** peut recevoir des personnes âgées dépendantes pour une durée pouvant aller d'une demi-journée à plusieurs journées par semaine. Les frais afférents à l'hébergement et à la dépendance sont à la charge de la personne accueillie. Le département peut participer au financement d'une partie des frais d'hébergement des structures autonomes de manière facultative par l'octroi d'une aide sociale à l'hébergement tandis que les frais de dépendance peuvent être financés dans le cadre de l'APA.

Ces structures collectives de répit proposent fréquemment des ateliers d'activités de groupes et/ou des ateliers supervisés par des personnels médicaux et paramédicaux (ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, assistante sociale, etc.)

Quelles que soient les formes de l'aide au répit, le proche aidant ou la personne aidée doivent faire face à un reste à charge élevé. La prise en charge, dans le cadre de l'APA, de dépenses occasionnées par l'absence de l'aidant constitue donc la première réponse nationale d'envergure à cette situation.

- *Le financement dans le cadre de l'APA*

En conséquence, le présent article établit un article L. 232-3-2 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles qui prévoit un nouveau droit pour 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* ».

Ce champ est donc plus restreint que la définition des proches aidants établie par l'article 35 du projet de loi : elle permet d'attribuer une aide aux seules situations dans lesquelles l'absence de prise en compte des besoins du proche aidant pourrait progressivement compromettre l'accompagnement de la personne qu'il aide.

Le proche aidant dont la présence est indispensable au soutien à domicile peut dès lors ouvrir droit à des dispositifs répondant à des besoins de répit, « *qui doivent être adaptés à la personne qu'il aide* ». Aussi, dans l'entier respect du principe du respect du projet de vie de la personne âgée en perte d'autonomie, affirmé par l'article 19 du projet de loi, le dispositif de répit destiné à permettre l'absence temporaire de l'aidant doit-il être défini d'abord en fonction des besoins de la personne aidée.

Conformément au principe de libre choix entre maintien à domicile et résidence dans un hébergement collectif, le répit peut ainsi consister en un renforcement de l'aide à domicile, le cas échéant par le relais de plusieurs intervenants, voire, conformément à l'expérimentation prévue à l'article 37 du projet de loi, par suppléance de l'aidant par un intervenant unique pendant plusieurs jours consécutifs.

L'évaluation des besoins de répit du proche aidant est réalisée par l'équipe médico-sociale a priori, lors de la première demande d'allocation. Chaque révision du plan d'aide peut fournir l'occasion de mieux réévaluer les besoins de répit de l'aidant. Un décret spécifique devra préciser les modalités de cette évaluation.

Cette aide spécifique est versée dans le cadre de l'APA : aussi, conformément à l'article L. 232-15 du code de l'action sociale et des familles dans la rédaction projetée par l'article 29, les prestations d'accueil temporaire ou de répit à domicile peuvent faire l'objet de versements ponctuels au bénéficiaire de l'APA mais le département peut également verser la partie de l'allocation concernée directement à la personne physique ou morale ou à l'organisme qui assure l'accueil temporaire ou le répit à domicile.

Il est précisé que l'aide est définie « *sans préjudice du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1* », dans sa rédaction issue de l'article 29 du projet de loi, soit le montant maximal annuel que peut percevoir un bénéficiaire de l'APA en fonction de son niveau de perte d'autonomie. L'existence de ce plafond est sans incidence sur les plans d'aide dont le montant est bien inférieur, mais son effet est souvent sensible pour les personnes dont la perte d'autonomie est la plus élevée et donc les plans sont souvent « saturés » : or c'est précisément pour elles que la présence permanente d'un aidant est le plus souvent nécessaire. Le financement du droit au répit d'un aidant dont la présence est indispensable entraînera donc fréquemment une dépense au-delà du montant du plafond.

Le niveau maximum de ce supplément d'aide sera défini par décret. Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, il pourrait atteindre 500 euros par an.



Ajoutée à la revalorisation même des plafonds de l'APA prévue par l'article 29, il s'agit donc d'un apport substantiel pour les bénéficiaires de l'APA dont les plans d'aide sont les plus lourds.

Enfin, le présent article prévoit une aide complémentaire pour faire face aux situations d'urgence : un article L. 232-3-2 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles autorise une augmentation ponctuelle du plan d'aide, au-delà du plafond, jusqu'à un montant fixé par décret, pour faire face à l'hospitalisation du proche aidant.

Le montant de l'aide ne saurait dans ce cas être défini au préalable par l'équipe médico-sociale. Un décret précisera les conditions dans lesquelles le département examinera les demandes et prendra en charge les frais occasionnés, non pas par l'hospitalisation de l'aidant, mais par la solution d'accueil de la personne âgée dépendante pendant l'hospitalisation de l'aidant.

Il est précisé que le décret devra décrire les modalités de prise en charge « *en particulier en urgence* », mais cette mention n'interdit pas la prise en charge des dépenses d'accompagnement de la personne âgée lorsque le proche aidant bénéficie de soins programmés. Il reste que le cas d'augmentation ponctuelle prévu par cet alinéa vise prioritairement les situations dans lesquelles la continuité de l'accompagnement de la personne âgée est menacée, a fortiori quand elle n'a pas pu être anticipée.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 36 sans modification.*

#### *Article 37*

### **Expérimentation de la suppléance des proches aidants par « baluchonnage »**

Le présent article autorise l'expérimentation pour une durée de cinq ans d'un dispositif apportant une offre de répit originale aux proches aidants. Communément dénommé « baluchonnage », il consiste à permettre à un professionnel d'intervenir au domicile d'une personne en perte d'autonomie qui nécessite une surveillance permanente, en remplacement du proche aidant, plusieurs jours consécutifs.

Illustré par le « baluchon Alzheimer » québécois, le baluchonnage vise à diversifier l'offre de répit des proches aidants en permettant l'expérimentation de services de relais à domicile fonctionnant avec un professionnel unique plusieurs jours consécutifs. La présence en continu permet à l'intervenant de suppléer pleinement le proche aidant : il apporte accompagnement et aide à la personne âgée, en se fondant en particulier sur ses qualifications sociales et médico-sociales, mais effectue également les tâches ménagères. Le professionnel occupe dans ce cas pleinement la position du proche aidant. Ce dispositif est donc

particulièrement adapté pour les personnes souffrant de troubles cognitifs importants, qui peuvent être désorientées par l'accueil temporaire en dehors du domicile ou par la multiplicité des intervenants. Cette suppléance renforcée permet en outre de répondre aux besoins d'accompagnement des aidants.

Puisque les prestations de suppléance comportent une présence permanente pendant plusieurs jours consécutifs, l'expérimentation est étroitement encadrée et se fonde sur des dérogations, précisément définies, aux règles fixées par le code du travail.

### **1. Une expérimentation fondée sur des mécanismes éprouvés**

Pour instituer le baluchonnage, le **I** du présent article s'appuie sur les dispositifs existants de l'aide et de l'accompagnement à domicile.

#### ***a. Des modes d'intervention à domicile encadrés***

L'alinéa 1 définit l'objet de l'expérimentation comme des « *prestations à domicile de suppléance du proche aidant d'une personne nécessitant une surveillance permanente pendant des périodes d'absence de celui-ci* ».

Son exercice est réservé à trois catégories d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux visées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles : outre les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale, mentionnés aux 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, sont également visés les établissements et services mentionnés au 2° et 7° de cet article, respectivement chargés de l'accompagnement des personnes mineures et des personnes adultes handicapées. L'expérimentation envisagée pourra donc bénéficier aux proches aidants de personnes handicapées.

La suppléance relève ainsi d'établissements spécialisés dans l'accompagnement social et médico-social : votre rapporteure y voit une garantie de viabilité du dispositif de baluchonnage pendant son expérimentation.

Aux alinéas 2 et 3, les 1° et 2° prévoient deux cas de figure de placements de salariés par ces organismes.

Il peut tout d'abord s'agir de salariés volontaires de ces établissements, mentionnés au 1°. Dans ce cas, l'intervenant à domicile relève du « *mode prestataire* » prévu au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail. L'intervention du baluchonneur se fait sous la responsabilité et sous l'autorité hiérarchique d'un encadrant qui le missionne pour la réalisation de la prestation au domicile.

Le 2° prévoit le cas du placement d'un salarié du particulier employeur, défini à l'article L. 7221-1 comme « employé de maison » ou « salarié employé par des particuliers à des travaux domestiques ». Dans ce cas, l'établissement

social et médico-social intervient conformément au « *mode mandataire* », régi par le 1° de l'article L. 7232-6 du code du travail : il place des salariés auprès du particulier employeur et accomplit pour son compte les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à leur emploi, mais le bénéficiaire de la prestation demeure l'employeur direct du baluchonneur.

Dans ce second cas, peut se poser la question des modalités d'intervention des structures mandataires qui emploient déjà les salariés du particulier employeur qui pourraient être volontaires. Un conventionnement quadripartite pourrait être alors envisagé, liant ces salariés, les structures mandataires dont ils relèvent et les particuliers employeurs, aux établissements sociaux et médico-sociaux auxquels est confiée l'expérimentation. En outre, il conviendra de préciser l'identité de l'employeur du salarié à domicile mandaté par le service expérimentateur : il s'agira sans doute du proche aidant de la personne en perte d'autonomie.

Ces précisions seront apportées par le décret définissant globalement les conditions d'application de l'expérimentation, prévu par le V du présent article, à l'alinéa 15.

#### ***b. Un exercice donnant lieu à autorisation ou agrément***

L'alinéa 4 prévoit que les autorités compétentes sont informées de la mise en œuvre des prestations de balluchonnage.

Il s'agit en premier lieu des autorités habituellement informées lorsqu'intervient tout changement important dans l'activité d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation, conformément au quatrième aliéna de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles. Pour les établissements spécialisés dans l'aide aux personnes mineures handicapées, mentionnés au 2° de l'article L. 312-1 du même code, il s'agit du seul directeur général de l'agence régionale de santé. Pour les établissements dont relèvent les personnes âgées et les adultes handicapés, mentionnés aux 6° et 7° du même article, il s'agit conjointement du directeur général de l'agence régionale de santé et du président du conseil général.

En second lieu, la possibilité de recours à des salariés du particulier employeur, et, le cas échéant, à leurs structures mandataires, fait intervenir les services de l'État dans le département dans la mesure où ils ont délivré l'agrément « *suivant des critères de qualité* » prévu au 2° de l'article L. 7232-1 du code du travail. Cet agrément est en effet nécessaire afin d'exercer des activités de service à la personne en matière d'assistance aux personnes âgées ou aux personnes handicapées, lorsque le service n'a pas sollicité l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Logiquement, l'alinéa 5 subordonne la mise en œuvre des prestations à une autorisation ou à un agrément lorsque ces prestations ne sont pas comprises dans le champ d'une autorisation ou d'un agrément préexistant.

Puisque les activités de baluchonnage peuvent être exercées après délivrance d'un agrément ou d'une autorisation, le choix a bien été fait de ne pas restreindre le baluchonnage au seul secteur social et médico-social, mais de l'ouvrir au secteur privé des services à la personne. Mais dans ce cas, la structure mandataire du salarié du particulier employeur ne contrôle pas la réalisation de la prestation de suppléance : le placement des salariés relève de la responsabilité de l'établissement ou service social et médico-social seul habilité à intervenir.

## **2. Des dérogations au droit du travail accompagnées de garanties**

### *a. Les dérogations aux règles habituelles en matière de temps de travail*

Le **II**, aux alinéas 6 et 7, définit les dérogations au droit du travail ainsi qu'aux conventions collectives applicables autorisées dans le cadre de l'expérimentation.

Les salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mentionnés au **1°** du **I** ne sont ainsi 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 ainsi qu'à la durée minimale de repos quotidien prévues par les conventions collectives qui leur sont applicables. Il s'agit, d'une part, de la convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées et, d'autre part, de la convention relative aux établissements médico-sociaux de l'union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux.

En outre, ces salariés ne sont pas soumis à des dispositions du code du travail limitativement énumérées :

– temps de pause de vingt minutes dès que le temps de travail quotidien atteint six heures (L. 3121-33),

– durée quotidienne maximale de travail effectif de dix heures (L. 3121-34),

– durée de travail hebdomadaire maximale de quarante-huit heures, hors dépassements exceptionnels plafonnés à soixante heures (L. 3121-35),

– durée hebdomadaire moyenne de travail sur une période de douze semaines, fixée au maximum à quarante-quatre heures (L. 3121-36),

– avis obligatoire des institutions représentatives du personnel sur toute dérogation à ces durées maximales (L. 3121-37),

– durée quotidienne maximale de travail de huit heures pour un travailleur de nuit (L. 3122-34),

– durée maximale hebdomadaire de quarante heures en cas de travail de nuit, sur une période de douze semaines consécutives (L. 3122-35),

– et enfin durée minimale de repos quotidien de onze heures (L. 3131-1).

Pour les salariés du particulier employeur mentionnés au 2° du I, l'alinéa 7 ne prévoit pas de dérogations spécifiques au code du travail puisque l'ensemble des dispositions précédemment énumérées ne leur sont pas applicables en application de l'article L. 7221-2 du code du travail.

Une dérogation est cependant prévue aux règles 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. L'ensemble des cas de dérogations possibles sont visés, par symétrie avec les conventions collectives des salariés des établissements et services médico-sociaux, mais la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 n'encadre actuellement pas les temps de pause, ni la durée quotidienne maximale du travail, ni la durée de repos quotidien : elle prévoit cependant, à son article 15, une durée maximale hebdomadaire de cinquante heures de travail, qui ne sera donc pas applicable.

De telles dérogations aux règles habituelles en matière de temps de travail peuvent être comparées à celles qui régissent d'autres interventions sociales nécessitant une présence permanente. C'est par exemple le cas des dérogations applicables aux éducateurs familiaux employés par des associations gestionnaires de villages d'enfants, définies à l'article L. 431-2 du code de l'action sociale et des familles. Les éducateurs familiaux ne sont ainsi soumis à aucune des dispositions relatives à la durée du travail, à la répartition et l'aménagement des horaires, et aux repos quotidien et hebdomadaire prévus au code du travail.

### ***b. Les garanties apportées***

Si les règles habituellement applicables sont écartées, l'expérimentation est encadrée par des règles particulières fixées par le III de l'article 37..

La durée de l'intervention ne peut excéder six jours consécutifs. À l'issue de toute intervention, le salarié bénéficie d'un repos compensateur, dont la durée devra être précisée par voie réglementaire.

Le baluchonneur ne peut effectuer plus de quatre-vingt-quatorze jours d'intervention pendant une période de douze mois consécutifs : ceci correspond à une durée maximale annuelle d'intervention de près de 2 200 heures.

En outre, sur une période de quatre mois consécutifs, le salarié ne peut accomplir en moyenne plus de quarante-huit heures d'intervention par semaine, soit 832 heures au total sur le tiers d'une année, incluant l'ensemble des heures de

présence à domicile ou en établissement. Il s'agit d'une mesure supplémentaire de protection.

Des règles de repos durant la période d'intervention du baluchonneur sont définies aux alinéas 11 et 12. Au cours de chaque période de vingt-quatre heures, la période minimale de repos est fixée à onze heures consécutives : elle est donc calquée sur la durée minimale de repos quotidien de onze heures prévue à l'article L. 3131-1 du code du travail.

Mais ce repos peut être accordé en tout ou partie pendant l'accueil : il correspondra donc le plus souvent à une période de sommeil au domicile de la personne aidée.

En outre, la période de repos peut être supprimée ; en contrepartie, le salarié a alors droit à une période de repos compensateur égale à ces onze heures, au terme de la période de vingt-quatre heures. Enfin la période de repos peut être réduite, sans pour autant être dans ce cas inférieure à huit heures : la fraction de repos dont le baluchonneur n'a pas bénéficié est alors reportée sous forme de repos compensateur, au terme de la période de vingt-quatre heures.

### *c. L'évaluation de l'expérimentation*

La pertinence des dérogations instituées pourra être mesurée dans le cadre de l'évaluation du dispositif prévue par le **IV** de l'article 37.

Un rapport d'évaluation sera établi, par les présidents des conseils généraux, les directeurs d'agences régionales de santé et des préfets en lien avec les services expérimentateurs qu'ils auront autorisés : il sera remis aux ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Sur cette base, le Gouvernement remettra au Parlement un rapport d'évaluation au plus tard le 31 décembre 2018.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS263 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** La rédaction actuelle ne permet pas d'identifier clairement la possibilité, pour les services à domicile relevant de l'agrément, de participer à l'expérimentation envisagée. Or ces services, au regard de leurs activités et des différentes obligations auxquelles ils doivent répondre – respect d'un cahier des charges, démarche de certification ou d'évaluation externe –, ont toute légitimité pour y participer.

**Mme la rapporteure.** L'amendement est satisfait. Je vous renvoie à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles, qui prévoit le

régime d'autorisation ou d'agrément, et mentionne expressément les établissements et services que vous souhaitez de nouveau mentionner.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission adopte l'article 37 sans modification.*

#### CHAPITRE IV

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

Ce chapitre comporte un article unique qui prévoit les modalités de revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) grâce aux ressources issues de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

\*

\* \*

*Avant l'article 38*

*La Commission est saisie de l'amendement AS199 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** La perte d'autonomie est un défi financier qui engage la préservation de notre modèle social. Le vieillissement de la population pourrait engendrer des dépenses supplémentaires de l'ordre de 2 à 3 points de PIB d'ici à 2025. Les dépenses au titre de l'APA devraient doubler dans les vingt prochaines années et tripler à l'horizon 2040, pour atteindre 15 milliards d'euros. En proportion, les financements de 645 millions d'euros, dont 375 millions destinés à revaloriser l'APA, sont absolument dérisoires ! D'autant que, en 2014, le Gouvernement a déjà affecté au fonds de solidarité vieillesse 600 millions d'euros issus de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, destinée au financement de la dépendance.

Afin de répondre à ce défi, et dans la perspective d'un renforcement de l'autonomie fiscale des collectivités territoriales, le groupe UDI propose qu'une fraction de la contribution sociale généralisée soit affectée aux départements.

**Mme la rapporteure.** La mesure que vous proposez, sans la moindre étude d'impact, alourdirait la fiscalité. Qui plus est, elle affecterait ces ressources à une collectivité alors que la CSG sert déjà au financement direct de la protection sociale. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

### Article 38

(Art. L. 14-10-5, L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles)

## **Revalorisation de l'APA grâce aux ressources issues de la CASA**

Cet article comporte l'une des principales mesures du projet de loi. Il prévoit une revalorisation substantielle du concours versé par la CNSA au titre de l'APA.

Il définit les modalités de compensation aux départements des dépenses nouvelles résultant des améliorations de l'APA prévues aux chapitres I<sup>er</sup> et III (cf. notamment l'article 29). Ces améliorations sont de divers ordres : revalorisation des plafonds, réforme du barème de participation afin de réduire le ticket modérateur, instauration d'un module de répit pour les aidants, création d'une possibilité de dépasser les plafonds pour faire face à l'hospitalisation d'un proche aidant.

L'étude impact rappelle la volonté du Gouvernement de compenser entièrement le coût de la dépense nouvelle « à l'issue de sa montée en charge (2017) » pour atteindre, en année pleine, près de 460 millions d'euros de ressources supplémentaires. Le financement repose sur l'affectation de fractions du produit de la CASA en section II du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Dans le schéma proposé, le concours APA de la CNSA sera versé en deux parts. La première correspond à la prestation calculée selon les modalités prévalant avant 2015. Les ressources versées à ce titre le seront donc dans ce qui devient la première part, en direction des bénéficiaires actuels comme des nouveaux. Les critères de répartition demeurent inchangés.

La seconde part est créée par le présent projet de loi afin de compléter la première. Elle est spécifiquement destinée à financer les mesures nouvelles décidées dans le cadre de la réforme, selon le coût qu'elles engendreront, département par département. L'État supervisera la répartition de ces crédits, selon des modalités précisées par décret en Conseil d'État. Le projet de loi retient le principe selon lequel la dépense nette d'APA de tout département ne saurait excéder un pourcentage donné de son potentiel fiscal.

Des dispositions spécifiques sont prévues pour trois collectivités d'outre-mer : Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Compte tenu de « l'inexistence de leur potentiel fiscal », l'étude d'impact prévoit l'affectation par la CNSA d'une quote-part du concours au titre de l'APA. Cette quote-part sera déduite en amont de l'enveloppe affectée aux autres collectivités, avant sa répartition par départements.

### **1. La section II du budget de la CNSA**

L'organisation du budget de la CNSA par sections ainsi que la nature des ressources qui leur sont affectées sont décrites dans le commentaire de l'article 4.



La section II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles détaille les ressources (décrites en a) et les dépenses (retracées en b) liées à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie.

Le a mentionne l'apport de trois ressources distinctes.

- Il prévoit tout d'abord l'affectation de 20 % du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et des contributions additionnelles au prélèvement social sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

- S'y ajoute une participation des régimes obligatoires de base de l'assurance vieillesse, représentant une fraction identique pour tous les régimes, fixée par voie réglementaire à un niveau compris entre 50 et 75 % des sommes consacrées par chacun d'eux en 2000 aux dépenses d'aide-ménagère à domicile au bénéfice des personnes âgées dépendantes. Le montant de cette participation est depuis lors revalorisé chaque année, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, conformément à l'évolution prévisionnelle des prix à la consommation hors tabac retenue dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances.

- Le panier de ressources est enfin complété par l'apport d'une fraction de la ressource mentionnée au 3° de l'article L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles, autrement dit la contribution sociale généralisée (CSG).

Créée en 1991, la CSG contribue au financement de la protection sociale, ayant atteint un rendement important de près de 80 milliards d'euros en 2012. Prévue au chapitre VI du titre 3 du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, cette contribution porte sur une assiette large qui comprend : les revenus d'activité et de remplacement (L. 136-1), les revenus du patrimoine (L. 136-6), les produits de placement (L. 136-7) et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux (L. 136-7-1).

La section II est destinataire de la ressource CSG allouée à la CNSA, diminuée de la part de cette ressource dévolue aux actions de la section IV (promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux ainsi qu'à la professionnalisation des métiers exercés auprès des personnes âgées).

La CNSA est allocataire d'une fraction de 0,1 % de l'assiette de la CSG, soit une ressource de près de 1,2 milliard d'euros. Dans l'attente des mesures portées par le présent projet de loi, l'affectation de la ressource CASA à la CNSA (à la section V *bis*) a permis de réaffecter un montant équivalent de CSG (soit environ 650 millions d'euros en année pleine) au fonds de solidarité vieillesse (*cf.* commentaire de l'article 4). Le projet de loi prévoit donc techniquement des mesures d'affectation de la CASA non pas à la CNSA (ce qui est déjà le cas via sa section V *bis* provisoire), mais aux six titres de dépenses de la CNSA. Sur le plan

budgétaire, cela se traduira donc formellement par un rétablissement de la ressource CSG proportionnel à l'engagement des nouvelles dépenses.

En b, le II prévoit le versement par la CNSA d'un concours au titre de l'APA. Cette ressource est versée aux départements, chargés de verser la prestation aux allocataires. Elle ne peut dépasser le montant des ressources mentionnées en a et est destinée à couvrir une partie du coût de l'APA. Le montant des charges est donc défini en fonction des ressources dédiées et non d'une clef de prise en charge du coût de la prestation.

Les modalités de versement de ce concours sont prévues à l'article L. 14-10-6 qui fixe des critères d'âge ou encore de potentiel fiscal des bénéficiaires.

Est également retracée en charges une subvention versée à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. Cet article prévoit notamment que la CNSA rembourse à la CNAF les cotisations acquittées par les organismes débiteurs des prestations familiales au titre des prestations versées aux personnes bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale affiliées à l'assurance vieillesse du régime général et des bénéficiaires du congé de soutien familial.

## **2. La section II financera désormais les deux volets de l'APA grâce à un abondement de la CASA**

Le présent article modifie le chapitre IX du titre IV du livre 1<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles.

Le 1<sup>o</sup> modifie le II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Son *a* substitue à la rédaction du actuelle a un 1<sup>o</sup> détaillant les ressources de la section II. Le a nouveau reprend intégralement la rédaction précédente du a : le financement du premier volet de l'APA est sans changement.

Le présent article introduit une innovation en b portant sur le financement du second et nouveau volet au titre du concours APA de la CNSA. Il prévoit l'affectation d'une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). L'affectation de cette ressource s'effectuera en trois paliers :

- le premier au titre de l'exercice 2015 : la fraction est de 39 % du produit de la CASA ;
- le deuxième la porte à 69,5 % au titre de l'exercice 2016 ;
- puis, le troisième et dernier l'établit à 70,5 % au-delà de 2016.

En **b**, en conséquence de la création du 1° relatif aux ressources, le b relatif aux charges devient un 2°, sans autre changement de contenu. La rédaction actuelle est suffisante pour permettre le financement des mesures nouvelles au titre de l'APA : elles demeurent dans le même périmètre.

Le 2° du présent article modifie quant à lui la rédaction de l'article L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles qui porte sur les modalités de répartition du concours APA versé par la CNSA aux départements. Il s'agit de compléter sa rédaction et d'aménager en conséquence son ordonnancement afin de tenir compte du nouveau volet de prestations financé au titre de l'APA.

Ainsi, le **a** substitue une nouvelle rédaction au premier alinéa de l'article L. 14-10-6. Le premier alinéa de nouvelle rédaction introduit un I mentionnant la division du concours APA en deux parts (1° et 2°).

L'alinéa suivant introduit un 1° décrivant la première de ces deux parts, correspondant aux prestations en vigueur avant l'adoption du présent projet de loi. Le 1° renvoie à un décret en Conseil d'État les modalités de la répartition annuelle des concours APA, nécessairement plafonnés aux ressources décrites en a du 1° du II de l'article L. 14-10-5, après prélèvement des montants spécialement dévolus aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon. Les critères de répartition demeurent sans changement.

Le **b** introduit une modification rédactionnelle afin de tenir compte de la mise en place du deuxième volet de prise en charge de l'APA. Les deux volets sont comptabilisés ensemble pour calculer le ratio entre les dépenses nettes du département au titre de l'APA et son potentiel fiscal. Ce ratio ne doit pas dépasser un pourcentage déterminé par voie réglementaire.

Le **c** introduit une nouvelle rédaction à l'alinéa sept, devenu le huitième. La nouvelle rédaction prévoit la modulation du concours versé au titre de la première part. Les cas suivants sont envisagés :

– ceux où le rapport contribution nette du département à l'APA/potentiel fiscal est supérieur au ratio : le montant du concours de la CNSA sera majoré. Il s'agit d'une innovation introduite par ce texte ;

– ceux où ce rapport est inférieur : le concours se trouve diminué. Il s'agit du seul cas de figure envisagé initialement.

Le même alinéa précise les modalités de calcul de la majoration et de la diminution de la dotation. Elle se fonde, dans les deux cas, sur la même méthode, reposant sur le calcul « *de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application [de l'alinéa précédent] entre ces seuls départements* ». Cette formulation a, outre le mérite d'apporter une certaine clarté dans les critères de répartition de la ressource, celui de prévoir que l'ensemble des montants reçu par les départements « excédentaires » par rapport au ratio

réglementaire sera redistribué en faveur des départements déficitaires au prorata de leurs besoins. Cette méthode de calcul correspond au droit existant.

Le **d** porte sur le huitième alinéa (devenu le neuvième) et tire les conséquences de l'ajout d'un nouvel alinéa à l'article en substituant à la référence au sixième alinéa la référence au septième.

L'**e**, au même titre que le **b**, substitue au neuvième alinéa (devenu le dixième), les mots « les concours » aux mots « le concours », afin d'intégrer le second volet de dépenses de l'APA dans le périmètre des acomptes versés par la CNSA. Cet alinéa précise que ces acomptes ne sauraient excéder 90 % des produits disponibles de la section II. Cette disposition ne change rien sur le fond, et une seule chose sur la forme : conséquence de la réorganisation de l'article L. 14-10-6, la référence à « la section visée au II » est remplacée par les mots « du *a* du 1° du II ».

L'ensemble des dispositions contenues dans le 1° de la nouvelle rédaction de l'article L. 14-10-6 réorganisent et enrichissent la rédaction en vigueur de l'article. Le présent article introduit également un I. 2° et un II, dont les dispositions sont nouvelles.

Le 2° nouveau de l'article L. 14-10-6. Il précise les conditions de répartition de la seconde part du concours APA qui intervient au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année dans la limite des ressources mentionnées au b du 1° du II du présent article, c'est-à-dire de la fraction de CASA allouée au second volet (39 %, 69,5 % puis 70,5 % au-delà de 2016). Elle s'effectue entre les départements, en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles, telles qu'elles résulteront des modifications adoptées par la présente loi, aux articles suivants :

– L. 232-3-1 et L. 232-4, respectivement introduits et modifiés par l'article 29 du projet de loi et qui porte sur la revalorisation de l'APA ;

– L. 232-3-2 et L. 232-3-3, introduits par l'article 36 et qui prévoit des mesures d'aide et d'accompagnement des proches aidants.

Les modalités précises de la répartition seront définies par décret en Conseil d'État.

Le II de l'article L. 14-10-6 porte sur les modalités de détermination la quote-part spécifique aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, collectivités qui connaissent un potentiel fiscal spécifique. Il introduit pour ce faire une formulation simple et explicite. La méthode proposée est la suivante :

– détermination d'une clé de répartition propre à ces collectivités : rapport entre le nombre des bénéficiaires dans ces collectivités et le nombre total de bénéficiaires de l'APA ;

– multiplication de ce rapport par deux (cette opération surpondère ces trois collectivités dans la répartition) ;

– application de ce ratio au montant total versé au titre du premier volet de l'APA.

Le montant ainsi obtenu est réparti entre les trois collectivités selon les critères retenus pour le financement du premier volet de l'APA.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 38 sans modification.*

## CHAPITRE V Soutenir l'accueil familial

### Article 39

(Art. L. 441-1, L. 441-2, L. 442-1, L. 443-11 [nouveau] du code de l'action et des familles, L. 1271-1, L. 1271-2, L. 1271-3 du code du travail, et L. 133-8 du code de la sécurité sociale)

### **Renforcement de l'accueil familial à titre onéreux de personnes âgées et handicapées**

Cet article vise à développer l'accueil familial. Institué par la loi n° 89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux de personnes âgées ou handicapées adultes et modifié successivement en 2002<sup>(1)</sup>, 2007<sup>(2)</sup>, cette forme d'hébergement illustre la diversification des solutions d'accueil des personnes âgées ou handicapées intervenue au cours des dernières années.

Il constitue une forme intermédiaire d'accueil entre le domicile et l'hébergement en établissement. Il propose un cadre familial aux personnes âgées ou handicapées qui ne veulent plus ou ne peuvent plus rester chez elles, leur offrant un accompagnement personnalisé ainsi qu'une présence aidante et stimulante. Il constitue en outre un mode de prise en charge professionnel, économique et de proximité qui apporte une réponse au manque de places dans les structures d'accueil de personnes âgées ou handicapées. Les accueils familiaux temporaires, séquentiels, de jour, de nuit apportant par ailleurs aux aidants familiaux une forme de « droit au répit ».

---

(1) L'article 51 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a permis d'améliorer les droits sociaux des accueillants familiaux, d'homogénéiser les conditions de l'accueil sur l'ensemble du territoire et a introduit l'obligation pour les accueillants familiaux à suivre une formation.

(2) L'article 57 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (mis en œuvre par les décrets n° 2010-927 et n° 2010-928 du 3 août 2010) a organisé le salariat des accueillants familiaux par des personnes morales de droit public ou de droit privé.

L'accueil familial ne représente toutefois qu'une part très faible des dispositifs de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Les difficultés liées à la professionnalisation, le manque d'attractivité des conditions de travail, la faible demande et des structures de portage trop peu développées par certains départements<sup>(1)</sup> sont autant de freins à son développement.

Le présent article vise à modifier le cadre juridique de l'accueil familial afin d'améliorer et de développer le recours à ce mode d'accueil. Son **I** modifie le code de l'action sociale et des familles, restructurant le cadre législatif touchant à la délivrance de l'agrément familial, au contenu du contrat d'accueil et à celui des formations exigibles pour cette activité. Le **II** et le **III** portent quant à eux la possibilité de rémunérer les accueillants familiaux au moyen de chèques emploi-service universel (CESU) et modifient les codes du travail et de la sécurité sociale.

## **I. LA MODIFICATION DES CONDITIONS D'AGRÉMENT DE L'ACTIVITÉ D'ACCUEILLANT FAMILIAL**

Le **I** modifie le titre IV du livre IV du code de l'action sociale et des familles. Il se décompose en plusieurs sections, décrites ci-après :

- Son **1°** modifie les conditions de délivrance de l'agrément aux accueillants familiaux (article L. 441-1) ;
- Son **2°** comporte une disposition de conséquence (article L. 441-2) ;
- Son **3°** améliore le contrat d'accueil (L. 441-3) ;
- Son **4°** précise les objectifs et le contenu de la formation initiale (L. 443-11).

### **1. Le renforcement des conditions de délivrance de l'agrément des accueillants familiaux (1° et 2°)**

L'article L. 441-10 décrit les modalités de délivrance de l'agrément aux accueillants familiaux.

#### **L'agrément d'accueillant familial**

L'agrément garantit que la personne accueillie bénéficiera d'un environnement offrant des conditions de vie propices à son bien-être, en tenant compte de la fragilité liée à l'âge ou au handicap.

Les personnes souhaitant devenir accueillant familial doivent déposer une demande d'agrément auprès du président du conseil général de leur département de résidence. L'agrément est valable pour une durée de cinq ans<sup>(2)</sup>, le président du conseil général ne pouvant fixer une durée d'agrément différente.

(1) Ainsi que le relève l'association Famidac, voir : <http://www.famidac.fr/article5255.html>.

(2) Article R. 441-5 du code de l'action sociale et des familles.

Pour l'obtenir, les accueillants familiaux doivent remplir un certain nombre de critères :

- justifier de conditions d'accueil permettant d'assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies ;
- s'engager à ce que l'accueil soit assuré de façon continue, en proposant notamment, dans le contrat mentionné à l'article L. 442-1, des solutions de remplacement satisfaisantes pour les périodes durant lesquelles l'accueil viendrait à être interrompu ;
- disposer d'un logement dont l'état, les dimensions et l'environnement répondent aux normes fixées par l'article R. 831-13 et par le premier alinéa de l'article R. 831-13-1 du code de la sécurité sociale et soient compatibles avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap de ces personnes ;
- s'engager à suivre une formation initiale et continue ;
- accepter un suivi social et médico-social des personnes accueillies, notamment au moyen de visites sur place ;
- contracter une assurance responsabilité civile <sup>(1)</sup>.

Par ailleurs, dans le cas où l'accueillant familial salarié par une personne morale devrait être remplacé, le remplacement doit être assuré par un autre accueillant familial agréé. En revanche, dans le cas du remplacement d'accueillants familiaux de gré à gré, le remplaçant n'a pas nécessairement besoin d'avoir été agréé pour assurer cette tâche (il doit simplement avoir rencontré les services du conseil général ou un organisme mandaté).

Le **a** du **1°** modifie le contenu des troisièmes et quatrième alinéas de cet article, tout en en inversant leur ordre afin de se conformer à un déroulé plus chronologique.

Le premier alinéa du **a** remplace l'actuel alinéa 3 qui limite à trois le nombre de personnes pouvant être accueillies.

La nouvelle rédaction modifie en fait celle de l'actuel alinéa 4 qui porte sur les conditions de délivrance de l'agrément. Elle reprend les obligations concernant les conditions d'accueil : continuité, protection de la santé, sécurité, et bien-être physique et moral des personnes accueillies. Elle insère l'obligation de suivre une initiation aux gestes de secourisme, en complément de l'obligation de de suivre une formation initiale et continue. La rédaction proposée ôte la mention « *Tout refus d'agrément est motivé* », cette question étant traitée plus loin. Enfin, elle renvoie la définition des critères d'agrément et d'un référentiel à un décret en Conseil d'État, ce qui permettra d'assurer une plus grande cohérence entre les conditions d'attribution des départements. Le référentiel d'agrément permettra en particulier d'harmoniser les pratiques et de favoriser une meilleure adéquation entre les besoins des personnes accueillies et les compétences des accueillants.

Le deuxième alinéa introduit par le **a**, qui se substitue à l'actuel alinéa 4 de l'article L. 441-1, reprend logiquement le point traité par l'actuel alinéa 3. Il prévoit ainsi que la décision d'agrément fixe, dans une limite de trois, le nombre

---

(1) Décret n° 91-88 du 23.1.1991 et Art. R. 831-13 et 1er alinéa de l'art. R. 831-13-1 du code de la sécurité sociale.

de personnes pouvant être accueillies, sans plus de précisions sur le caractère simultané ou non de l'accueil. La nouvelle rédaction apporte des modifications substantielles à cette disposition.

Ainsi, elle prévoit que la limitation à trois personnes ne porte que sur l'accueil simultané. Cela permet la prise en compte de la diversité des contrats d'accueil : de longue durée, séquentiels, temporaire. Un même accueillant peut accueillir, par exemple, deux personnes en permanence, et proposer d'accueillir une autre le mercredi et une autre encore le week-end. Cette souplesse permet notamment aux proches aidants d'organiser leur temps de répit. Il était donc cohérent avec l'esprit du projet de loi de clarifier ce point. Le même alinéa limite cependant le nombre de contrats total, quelle qu'en soit la nature, à six simultanément. L'objet de ces deux limitations est de garantir un haut niveau qualitatif de l'accueil, qui doit rester familial. La rapporteure approuve cette démarche mais considère que, compte tenu précisément de la diversité de ces contrats, le plafond de six peut sembler relativement restrictif.

Pour faire face à des besoins spécifiques, le président du conseil général peut autoriser à titre dérogatoire l'accueil simultané de plus de trois personnes. Cette souplesse contribuera à répondre aux besoins liés aux demandes de répit des aidants familiaux, par exemple pendant les vacances scolaires.

La décision d'agrément précisera nécessairement les modalités d'accueil : à temps complet ou partiel, de jour ou de nuit, permanent ou temporaire. En outre, la nouvelle rédaction de l'article ouvre la possibilité de préciser d'autres caractéristiques de l'accueil, afin de prendre en compte des besoins liés au handicap ou à de perte d'autonomie des personnes susceptibles d'être accueillies.

Le **b** du **1°** ajoute, après le quatrième alinéa, deux nouveaux alinéas.

Le premier d'entre eux reprend et précise la disposition supprimée de l'actuel alinéa 4, prévoyant que toute décision de refus d'agrément est motivée. Il complète cette disposition en traitant des cas de non-renouvellement d'agrément, pour lesquels le refus doit être motivé et pris après avis de la commission consultative de retrait. Cela permettra un examen collégial de la question. Il faut en effet rappeler que, pour les accueillants familiaux, le retrait ou le non-renouvellement de l'agrément conduit à une situation de chômage, non couverte par l'assurance chômage en l'état de la législation.

#### **Le retrait d'agrément <sup>(1)</sup>**

Le retrait d'agrément intervient au terme d'une procédure particulière. Après avoir mis l'accueillant familial en demeure, le président du conseil général peut décider du retrait de l'agrément au terme d'un délai de trois mois. Il doit saisir pour ce faire, sauf en cas d'urgence, la commission consultative de retrait d'agrément en lui indiquant le contenu de l'injonction à laquelle l'accueillant familial ne s'est pas soumis.

---

(1) *Guide de l'accueil familial des personnes âgées ou handicapées*, p. 29 à 30.



La commission consultative de retrait se réunit alors sous la présidence du président du conseil général ou de son représentant pour formuler un avis sur la décision de retrait. L'accueillant familial concerné par la décision est invité par président du conseil général un mois au moins avant la date de réunion de la commission, à formuler ses observations devant la commission. Il peut se faire assister de deux personnes de son choix. Il appartient à l'accueillant familial de décider s'il souhaite être entendu par la commission ou s'il transmet ses observations par écrit.

Après s'être assurée que l'accueillant familial a bien été informé de la procédure engagée à son encontre et qu'il a été invité à formuler ses observations sur les motifs qui lui ont été signifiés, la commission rend un avis (même si l'accueillant familial n'a pas formulé d'observations).

La décision de retrait ou de restriction d'agrément fait ensuite l'objet d'un arrêté du président du conseil général.

Le second alinéa permet au président du conseil général de subordonner la délivrance de l'agrément, qui permet d'accueillir des publics connaissant des besoins très spécifiques en raison de leur handicap ou de leur perte d'autonomie, à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement. Ces mesures peuvent concerner l'accueillant familial mais aussi, le cas échéant, la personne accueillie.

Cette disposition nouvelle renforce les garanties apportées à la qualité de l'accueil et permettra aux présidents du conseil général de mieux organiser l'offre dans le département. Elle devra cependant être mise en œuvre avec des moyens d'accompagnement suffisants afin de ne pas inciter les accueillant à se détourner de ce segment de la demande.

Le **c** comporte une modification de conséquence à l'avant-dernier alinéa de l'article. Il substitue à la référence au quatrième alinéa, une référence au troisième alinéa, compte tenu des dispositions du **a**.

Le 2° procède à la même opération à l'article L. 441-2 qui décrit les modalités de contrôle des aidants familiaux.

## **2. L'amélioration du contrat d'accueil (3°)**

Le 3° modifie l'article L. 442-1 qui décrit la nature du contrat entre la personne accueillie et l'accueillant familial.

### ***a. Personnalisation de l'accueil***

Son **a** insère, après le deuxième alinéa, un nouvel alinéa prévoyant que le contrat d'accueil comporte un projet d'accueil personnalisé en fonction des besoins de la personne accueillie. Il s'agit d'une mesure de renforcement qualitatif de ce mode de résidence, qui doit permettre à la personne accueillie de retrouver des conditions de vie proches des conditions familiales et donc adaptées à son projet de vie.

### ***b. Possibilité de recourir aux chèques emploi-service***

En **b**, l'article L. 442-1 est enrichi d'un alinéa supplémentaire, inséré avant le dernier alinéa. Il prévoit la possibilité de rémunérer l'accueillant familial au moyen du chèque-emploi-service universel, un moyen de paiement prévu à l'article L. 1271-1 du code du travail (article modifié en conséquence par le **II**). Cette faculté est ouverte par le présent article pour couvrir les quatre éléments de rémunération du contrat :

– la rémunération journalière des services rendus ainsi qu'une indemnité de congé ;

– les éventuelles indemnités en cas de sujétions particulières ;

– l'indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie ;

– et l'indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie.

Conformément à l'article L. 1271-2, le recours à ce moyen de paiement n'est possible qu'avec l'accord du bénéficiaire, c'est-à-dire de l'accueillant familial (cf. **II**).

### ***c. Renforcement des droits de la personne accueillie***

Le **c** complète la rédaction de l'article en ajoutant, après son dernier alinéa, deux nouveaux alinéas renforçant les droits de la personne accueillie.

En dehors des dispositions générales relatives aux droits des personnes, il n'existe pas de disposition législative précisant les droits et libertés spécifiques des personnes accueillies en accueil familial. En l'état, leur définition relève du contrat d'accueil. Cette situation les distingue des personnes accueillies en établissement social et médico-social (ESMS). Les dispositions insérées en **c** y remédient.

Ainsi, le premier alinéa inséré par le **c** du **3**<sup>o</sup> garantit tout d'abord à la personne accueillie l'exercice des droits et libertés individuelles énoncés à l'article L. 311-3, lui étendant ainsi les droits garantis aux personnes accueillies en ESMS. Il prévoit également d'annexer au contrat d'accueil la charte des droits prévue à l'article L. 311-4.

Par ailleurs, l'étude d'impact relève que les personnes accueillies n'ont pas la possibilité de recourir au dispositif prévu à 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'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. Il n'existe donc pour ces personnes, dans la grande majorité des cas, aucun autre

recours que le tribunal d'instance en cas de litige<sup>(1)</sup>. C'est pourquoi le deuxième alinéa leur ouvre la possibilité de recours au dispositif de l'article L. 311-5, tel que modifié et enrichi par l'article L. 311-5-1 introduit par le projet de loi (*cf. supra* et commentaire de l'article 22).

### 3. L'enrichissement des obligations de formation (4°)

Aujourd'hui, le contenu de la formation suivie par l'accueillant est décidée par le conseil général. Il peut en effet l'organiser lui-même ou peut faire appel à un organisme de formation enregistré auprès du représentant de l'État. Le contenu exact (durée, objectifs, contenu) de la formation initiale prévue à l'article L. 441-1 et mentionnée au 1° du **I** n'est défini par aucun texte législatif et les accueillants familiaux commencent généralement leur activité sans formation dès l'obtention de l'agrément.

Ce cadre explique une situation particulièrement hétérogène. Ainsi, en ce qui concerne l'accueil familial de gré à gré, il est seulement prévu que le candidat s'engage à suivre une formation initiale et continue organisée par le président du conseil général. Quant aux accueillants familiaux salariés par une personne morale, leur formation initiale est à la charge de l'employeur (qui verse par ailleurs une contribution à un organisme paritaire) et les modalités d'organisation et de financement de la formation initiale et continue sont précisées dans le dossier de demande d'accord déposé par la personne morale souhaitant être employeur d'accueillants familiaux<sup>(2)</sup>.

Il était donc nécessaire de prévoir un support législatif autour duquel articuler un cadre réglementaire.

Dans cette perspective, le 4° du **I** de cet article réintroduit un article L. 443-11. Il prévoit qu'un décret fixera les objectifs, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue, avec les représentants de la profession.

Ce décret précisera la durée de formation qui doit être obligatoirement suivie avant le premier accueil ainsi que les dispenses de formation qui pourront être accordées si l'accueillant familial justifie d'une formation antérieure équivalente. Enfin, les personnes disposant déjà d'un agrément à la date de publication de la loi feront l'objet d'un décret spécifique<sup>(3)</sup>. Ces dispositions permettront de mettre en cohérence les exigences de formation tout en ménageant une certaine souplesse et ainsi tenir compte de la diversité des situations.

Le deuxième alinéa de l'article L. 443-11 prévoit que la formation aux gestes de secourisme introduite à l'article L. 441-1 par le 1° du **I** constitue un préalable au premier accueil. En effet, la pratique courante consiste trop souvent à

---

(1) *Étude d'impact* p. 102.

(2) *Guide accueil familial de personnes âgées ou handicapées*, p. 80.

(3) *Voir à cet égard le commentaire de l'article 64.*

débuter l'accueil familial sans que cette formation ait eu lieu au préalable. Cette précision devrait donc à mettre fin aux dérives constatées.

Le troisième et dernier alinéa prévoit que le département prenne 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. La situation spécifique des accueillants familiaux fait qu'il leur est parfois très difficile de s'absenter, faute de remplaçant. Le département devra donc prendre en charge le coût engendré par le recrutement d'un remplaçant ou par le placement temporaire en établissement des personnes accueillies.

## **II. L'ÉLARGISSEMENT DES POSSIBILITÉS DE RÉMUNÉRATION DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX AU MOYEN DE CHÈQUES EMPLOI SERVICE UNIVERSELS**

Le **II** et le **III** du présent article prennent acte des innovations apportées par le **b** du **3°** et modifient en conséquence le code du travail (**II** et **III**) et le code de la Sécurité Sociale (**III**).

Le **1°** du **II** complète l'article L. 1271-1 du code du travail, qui comprend une liste des prestations pouvant être rémunérées au moyen du CESU. Il y insère un **3°** prévoyant la possibilité de le faire au bénéfice des accueillants familiaux. Cette disposition permettra à tout particulier de déclarer en ligne ou de régler directement sous format papier les prestations d'accueil.

Le **2°** modifie l'article L. 1271-2 du code du travail qui prévoit que le salarié doit donner son accord pour être rémunéré par CESU. L'accueillant familial n'étant pas un salarié, le **2°** insère la mention "*ou un accueillant familial*" après celle du salarié.

Afin de garantir une rémunération mensuelle et structurée aux accueillants familiaux, le **III** prévoit que lorsque ceux-ci sont rémunérés par CESU, la déclaration doit prendre la forme d'un "relevé mensuel". Celui-ci vient non pas en salaire, mais en contrepartie des quatre types de prestations décrites à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles (cf. commentaire du **3°** du **I**). Cette mention est insérée dans le code du travail, au quatrième alinéa de l'article L. 1271-3, qui prévoit que la déclaration de CESU vaut bulletin de salaire, et au troisième alinéa de l'article L. 133-8 du code de la sécurité sociale, article qui prévoit que le CESU comprend une déclaration en vue du paiement des cotisations et contributions sociales.

\*

\* \*

Lors de son examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté cet article moyennant un amendement présenté par M. Sirugue, complétant l'article L. 441-3 pour y mentionner l'accueil séquentiel.

\*

\* \*

*La Commission examine l'amendement AS112 de M. Christophe Sirugue.*

**M. Christophe Sirugue.** Le présent amendement prévoit de porter de six à dix le nombre de contrats d'accueil afin de tenir compte des différentes situations, notamment celle des accueillant familiaux, avec le développement des accueils temporaires et des accueils séquentiels. Dix contrats d'accueil représentent deux demi-journées sur les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi.

**Mme la rapporteure.** Nous avons déjà eu ce débat sur le maintien d'un nombre précis de contrats. Le texte le fixe à six et le chiffre que vous proposez me paraît bien important. Êtes-vous disposé à en discuter, et donc à retirer votre amendement ?

**M. Christophe Sirugue.** J'y suis prêt, à condition que l'on tienne bien compte des particularités que j'ai évoquées, notamment des accueils séquentiels.

**Mme Jeanine Dubié.** Je comprends de cette proposition qu'elle s'entend sur les accueils de jour, sans hébergement. Il conviendrait de le préciser pour éviter le risque d'une requalification en établissement, ce qui compliquerait le contrôle par les conseils généraux.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS14 de M. Dominique Tian.*

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement vise à supprimer les trois dernières phrases de l'alinéa 5. Il ne nous apparaît pas opportun que le président du conseil général puisse autoriser l'accueil simultané de plus de trois personnes au domicile de l'accueillant familial pour répondre à des besoins d'accueil spécifiques.

**Mme la rapporteure.** Le texte précise bien que le président du conseil général peut donner son autorisation si les conditions d'accueil le permettent, et « à titre dérogatoire ». On sait bien, en effet, qu'on doit parfois faire face à des besoins d'accueil d'urgence. Pour ces situations précises, et en raison de leur caractère dérogatoire, il importe que le texte puisse entrer dans le détail. Avis défavorable.

*L'amendement est rejeté.*

*La Commission en vient à l'amendement AS113 de M. Christophe Sirugue.*

**M. Christophe Sirugue.** Il s'agit de réintégrer la notion d'accueil séquentiel en sus de l'accueil temporaire et de l'accueil permanent.

**Mme la rapporteure.** Avis favorable. Il convient, en effet, de reconnaître la spécificité de l'accueil séquentiel.

*La commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS114 de M. Christophe Sirugue.*

**M. Christophe Sirugue.** Premier d'une série d'amendements tendant à doter les accueillants familiaux d'un statut tel que celui des assistants maternels, celui-ci concerne les conditions de la rupture de contrat.

**Mme la rapporteure.** J'ai pu constater, à l'occasion des auditions et à la lecture de vos travaux, monsieur Sirugue, que ce secteur avait besoin d'être organisé. Les personnes âgées doivent pouvoir être accueillies dans de meilleures conditions, et la définition d'un véritable statut des accueillants familiaux y participerait. Il conviendrait toutefois d'en discuter plus avant avec le Gouvernement et d'une manière plus globale. Je vous suggère, dès lors, de retirer votre amendement.

**M. Christophe Sirugue.** Je veux bien retirer les amendements évoqués mais je les redéposerai en séance, car on ne peut considérer qu'il s'agit là de vrais métiers, amenés de surcroît à se développer, sans se poser la question de leur statut et même celle du salariat.

**Mme Bérengère Poletti.** Cet amendement est intéressant. Permettez-moi de vous citer l'exemple de mon assistante parlementaire qui vient d'avoir un enfant. Elle a recours aux services d'un assistant maternel mais, compte tenu de ses horaires, un jour par semaine, elle doit faire appel à ses parents ou ses beaux-parents, car la durée de travail autorisée est dépassée. Dans le cas d'une personne âgée dépendante, comment un dispositif comme celui-ci pourrait-il fonctionner ?

*L'amendement est retiré.*

*La Commission en vient à l'amendement AS209 de M. François André.*

**Mme Joëlle Huillier.** Cet amendement s'inscrit dans le droit-fil de celui que vient de présenter M. Sirugue et prévoit que le Gouvernement remettra un rapport sur les conditions dans lesquelles est prévue l'affiliation des accueillants familiaux au régime d'assurance chômage.

**Mme la rapporteure.** Même réflexion que précédemment : je vous suggère de le retirer, quitte à le redéposer en séance afin d'avoir un véritable échange avec le Gouvernement sur le sujet.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission adopte l'article 39 modifié.*

\*

\* \*

## CHAPITRE VI

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

#### *Article 40*

(Art. L. 342-2, L. 342-3 et L. 342-4 du code de l'action sociale et des familles)

#### **Création d'un tarif socle d'hébergement dans les EHPAD non habilités à l'aide sociale**

Cet article vise à rendre plus transparent et comparable le tarif hébergement d'un établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) à l'autre. Il définit un panier de prestations minimales dont le coût facturé au résident doit être clairement identifié. La présentation des prestations ne relevant pas de ce périmètre est sans changement.

#### **1. La tarification en EHPAD**

Le mode de tarification en vigueur dans les EHPAD prévoit que le coût global du séjour est divisé en trois types de dépenses distinctes :

- Les dépenses de dépendance, qui, aux termes de l'article R. 314-160 du code de l'action sociale et des familles, couvrent « *l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir* ». Les frais de dépendance dont les montants dépendent du niveau de perte d'autonomie de la personne âgée, peuvent être financés grâce à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

- Les dépenses de soins dont les règles de calcul sont définies par l'arrêté du 26 février 2009 et les dotations globales fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ces dépenses sont prises en charge par l'assurance maladie.

- Les dépenses d'hébergement, qui couvrent les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Les tarifs sont, pour un même niveau de confort ou de qualité, identiques et entièrement à la charge du résident.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010<sup>(1)</sup> a renforcé l'exigence de distinction entre ces types de prestations, les établissements ne pouvant plus appliquer de fongibilité lors de leurs prévisions de recettes. Cet encadrement des règles budgétaires permet, en précisant le périmètre de chaque recette, d'apporter plus de clarté dans les modalités de tarification des différents types de prestations. Par ailleurs, le mode de tarification des prestations complémentaires non incluses dans les prestations de base qui sont établies par

---

(1) Loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 n° 2009-1646 du 24 décembre 2009.

l'organe délibérant a été davantage encadré, et le gestionnaire de l'établissement les communique au président du conseil général ainsi qu'au public.

## **2. Les établissements habilités et non-habilités à l'aide sociale**

Lorsqu'un EHPAD habilité à l'aide sociale est autorisé à accueillir des personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale départementale<sup>(1)</sup>, le Conseil général peut s'acquitter de tout ou partie des frais d'hébergement à la charge de la personne âgée éligible à l'aide sociale.

Le président du conseil général est l'autorité compétente pour la délivrance de l'habilitation qui peut être totale ou partielle (une partie seulement du nombre de places offertes par l'établissement dispose de l'habilitation). L'habilitation est soumise à des conditions inscrites dans une convention signée entre le président du conseil général et l'établissement. À ce titre, le président du conseil général arrête annuellement la « tarification des prestations fournies par les établissements habilités à recevoir l'aide sociale » et, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les modalités d'actualisation des tarifs pouvant être pris en charge au titre de l'aide sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a fixé la liste des établissements pouvant librement déterminer leurs tarifs liés à l'hébergement et dont le taux de revalorisation maximal est déterminé par arrêté ministériel. Il s'agit des établissements non habilités ou partiellement habilités à l'aide sociale, des établissements non conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (APL) ou disposant de la convention au titre de l'APL mais non habilités à l'aide sociale. S'ils disposent d'une habilitation partielle, les tarifs fixés par l'établissement ne concernent que les places non comprises dans l'habilitation.

Ces établissements fixent également en toute liberté les tarifs des prestations complémentaires. Les résidents en reçoivent la communication et les acceptent à l'occasion de la signature de leur contrat de séjour.

Si les établissements non habilités à l'aide sociale peuvent accueillir des personnes âgées aux ressources modestes, ces derniers ne peuvent prétendre à l'aide sociale départementale qu'à la condition d'avoir séjourné plus de cinq ans au sein du même établissement.

## **3. Création d'un tarif socle d'hébergement dans les EHPAD non habilités à l'aide sociale**

Le présent article modifie le chapitre II du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles.

Le 1<sup>o</sup> modifie l'article L. 342-2 du code de l'action sociale et des familles qui décrit les modes de détermination du tarif d'hébergement. Dans un souci de

---

(1) Article L. 315-5 du code de l'action sociale et des familles.



transparence, en **a**, il ajoute à la référence au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 342-3 une référence à son deuxième alinéa qui est modifié par le 2<sup>o</sup> du présent article. Sous réserve de son adoption, cette disposition impliquera la consultation du conseil de la vie sociale sur la détermination des tarifs.

#### **Le conseil de la vie sociale**

Le conseil de vie sociale (CVS) est un organe de consultation et de représentation des résidents ainsi que leurs familles obligatoire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les établissements sont tenus de consulter les CVS lors de l'élaboration du règlement de fonctionnement ou de sa modification. Leurs avis peuvent également être sollicités pour les questions touchant à l'organisation, au fonctionnement et à l'animation de l'établissement (vie des résidents, travaux et acquisition d'équipements, nature et prix des prestations et services, conditions de prise en charge, etc.). Les conseils peuvent alors formuler des propositions.

Le CVS peut enfin fournir des informations sur l'actualité de l'établissement mais également sur les droits et libertés des résidents, notamment en ce qui concerne les modalités de recours contre le règlement de fonctionnement ou son manquement par l'établissement.

Le **b** insère un alinéa après le deuxième alinéa de l'article L. 342-2. Il prévoit que les établissements relevant du premier alinéa du I de l'article L. 313-12, c'est-à-dire ceux non habilités à l'aide sociale devront présenter leurs tarifs en identifiant un « socle de prestations ». Ce socle portera sur un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement, prestations qui seront énumérées par décrets. D'après les informations communiquées à la rapporteure, ce tarif comprendra notamment des prestations hôtelières : mise à disposition de la chambre et des locaux collectifs, utilisation d'une salle de bains comprenant un lavabo et une baignoire ou une douche et des toilettes, ressources utilisées dans la chambre et les parties communes (électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage). Il comprendra également des services, tels que la fourniture du linge plat, de serviettes et leur renouvellement, ainsi que l'entretien, le blanchissage des vêtements des résidents (lavage machine), la fourniture de produits d'hygiène (savon ou gel douche, shampoing).

Le Gouvernement a annoncé son souhait de définir le contenu des prestations socles en partenariat avec les fédérations gestionnaires d'EHPAD, notamment dans le cadre plus général des réflexions sur l'évolution de leur tarification.

Pour votre rapporteure, ce projet contribuera à accroître la transparence de l'offre et permettra aux pensionnaires et à leur famille de faire leur choix dans les meilleures conditions d'information possibles. Sa déclinaison réglementaire devra tenir compte de la grande hétérogénéité des situations. En particulier, la question des amortissements immobiliers devra être envisagée avec une attention particulière : la situation des établissements est très hétérogène sur ce plan et la prise en compte de son poids relatif dans les tarifs socles pourrait les faire varier

très fortement d'un établissement à l'autre et pénaliser optiquement, dans le jeu des comparaisons comptables, les établissements ayant consenti un effort récent de modernisation.

Le c modifie l'actuel troisième alinéa de l'article (devenu le quatrième). Il substitue aux mots « *les prestations* » les mots « *les autres prestations* ». En d'autres termes, le contrat devra préciser outre le coût de ces prestations socles, obligatoires, le coût des autres prestations, qui elles sont facultatives. Elles conserveront le même régime juridique : le souscripteur devra avoir déclaré vouloir en bénéficier. Elles seront déterminées par un avenant au contrat lorsqu'une personne y souscrit ou y renonce pendant la durée du contrat.

Le 2° modifie l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles qui décrit le prix des prestations proposées par les établissements. Il propose une nouvelle rédaction de ses deux premiers alinéas pour tenir compte de la mise en place des tarifs socles.

Le premier alinéa de la nouvelle rédaction rappelle que le tarif socle est un prix global pour l'ensemble des éléments définis à l'article L. 342-2, qui renvoie lui-même à des dispositions réglementaires (cf. *infra*). Un établissement ne saurait facturer en sus le paiement d'une prestation relevant de ce périmètre, « *toute clause prévoyant un prix distinct pour une prestation relevant du socle [étant] réputée non-écrite* ».

Le deuxième alinéa rappelle la liberté tarifaire des établissements non éligibles à l'aide sociale. Toutefois, la variation des tarifs est encadrée par voie réglementaire : un arrêté du ministre chargé des personnes âgées et du ministre de l'économie et des finances fixe un pourcentage de variation maximale annuelle au 1<sup>er</sup> janvier. Conformément à la rédaction en vigueur, ce pourcentage est calculé en fonction de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services ainsi que du taux d'évolution des retraites de base.

Le troisième alinéa prévoit que le conseil de la vie sociale est consulté sur les tarifs socles et sur les prix des autres prestations d'hébergement proposées « *et notamment lors de la création d'une nouvelle prestation* ».

Cette disposition accroît la transparence de la politique tarifaire. Elle se substitue à la rédaction actuelle qui prévoit la consultation non pas du conseil de la vie sociale mais du conseil d'établissement, ce qui garantira notamment l'information des représentants des personnes âgées, de leurs familles ainsi que du personnel.

Le quatrième alinéa porte sur les établissements relevant du 3° de l'article L. 342-1, c'est-à-dire les établissements conventionnés au titre de l'APL et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il détermine les conditions de l'évolution de la facturation de leurs prestations. Ils seront rémunérés en facturant une redevance assimilable à un loyer et à des charges locatives. La part de la redevance correspondant au périmètre du tarif socle évolue de façon

conventionnelle, en fonction des conditions retenues pour l'APL. Le reste des prestations évolue en fonction de l'arrêté ministériel décrit au deuxième alinéa.

Le 3° accroît les pouvoirs du président du conseil général qui pourra autoriser des dérogations à l'application du taux maximal d'évolution annuelle des tarifs des établissements et services non habilités à l'aide sociale. Pour ce faire, à l'article L. 342-4, il substitue aux mots « *représentant de l'État* », les mots « *président du conseil général* ». Ce dernier pourra dès lors fixer un pourcentage supérieur en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation. Cette augmentation peut aussi bien résulter d'une amélioration des prestations existantes que de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation.

Afin de solliciter le bénéfice de cette disposition, l'établissement doit adresser avec sa demande l'avis rendu non plus par le conseil d'établissement, mais, dans un souci de transparence et en cohérence avec les dispositions du 2°, par le conseil de la vie sociale.

\*  
\* \*

Lors de son examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté cet article moyennant une modification rédactionnelle proposée par la rapporteure.

\*  
\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS29 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'article 40 ne répond pas à l'une des préoccupations pourtant essentielle de nos concitoyens : le reste à charge, important voire insurmontable, qui est supporté par les personnes hébergées en établissement. Le Gouvernement a d'ailleurs annoncé une seconde loi pour répondre à cette question.

On ne peut donc que s'interroger sur cet article, qui prévoit, de manière très partielle et prématurée, la création de tarifs « socle » dans les établissements, alors qu'un groupe de travail doit être mis en place en septembre prochain sur le problème de la tarification dans les établissements. S'il est nécessaire de repenser les règles de répartition des charges et les logiques de tarification afin d'abaisser le reste à charge des résidents et de leurs familles, les tarifs « socle » ne pourraient être mis en place qu'une fois ce travail préalable effectué. À moins que le vote de cet article ne cache un report *sine die* de la seconde loi prenant en compte la question de la prise en charge en établissement...

**Mme la rapporteure.** Aussi important que soit le sujet du reste à charge, il n'est pas l'objet de l'article 40. Le but est ici d'atteindre la transparence tarifaire

en clarifiant et en rendant lisible le dispositif. On sait bien qu'aujourd'hui, d'un établissement à l'autre, les règles tarifaires ne sont pas toujours bien définies.

**M. Denis Jacquat.** Depuis plusieurs années, le reste à charge trop important est une préoccupation pour les personnes concernées et les familles. Ce texte devait répondre à ce souci, tant dans le maintien à domicile que dans l'institutionnel. Or la question est peu abordée et il n'y a rien qui concerne la partie institutionnelle. La ministre nous a annoncé que cela viendrait dans un deuxième temps, mais quand ? Le reste à charge est plus important dans l'institutionnel que dans le maintien à domicile.

**Mme Michèle Delaunay.** Le tarif socle permettra de comparer les maisons de retraite entre elles, quel que soit leur type, en particulier dans la perspective du portail, actuellement en préparation par la CNSA, qui présentera toutes les prestations. On pourra ainsi avoir une échelle de prix interprétables, lisibles.

**Mme Jeanine Dubié.** L'article 40 ne semble concerner que les établissements à caractère commercial. Pour les établissements publics et associatifs habilités à l'aide sociale, c'est le président du conseil général qui fixe le prix de journée, et l'établissement ne peut rien facturer en sus. Si ce sont bien les établissements à caractère commercial qui sont ici visés, je considère l'instauration d'un tarif socle comme une excellente initiative.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS265 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'expression « tarif socle » pouvant prêter à des interprétations erronées, il est proposé de la remplacer par l'expression : « tarif journalier afférent aux prestations relatives à l'hébergement ».

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis favorable de la rapporteure, elle adopte l'amendement AS264 de la même auteure.*

*Elle adopte ensuite l'article 40 modifié.*

*Après l'article 40*

*La Commission est saisie de l'amendement AS200 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** En cas de tarifs devenus excessifs, l'habilitation à l'aide sociale et l'autorisation à dispenser des soins pris en charge par l'assurance maladie doit pouvoir être retirée. Les agences régionales de santé se sont vu doter de moyens leur permettant de maîtriser l'évolution des tarifs afférents aux soins.

Les conseils généraux doivent également pouvoir disposer de ces possibilités afin d'éviter des transferts de charges en leur défaveur.

**Mme la rapporteure.** Je suis sensible aux propos de M. Richard mais néanmoins défavorable à son amendement qui est déjà en grande partie satisfait par le droit en vigueur. En effet, l'article L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles prévoit les cas de retrait de l'autorisation, notamment pour des raisons d'évolution tarifaire. Ensuite, l'idée d'une modulation tarifaire est sur la table, mais il serait prématuré d'adopter de telles dispositions aujourd'hui au risque d'empiéter sur les discussions qui doivent être engagées à l'automne.

*La Commission rejette l'amendement.*

#### *Article 41*

(Art. L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles)

### **Transmission par les ESMS d'informations tarifaires à la CNSA**

Cet article complète l'objectif de transparence de la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS). Il prévoit la transmission à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'informations, et notamment celles relatives aux tarifs d'hébergement, par les établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes âgées. La mise en cohérence de ces données vise en premier lieu à favoriser la mise à disposition d'une information fiable et facilement compréhensible à destination des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que de leurs proches.

Le présent article modifie l'article L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles.

- Dans sa rédaction actuelle, cet article porte sur les systèmes d'information des ESMS et sur les obligations de transmissions de données qui leur incombent. Il prévoit notamment qu'ils transmettent à la CNSA les données nécessaires à l'étude et à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services intervenant auprès des personnes âgées dépendantes. Il existe donc une forme de circulation de l'information à finalité statistique et analytique.

- Il est ici proposé d'insérer un troisième alinéa afin de permettre la transmission à la CNSA d'informations, capacitaires et tarifaires, relatives aux prestations proposées par les établissements et services médico-sociaux (ESMS) intervenant auprès des personnes âgées. La CNSA mettra à disposition du public ces informations via un portail internet intégré à un dispositif d'information plus global. Ce dispositif portera sur l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et sera défini en coordination avec les départements.

Cette procédure ne concerne que les établissements relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, c'est-à-dire les ESMS. En sont donc exclus d'autres acteurs

intervenant dans l'hébergement de ces personnes, telles que les accueillants familiaux.

Ces établissements transmettront « *périodiquement* » à la CNSA des informations relatives :

– à leur capacité de prise en charge des personnes âgées dépendantes : capacité d'accueil pour les établissements médico-sociaux et capacité de service pour les prestataires de services à la personne ;

– aux tarifs d'hébergement, pour la seule fraction de leur capacité d'accueil ou de service au titre de laquelle ils sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;

– aux tarifs socles, tels que définis à l'article L. 342-3 (*cf.* commentaire de l'article 40).

Au cours des auditions conduites par la rapporteure, la CNSA a indiqué qu'une première version du portail internet sera en place dès l'hiver 2015. Elle rassemblera des informations générales relatives aux questions d'accès au droit des personnes en pertes d'autonomie et de leurs aidants. Dans un second temps, le portail proposera un annuaire des établissements et services médico-sociaux faisant apparaître leurs disponibilités et les éléments comparables de leur tarification.

Ces dispositions techniques sont indispensables. Elles s'intègrent dans le cadre de nombre des grands objectifs motivant le projet de loi : mettre en cohérence les modes de recueil et traitement des données, favoriser la diffusion d'une information la plus transparente possible, s'adresser aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches et créer les conditions de choix de vie libres et éclairés.

\*

\* \*

#### *Article 42*

(Art. L. 315-16 et L. 314-12-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

### **Élargissement à l'ensemble des établissements de la faculté de saisir le juge aux affaires familiales en cas d'impayés de prestations facturées aux résidents**

Le présent article propose d'étendre aux établissements privés la possibilité d'exercer en cas d'impayés un recours auprès du juge des affaires familiales à l'encontre des débiteurs d'une obligation alimentaire. Cette faculté n'est ouverte à l'heure actuelle que pour les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

## 1. La possibilité de recours des établissements publics envers les débiteurs de l'obligation alimentaire

- *Le principe de subsidiarité de l'aide sociale impose la participation des obligés alimentaires aux frais d'hébergement de leurs ascendants*

L'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) versée en établissement permet de financer le tarif de dépendance, qui dépend lui-même du niveau de perte d'autonomie du résident. Le montant de l'allocation est calculé à partir du tarif dépendance de l'établissement diminué du ticket modérateur du demandeur qui varie selon son niveau de ressources. Les frais d'hébergement sont quant à eux entièrement à la charge des résidents.

Lorsqu'elles ne disposent pas des ressources suffisantes pour financer le séjour en établissement, les personnes âgées peuvent demander une aide à l'hébergement auprès des services d'aide sociale du département. Conformément à l'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles qui pose le principe de subsidiarité de l'aide sociale, les obligés alimentaires doivent apporter à l'établissement la preuve qu'ils sont dans l'incapacité d'assurer leurs obligations alimentaires et donc de participer au financement de l'hébergement de leurs ascendants.

### **L'obligation alimentaire**

Le code civil définit le principe de solidarité entre les membres d'une même famille. Il dispose ainsi à l'article 205 que « *les enfants ont un devoir d'obligation alimentaire envers leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin* ». Cette obligation alimentaire concerne au premier plan les enfants majeurs (naturels ou adoptés) mais aussi, en vertu des articles 206, 207 et 212 du même code, les petits-enfants et arrière-petits-enfants. Les gendres, brus et conjoints doivent également aide et assistance envers le démuné sauf en cas de divorce, auquel cas ils en sont libérés.

Outre le versement régulier d'une pension, l'obligation alimentaire peut prendre différentes formes telles que la mise à disposition d'un logement, le financement des dépenses d'hébergement en établissement, la fourniture de nourriture ou de tout autre élément matériel, ou encore l'acquittement des frais médicaux.

- *Les établissements publics de santé peuvent exercer un recours auprès du juge des affaires familiales*

Le rejet de la demande d'aide par la commission d'attribution signifie que cette dernière estime que les débiteurs alimentaires disposent de capacités financières suffisantes. Ceux-ci sont alors invités à verser une aide à la personne âgée ou directement à l'établissement au titre de leur obligation alimentaire. Toutefois, dans certains cas de figure, la famille peut faire preuve de réticence et s'abstenir d'acquitter les dépenses engagées et non encore réglées. L'article L. 6145-11 du code de santé publique prévoit ainsi que « *les établissements publics de santé peuvent toujours exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les*

*hospitalisés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil* ». Le même article désigne le juge aux affaires familiales comme compétent pour recevoir et instruire les recours.

La loi n'a ouvert cette possibilité de recours qu'aux seuls établissements publics. La jurisprudence de la Cour de cassation a logiquement considéré que « *le fait qu'un établissement privé soit habilité à assurer l'hébergement de personnes âgées ne l'autorise pas à exercer un recours réservé aux seuls organismes publics* »<sup>(1)</sup>. La Cour a cependant admis que les établissements privés peuvent engager des poursuites à l'encontre des débiteurs d'une créance alimentaire au moyen d'une action *de in rem verso*, principe selon lequel nul ne peut s'enrichir sans cause aux dépens d'autrui<sup>(2)</sup>.

- *Les conditions de recours*

L'établissement public peut exercer son droit de recours seulement si trois conditions cumulatives sont remplies. L'établissement doit avoir engagé des ressources au titre des soins et des services déjà fournis et à ce titre être titulaire d'une créance à l'encontre du résident. Cette dette doit être l'objet d'un défaut de paiement, le résident ne disposant pas de ressources suffisantes pour s'en acquitter. Enfin, ce dernier doit comprendre dans sa famille ou son entourage un ou plusieurs débiteurs d'une obligation alimentaire au sens des articles 205, 206, 207 et 212 du code civil.

Les établissements peuvent alors adresser aux débiteurs des titres exécutoires leur permettant d'obtenir de manière forcée le recouvrement de leur créance.

Le recours au juge des affaires familiales permet aux débiteurs de l'obligation alimentaire de ne pas régler la dette du résident dans sa totalité dans la mesure où le magistrat s'attache à apprécier au cas par cas les capacités contributives des obligés pour ainsi fixer le montant de la pension alimentaire.

- *L'extension aux établissements sociaux et médico-sociaux*

La loi 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable a étendu le dispositif de recours direct au juge des affaires familiales aux établissements publics sociaux et médico-sociaux. Ces établissements doivent faire face à des contraintes de coûts très fortes, tenant notamment à l'obligation de s'acquitter des dépenses de fourniture de services ou de matériel. Les établissements d'accueil de personnes âgées sont également plus souvent confrontés à des refus ou des conflits familiaux dans le règlement et le partage des frais d'hébergement. L'extension de la saisine du juge aux affaires familiales doit permettre de faciliter la gestion de ces situations délicates. En particulier,

---

(1) *Cass.civ. 1<sup>re</sup>, 5 mai 1993, n° 91-17.037, Bull. Civ. I n° 153 ; Defrénois 1993, 1361, obs. MASSIP.*

(2) *Cass. Civ. 1<sup>re</sup>, 25 février 2003 : JurisData n° 2003-017896, JCP 2003, II, 10124, note P. Lipinski.*



l'intervention rapide du juge, sécurise la situation juridique de l'établissement, simplifie les modalités de recouvrement et évite leur contestation.

## **2. Le projet de loi élargit cette faculté aux établissements privés**

- En l'état du droit, seuls les établissements publics ont la faculté de saisir le juge aux affaires familiales en cas d'impayés de prestations facturées au résident. Comme l'estime l'étude d'impact, cette restriction est « *sans justification réelle* ».

- Le présent article propose donc de modifier le dernier alinéa de l'article L. 315-16 du code de l'action sociale et des familles afin d'élargir cette faculté à l'ensemble des établissements. Il prévoit ainsi de supprimer l'occurrence de l'adjectif « *publics* » dans cet article afin de ne plus réserver ces dispositions aux seuls « *établissement publics sociaux et médicaux-sociaux* ».

Par voie de conséquence, cette disposition devra quitter la section 2 relative au statut des établissements publics sociaux et médico-sociaux dotés de la personnalité juridique. Le projet de loi transfère logiquement cet alinéa ainsi modifié à la section 3 du chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles en y insérant spécifiquement un article L. 314-12-1 nouveau, au sein des dispositions financières relatives aux établissements soumis à autorisation.

Cette disposition relève du bon sens et paraît recueillir un consensus large. Son adoption constituera certainement un progrès, qui, toutefois, ne suffira pas à régler la question de la contribution aux frais de résidence des proches des personnes âgées dépendantes.

\*  
\* \*

*La Commission adopte successivement les articles 41 et 42 sans modification.*

### *Article 43*

(Art. L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles)

**Possibilité de recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale à l'encontre des décisions du représentant de l'État dans la région.**

L'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit la compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale. Il s'intègre dans le titre V « Contentieux de la tarification sanitaire et sociale » du livre III du code, modifié par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-79 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Dans sa rédaction en vigueur, cet article énumère les contentieux portés en premier ressort devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS). Il s'agit de la contestation des décisions prises par : le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général, séparément ou conjointement, ainsi que par le président du conseil régional et, le cas échéant, par les ministres compétents. Ces décisions portent sur la détermination des dotations globales, les dotations annuelles, les forfaits annuels, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les remboursements forfaitaires, subventions obligatoires aux établissements de santé, les prix de journée et autres tarifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux de statut public ou privé et d'organismes concourant aux soins.

Or, l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 précitée a substitué la responsabilité du préfet de région à celle du préfet de département pour arrêter la tarification des établissements et services financés par le budget de l'État.

En toute cohérence, il faut donc permettre à ces établissements de formuler un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale. L'objet du présent article est donc de réparer cette omission rédactionnelle. Il insère donc à l'article L. 351-1 la mention du représentant de l'État dans la région, en plus des autres autorités mentionnées dans la rédaction en vigueur.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS305 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** De plus en plus d'usagers et de résidents engagent des contentieux tarifaires ; aussi convient-il, en conformité avec le droit européen, d'éviter la mise en cause de l'impartialité des membres des organismes gestionnaires. Il est nécessaire d'écarter les potentiels conflits d'intérêts dans un secteur où le cumul de mandats et les multi-appartenances sont nombreux.

**Mme la rapporteure.** Si je comprends l'intention de cet amendement, qui relève d'une lecture stricte de la convention européenne des droits de l'homme, il me paraît néanmoins difficile à adopter, car il est particulièrement exclusif et réduit fortement la notion de représentant. Il est quelquefois utile que des personnes en activité puissent éclairer le tribunal.

De plus, tel qu'il est rédigé, l'amendement n'éteint pas les risques de conflits d'intérêts. L'article L. 351-2 pose d'ores et déjà la condition d'impartialité et d'indépendance pour leur désignation. Il en va de même pour l'article L. 351-5 à l'alinéa 5. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 43 sans modification.*

*Après l'article 43*

*La Commission examine l'amendement AS306 de Mme Dominique Orliac.*

**Mme Dominique Orliac.** Cette disposition avait été adoptée par le Sénat en première lecture du projet de loi sur la consommation et en deuxième lecture du projet de loi relatif à l'économie sociale et solidaire. Le rapporteur à l'Assemblée, en accord avec le Gouvernement, avait alors souhaité que cette disposition figure dans le présent texte.

Les droits des consommateurs, des usagers fragiles passent par la transparence financière et l'accès aux informations financières par les associations représentatives des usagers, bénéficiaires ou consommateurs, qui sont présentes dans diverses instances de représentation et de concertation. Le décret du 14 mai 2009 portant sur les obligations des associations et des fondations relatives à la publicité de leurs comptes annuels doit pouvoir s'appliquer à tous les organismes gestionnaires de droit privé du secteur social et médico-social bénéficiant d'une tarification administrée ou libre.

Ces publications pourront permettre la constitution de « centrales de bilans », afin d'analyser les situations financières réelles des secteurs et sous-secteurs du domaine social et médico-social.

**Mme la rapporteure.** L'intention est intéressante mais me semble satisfaite. En effet, les personnes morales de droit privé gestionnaires d'établissement ou service social et médico-social (ESMS) transmettent déjà ces informations auprès de l'autorité administrative fixant leurs tarifs. Cet amendement conduirait donc à accroître leurs charges administratives sans générer un gain suffisant. Avis défavorable.

**Mme Jeanine Dubié.** Dès lors qu'une autorité de tarification fixe son prix de journée, un établissement, qu'il soit de secteur public ou privé associatif, transmet ses bilans et ses comptes administratifs. Ce n'est pas le cas pour les établissements commerciaux dont le tarif d'hébergement n'est pas fixé par le président du conseil général.

Cet amendement vise à assurer une meilleure transparence de ces établissements en les obligeant à publier leurs comptes annuels. Les seuls budgets qu'ils transmettent aux autorités de tarification concernent la dépendance, pour fixer le montant de l'aide aux personnes âgées, et les soins, pour fixer le montant de la dotation afférente ; le conseil général ne dispose pas d'informations relatives aux tarifs d'hébergement. De surcroît, ces établissements relevant du code du commerce, l'augmentation est fixée par un décret annuel.

*La Commission rejette l'amendement.*

CHAPITRE VII  
**Améliorer l'offre médico-sociale sur le territoire**

*Article 44*

(Art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles)

**Clarification du cadre juridique applicable aux groupements  
de coopération sociale ou médico-sociale**

Cet article vise à développer les groupements de coopération sociale ou médico-sociale en clarifiant le cadre juridique qui leur est applicable. Il s'agit notamment de préciser les conditions dans lesquelles ils peuvent être titulaires d'une autorisation.

L'article L. 312-7 comporte diverses dispositions favorisant la coordination, la complémentarité ainsi que la continuité de leurs actions de prise en charge. Son 3° permet la création de groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Ceux-ci disposent d'une compétence large : le groupement peut en effet permettre de mutualiser les interventions de professionnels, notamment des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Il peut également être autorisé ou agréé à exercer directement les missions et prestations des services et établissements, créer des réseaux, gérer les activités de pharmacie à usage interne.

Si le groupement peut assurer ces missions pour le compte de ses membres, il n'a pas lui-même qualité d'établissement social ou médico-social.

Ces groupements peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents au groupement. Le groupement peut réaliser des actions au profit d'un seul de ses membres. Ces actions sont alors financées par celui-ci sur son budget correspondant.

La seconde phrase du douzième alinéa prévoit les cas plus spécifiques où les groupements exercent directement les missions des établissements et services médico-sociaux qui la constituent, auquel cas leurs recettes sont recouvrées de la même façon que celles des collectivités territoriales ou des établissements publics de santé. L'article L. 1617-5 prévoit en particulier les procédures de recouvrement des titres de recettes, avec, notamment, une procédure d'exécution forcée d'office contre le débiteur.

Le présent article modifie l'article L. 312-7. En 1°, il supprime le dixième alinéa de cet article, qui prévoit que « *le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social* ». Cette disposition peut en effet être supprimée : destinée à préciser la situation juridique,

elle est formulée par la négative et apparaît comme une source de confusion. Il convient au contraire de préciser positivement son statut, ce que prévoient les dispositions suivantes.

Il modifie en 2° l'actuel douzième alinéa (qui devient le onzième) afin d'introduire des dispositions explicites spécifiques aux groupements et clarifiant leur nature juridique.

Pour ce faire, le **a** du 2° remplace la première phase de l'alinéa par une nouvelle phrase. Celle-ci prévoit que les membres du groupement en fixent la nature juridique. Cette faculté connaît néanmoins quelques tempéraments :

– le groupement de coopération sociale ou médico-sociale est nécessairement une personne morale de droit public s'il est exclusivement composé de personnes de droit public ou bien s'il est constitué par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé ;

– le groupement est nécessairement une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué de personnes de droit privé.

Second élément constitutif, l'objet du groupement de coopération sociale ou médico-sociale est non-lucratif.

En **b**, la seconde phrase de l'actuel douzième alinéa est modifiée afin de restreindre le bénéfice des dispositions de l'article L. 1617-5 pour le recouvrement des titres de recettes aux seuls groupements de droit public. Il s'agit d'une mesure de cohérence : les mesures d'exécution forcée d'office contre le débiteur ne sont prévues que pour les collectivités territoriales et les établissements publics de santé, c'est-à-dire, dans tous les cas, à des personnes morales de droit public. Il s'agit bien d'une mesure de clarification, les personnes morales de droit privé relevant du droit commun.

Si ces mesures ne modifient pas substantiellement le cadre juridique entourant la création et le fonctionnement des groupements, elles apportent des clarifications utiles.

\*

\* \*

*La Commission examine les amendements identiques AS219 de M. Arnaud Richard et AS307 de Mme Jeanine Dubié.*

**M. Arnaud Richard.** Cet amendement vise à clarifier et simplifier le régime juridique du groupement de coopération sociale ou médico-sociale prévu à l'article 44. Il précise que ce groupement poursuit un but non-lucratif, qu'il doit être composé d'une majorité de membres relevant du secteur social ou médico-social et qu'il peut être employeur. Enfin, il prévoit de substituer une simple

déclaration préalable en préfecture à l'actuel dispositif d'approbation de la convention constitutive par le préfet de département.

**Mme la rapporteure.** Je ne suis pas favorable à ces amendements, car, pour l'essentiel, l'article 44 satisfait déjà l'objectif de clarification poursuivi.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle adopte ensuite l'article 44 sans modification.*

*Après l'article 44*

*La Commission est saisie de l'amendement AS220 de M. Arnaud Richard.*

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable à l'octroi d'un avantage fiscal aux groupements de coopération sociale et médico-sociale.

*L'amendement est rejeté.*

#### *Article 45*

(Art. L. 313-1-1, L. 313-2, L. 313-3, L. 313-6, L. 315-2, L. 531-6, L. 581-7  
du code de l'action sociale et des familles)

### **Facilitation et simplification de la mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appel à projet des ESSMS**

Cet article vise à simplifier les conditions de mise en œuvre de la procédure d'autorisation par appel à projets des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS). Pour certains cas précis (transformation et extension), il s'agit d'exonérer d'appel à projets, sous conditions, 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. Cet article vise également à dispenser de la visite de conformité un ESSMS demandant le renouvellement de son autorisation.

#### **1. La procédure d'autorisation et les conditions particulières applicables aux opérations de création, de transformation et d'extension d'établissements et services**

L'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les présidents des conseils généraux délivrent une autorisation d'exercer aux ESSMS dispensant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale. Le même article énumère les autres autorités susceptibles de délivrer une autorisation, à savoir le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) ou l'autorité compétente de l'État qui relève du préfet dans le département. Cette autorisation peut être délivrée conjointement par deux de ces autorités.

Le président du conseil général est notamment compétent pour délivrer l'autorisation d'activité aux établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du même code, qui définit les ESSMS, à savoir :

– les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt-et-un ans (1°) ;

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

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

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

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

– ainsi que les établissements ou services à caractère expérimental.

L'article L. 313-1-1 décrit quant à lui les conditions de mise en œuvre des projets de création, de transformation et d'extension d'ESSMS, y compris à titre expérimental. Ces projets sont autorisés dans les conditions prévues à l'article L. 313-3.

Lorsque ces projets font appel à des fonds publics, la loi prévoit que les autorités délivrent leur autorisation après avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social associant les représentants des usagers. Il s'agit d'une garantie de transparence et de mise en cohérence de l'offre et de la demande médico-sociale sur le territoire. Prévoir des mesures d'exonération ou d'aménagement de la procédure relève donc d'un équilibre entre les impératifs d'efficacité ou de simplification administrative et ceux d'association des acteurs intéressés sur le territoire et notamment des usagers.

Une partie des appels à projets doit être réservée aux projets expérimentaux ou innovants, répondant alors à un cahier des charges allégé, ce qui vise à encourager les petites structures à concourir (I).

Les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants sont exonérées de la demande d'autorisation si elles n'entraînent pas d'augmentation de capacité supérieure à des seuils fixés par voie réglementaire et si elles ne modifient pas les missions pour lesquelles elles ont reçu l'autorisation initiale (II).

Sont également exonérées d'appel à projet les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge (III).

## **2. Les mesures de simplification en cas de transformation et d'extension**

Le 1° du présent article modifie l'article L. 313-1-1. Son **a** modifie tout d'abord le premier alinéa du I. Il propose une nouvelle rédaction qui introduit dans le champ de l'autorisation délivrée par le président du conseil général, le directeur de l'ARS et l'État les projets de transformation d'établissements de santé en ESSMS.

Le **b** remplace les deux premières phrases du deuxième alinéa du I. Il s'agit de modifier la dénomination des commissions de sélection d'appel à projet chargées de donner leur avis aux autorités délivrant l'autorisation d'exercer. Ces commissions deviennent des commissions « d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social ». Le projet de loi n'apporte néanmoins aucune modification quant à sa composition ou à son rôle. Le second changement apporté par la nouvelle rédaction du **b** porte sur le renvoi explicite à un décret pour fixer le seuil au-dessous duquel les projets d'extension ne requièrent par l'avis de ces commissions. Il s'agit d'une mesure d'explicitation d'une disposition législative dont l'économie générale demeure inchangée.

Le **c** propose une nouvelle rédaction du quatrième alinéa du I. Il rappelle que les conditions d'application de l'article L. 313-1-1 sont définies par décret en Conseil d'État et prévoit que l'ensemble des seuils mentionnés dans cet article sont définis par décret simple, ce qui se substitue à la rédaction précédente qui ne visait que le seul seuil mentionné au deuxième alinéa du I.

Le **d** propose une nouvelle rédaction pour les II et III de l'article qui contient certaines des principales mesures de simplification contenues dans le projet de loi. Il se décompose en deux parties. Le II rassemble les cas d'exonération de la procédure d'appel à projet sans condition générale. Le III rassemble quant à lui les cas d'exonération conditionnés à la conclusion d'une convention d'objectifs et de moyens.

La nouvelle rédaction du II envisage quatre cas de figure. Le premier (1°) reprend le cas envisagé par le droit en vigueur, à savoir celui des opérations de



regroupement d'établissements et services préexistants et qui n'entraînent pas d'extension de capacité supérieure au seuil prévu au deuxième alinéa I et fixé par décret. La condition cumulative en vigueur (« *et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés* ») est quant à elle supprimée. 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 sont eux aussi exonérés (2°), ce qui revient à reprendre l'actuelle disposition du III de l'article.

Seront également et dorénavant exonérés de la procédure :

– les projets de créations et d'extensions des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III de l'article L. 312-1 (3°) ;

– s'agissant des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, les projets d'extensions de capacité inférieurs à un seuil fixé par décret (4°).

Le III accroît le champ de la simplification en conditionnant l'exonération de procédure à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Son 1° couvre les projets de transformation d'établissements et services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service. Y font exception les 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 dans la mesure où :

– aucune des autorités compétentes ne manifeste de désaccord dans les cas où l'activité relève d'une autorisation conjointe (a du 1°) ;

– les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret (b du 1°).

Le 2° du II inclut les projets de transformation d'établissements de santé en établissements ou services sociaux et médico-sociaux qui s'engageraient dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, sous réserve que ces projets demeurent de taille modeste (« *sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret* »).

Afin de superviser la cohérence et de la qualité de l'offre médico-sociale sur le territoire, la commission d'information et de sélection donne son avis sur les projets de transformations mentionnés au 2°.

Le 2° du présent article modifie quant à lui l'article L. 313-2 du code de l'action sociale et des familles. Cet article porte sur les modalités de présentation de la demande d'autorisation. Compte tenu des mesures de simplification prévues en 1°, il prévoit que les mots : « *Les demandes d'autorisation relatives aux établissements et services sociaux qui ne sont pas soumises 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* ». La nouvelle rédaction serait donc la suivante :

*« Les demandes d'autorisation qui ne sont pas soumises à la procédure d'appel à projet sont présentées par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé qui en assure ou est susceptible d'en assurer la gestion. »*

Cette rédaction simplifie le régime des demandes d'autorisation selon qu'elles relèvent ou non de l'appel à projet, sans tenir compte de la nécessité ou non de l'avis de la commission d'information et de sélection, qui sera prévu par exemple en III de l'article L. 313-1-1 tel qu'issu du présent projet de loi.

Le 3° remplace le deuxième alinéa de l'article L. 313-3 par une nouvelle rédaction.

La disposition visée est celle qui prévoit que le président du conseil général compte parmi les autorités habilitées à délivrer une autorisation aux ESSMS. La nouvelle rédaction maintient la compétence des présidents de conseils généraux aux établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 ainsi qu'aux lieux de vie et d'accueil qui ne constituent pas des établissements et services sociaux ou médico-sociaux, mentionnés au III du même article. La rédaction en vigueur vise l'ensemble du III dans la mesure où elle ajoute un tempérament à la catégorie qui s'y trouve visée : ne sont concernés par l'autorisation que les lieux de vie et d'accueil « *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* », ce qui circonscrit les démarches de demande d'autorisation au champ de l'action sociale des départements.

Le 4° modifie les alinéas quatre à sept du même article L. 313-3.

La nouvelle rédaction du quatrième alinéa modifie le c de l'article qui permet la délivrance de l'autorisation par « l'autorité compétente de l'État » en élargissant cette faculté aux lieux de vie et d'accueil, mais, cette fois, « *lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État* ».

L'alinéa suivant en modifie le d afin de mettre en cohérence les dispositions relatives à la délivrance conjointe d'une autorisation par le président du conseil général et le directeur de l'ARS, en y introduisant la mention des « *lieux de vie et d'accueil* ». Les deux alinéas suivants font de même en modifiant les e et f et de l'article pour y introduire la même mention, s'agissant respectivement des autorisations délivrées conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général d'une part et, d'autre part, par l'autorité compétente de l'État et le directeur de l'ARS.

Le 5° modifie pour sa part l'article L. 313-6. Cet article prévoit qu'une autorisation et son renouvellement sont valables sous réserve d'une visite de conformité. Le **a** du 5° réserve cette disposition aux seuls projets de transformation et d'extension supérieurs au seuil prévu au I de l'article L. 313-1-1 du même code.

Le **b** du 5° insère un nouvel alinéa qui précise les cas dans lesquels la visite de conformité est requise s'agissant des projets d'extension inférieurs au seuil. La visite de conformité est nécessaire à partir du moment où le projet *« 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 »* ainsi que lorsqu'il conduit au déménagement de tout ou partie des locaux.

Le **c** introduit une modification de conséquence en remplaçant, au dernier alinéa, le mot *« ils »* par les mots *« l'autorisation ou son renouvellement »*. Il s'agit d'une modification rédactionnelle, l'introduction d'un alinéa nouveau entre le premier et le dernier de l'article pouvant entraîner une confusion, cet alinéa ne portant que sur l'autorisation et non sur son renouvellement.

Le 6° modifie l'article L. 315-2. Il prévoit notamment que les établissements et les services sociaux et médico-sociaux publics sont créés par arrêté du ou des ministres compétents, par délibération de la ou des collectivités territoriales compétentes ou d'un groupement ou par délibération du conseil d'administration d'un établissement public. Le présent article prévoit d'introduire un nouvel alinéa en fin d'article rédigé comme suit :

*« 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. »*

Cette mention dispense explicitement les services et établissements départementaux de la procédure d'appel à projet, au même titre que les établissements publics relevant exclusivement du conseil général. Cette disposition permet au président du conseil général de piloter directement et avec davantage de fluidité l'offre du conseil général. Elle apporte une simplification évidente pour la gestion de l'offre médico-sociale dans le département, mais peut aussi être critiquée dans la mesure où le recours aux procédures d'appel à projet pose une garantie de transparence. La mise en œuvre de cette disposition devra donc s'accompagner au niveau local d'un effort de transparence dans l'allocation de ces ressources.

Le 7° modifie l'article L. 531-6, portant sur les mesures particulières d'adaptation à Saint-Pierre-et-Miquelon pour changer, par cohérence, la

dénomination des commissions de sélection au profit du libellé « *commission d'information et de sélection d'appel à projet* ».

Enfin, le 8° procède à la même modification à l'article L. 581-7 qui porte quant à lui sur les conditions particulières d'application à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

\*  
\* \*

*La Commission examine l'amendement AS15 de M. Dominique Tian.*

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable à cet amendement dont l'objet est de refuser la dispense d'appel à projet pour les projets de transformation d'établissements de santé en ESMS. La mesure qu'il est proposé de supprimer est pourtant intéressante au regard de la simplification administrative. L'exposé sommaire porte davantage sur l'articulation entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale, qui relève des schémas de planification des ARS.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS221 de M. Arnaud Richard.*

**M. Arnaud Richard.** Autant on peut comprendre la contrainte réglementaire lors de la création d'un service, autant elle paraît excessive dans le cas d'une extension ou d'une transformation.

**Mme la rapporteure.** Avis défavorable : vous voulez étendre bien plus avant les dispenses d'appel à projet, et pour des structures très différentes de celles visés à l'article 45.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission est saisie de l'amendement AS266 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Denis Jacquat.** La procédure d'appels à projet a été créée par le législateur afin d'assurer la transparence du développement de l'offre sur les territoires, assurer une saine concurrence entre les différents opérateurs et permettre ainsi l'attribution des autorisations au regard des différents projets proposés et de la qualité d'accompagnement. L'exonération des conseils généraux du recours à cette procédure contreviendrait à la volonté initiale du législateur. Elle constituerait une rupture d'égalité devant la loi et porterait atteinte à la logique de concurrence voulue par le législateur. De plus, le conseil général se trouverait juge et partie dans l'attribution de l'autorisation.

Par ailleurs, au regard du projet de réforme des collectivités territoriales, il convient de s'interroger sur la pertinence du maintien d'une telle disposition dans le projet de loi.

Le présent amendement a par conséquent pour objet de supprimer cette exonération.

**Mme la rapporteure.** En tout état de cause, les conseils généraux sont juge et partie dans la plupart de ces appels à projet. En outre, l'avis de la commission d'information et de sélection, maintenu, garantit la transparence de la procédure. J'émet donc un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle adopte ensuite l'article 45 sans modification.*

*Après l'article 45*

*La Commission examine l'amendement AS78 de Mme Audrey Linkenheld.*

**Mme Chaynesse Khirouni.** Afin d'améliorer l'offre sociale et médico-sociale, il importe que le directeur général de l'agence régionale de santé puisse formuler un avis sur les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, à l'instar du préfet s'agissant des programmes locaux de l'habitat. Il s'agit de s'assurer que ces schémas assurent une offre suffisante et également répartie sur le territoire en matière d'accueil des personnes âgées dépendantes et de dispositifs permettant le répit des proches aidants.

**Mme la rapporteure.** Le directeur général de l'ARS n'a pas vocation à adresser des demandes motivées à d'autres autorités, notamment au président du conseil général. Une telle faculté contredirait le principe de libre administration des collectivités territoriales. J'émet donc un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*L'amendement AS222 de M. Arnaud Richard est retiré.*

## TITRE IV GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

### CHAPITRE I<sup>ER</sup> Gouvernance nationale

#### *Section 1* **Le Haut Conseil de l'âge**

##### *Article 46*

(Art. L. 149-1 et L. 149-2 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

#### **Création d'un Haut Conseil de l'âge**

L'article 46 instaure un Haut Conseil de l'âge placé auprès du Premier ministre. Il se substituera au comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) et au comité « avancée en âge ».

#### **1. Le comité national des retraités et des personnes âgées et le comité « Avancée en âge »**

Institué par le décret n° 82-697 du 4 août 1982, le comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) est une instance administrative consultative placée auprès du ministre et chargée de suivre les problématiques liées aux personnes âgées. Il permet la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale les concernant <sup>(1)</sup>.

Le décret n° 2006-609 du 26 mai 2006 relatif au comité national des retraités et des personnes âgées a élargi ses missions. Sa consultation par le ministre chargé des personnes âgées est devenue obligatoire sur les projets de textes réglementaires concernant les personnes âgées et portant sur les politiques de prévention de la perte d'autonomie, de soutien à la dépendance, de maintien à domicile, de coordination gériatrique ainsi que sur la qualité des prises en charge par les services et établissements. Il peut également être saisi par le ministre sur toute autre question ou s'autosaisir.

Il anime en outre le réseau des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) placés auprès des présidents de conseils généraux depuis la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités et libertés locales.

Les membres du CNRPA participent également, en tant que représentants des retraités et personnes âgées, à différentes instances extérieures, telles que le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des

---

(1) Article D. 149-1 du code de l'action sociale et des familles.

travailleurs salariés (CNAVTS) ou encore le conseil de surveillance des caisses nationales de protection sociale.

#### **Activité du CNRPA**

Sur la période 2010-2013, le CNRPA a rendu une vingtaine d'avis sur les projets de texte réglementaire dont il a été saisi.

Il a organisé le 3 juillet 2014, comme chaque année, une journée nationale réunissant des représentants de l'ensemble des CODERPA, des conseils généraux, de représentants des administrations et d'experts sur les questions relatives aux personnes âgées.

Le comité s'est également exprimé sur l'utilisation de la contribution additionnelle pour la solidarité et l'autonomie (CASA), en rappelant que son montant doit être exclusivement consacré au financement de l'accompagnement et des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie <sup>(1)</sup>.

Il a également émis un avis sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement en rappelant son notamment attachement à la convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées et en approuvant la création la création du Haut Conseil de l'âge <sup>(2)</sup>.

En complément, le Gouvernement a créé le 8 octobre 2013 un Comité « Avancée en âge » afin de développer la prévention, de promouvoir la santé, préserver la qualité de vie et la dignité des citoyens avançant en âge, en formulant des propositions pour nourrir le volet anticipation du projet de loi.

Le comité est une instance de réflexion chargée de procéder à un état des lieux et à une synthèse des bonnes pratiques en matière de prévention et d'accompagnement des personnes âgées. Il doit également formuler des propositions opérationnelles pour coordonner les politiques liées à l'avancée en âge.

Le comité est à l'origine du rapport « Avancée en âge : prévention et qualité de vie », élaboré en collaboration avec l'inspection générale des affaires sociales et remis en février 2013. Il propose un plan d'action en 35 fiches touchant à la prévention, la coordination des actions, la réduction des inégalités de santé, ou encore à l'adaptation du logement.

Présidé par le Dr Jean-Pierre Aquino, il comporte un bureau et un comité de suivi. Il bénéficie de l'appui technique d'un inspecteur général des affaires sociales ainsi que du ministère des affaires sociales et de la santé.

Au final, l'activité de ces deux comités converge en faveur du transfert de leurs missions au profit du Haut Conseil de l'âge. Reposant sur des fondements

---

(1) Lettre du CRNPA adressée au Premier Ministre, 28 mai 2014.

(2) Avis définitif du CNRPA sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, mars 2014.

réglementaires, la fin de leur activité pourra être facilement coordonnée avec la création du Haut Conseil auquel le projet de loi confère un fondement législatif.

## 2. L'instauration du Haut Conseil de l'âge

Le présent article modifie le chapitre IX du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles. La nouvelle rédaction instaure un Haut Conseil de l'âge. Le chapitre IX est ainsi renommé et est composé de deux articles.

La rédaction de l'article 46 supprime l'unique disposition de l'actuel chapitre IX qui instaure un comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA), instance consultative placée auprès du président du conseil général.

Il s'agit d'une erreur rédactionnelle : initialement, les CODERPA devaient être supprimées au profit des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), ce qui permettait aux dispositions relatives au Haut Conseil de l'âge de s'y substituer au chapitre IX (cf. commentaire de l'article 52).

La création des CDCA ayant été ajournée, il est aujourd'hui indispensable de maintenir les CODERPA. La rapporteure proposera un amendement en ce sens.

L'article L. 149-1 place le Haut Conseil de l'âge auprès du Premier ministre. Son premier alinéa définit ses missions générales :

- animer le débat public ;
- fournir 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 ;
- contribuer à l'élaboration d'une politique globale de l'autonomie des personnes âgées.

C'est une fois posé ce cadre général que cet article L. 149-1 précise certaines des tâches lui incombant.

Son 1<sup>o</sup> porte sur les travaux de prospective : le haut conseil formulera des propositions ainsi que des avis et réalisera des travaux d'évaluation et de prospective « *sur les politiques liées au vieillissement au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques* ». Il devra disposer d'une capacité d'engagement de dépense puisqu'il est également prévu qu'il puisse faire réaliser ces études. Par ses travaux de recherche et d'analyse, le Haut Conseil permettra une véritable mise en perspective des politiques de l'autonomie, en les inscrivant sur le temps long et dans une perspective sociale la plus large possible.

Le 2<sup>o</sup> le charge de formuler des recommandations et de contribuer au suivi de leur mise en œuvre dans le domaine de la perte d'autonomie. Il doit pour cela se coordonner avec le Haut Conseil de la santé publique, en particulier pour le suivi des objectifs de la politique de santé publique définis à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, dont le 7<sup>o</sup> mentionne notamment « *l'amélioration de*



*l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ».*

Le 3° lui confère un rôle dans le domaine des droits des personnes âgées. Il doit formuler toute proposition de nature à en garantir le respect. Il en va de même s'agissant de la notion plus générale de bienveillance des personnes âgées ainsi que de prise en compte des questions éthiques.

Le 4° charge le Haut Conseil de l'âge de suivre la mise en œuvre du présent projet de loi et le 5° prévoit sa consultation « *sur tout projet de mesure législative ayant une incidence sur la politique globale de l'autonomie des personnes âgées* ».

Au-delà, son champ d'intervention est relativement large puisque les deux derniers alinéas prévoient :

– qu'il peut être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés ;

– qu'il peut s'autosaisir de toute question relative aux politiques de l'autonomie des personnes âgées.

Le chapitre IX dans sa nouvelle rédaction contient un deuxième article, l'article L. 149-2 nouveau. Il décrit de façon non exhaustive la composition du Haut Conseil de l'âge. Il 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.

Il comprend également des représentants des associations et organismes nationaux de retraités et de personnes âgées ainsi que de ceux 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.

Cet article prévoit également que le Conseil est composé en nombre égal d'hommes et de femmes. Cette disposition, louable dans son esprit, paraît en réalité peu praticable, sauf à ce que l'État décide par avance du sexe des représentants envoyés par chacune des parties prenantes, ce qui semble improbable, ou à ce que chacun de ces organismes y délègue un nombre pair de personnes.

Le dernier alinéa renvoie la composition et les modalités de fonctionnement du Haut Conseil à un décret.

### 3. Poursuivre la mise en cohérence des instances de représentation

La création du Haut Conseil de l'âge représente une avancée considérable pour la mise en cohérence des politiques d'adaptation de la société au vieillissement sur le plan national. Toutefois, sa création devra tenir compte de la nécessité d'articuler ce nouvel organe consultatif avec un certain nombre d'instances existantes.

L'alinéa 368 du rapport annexé prévoit notamment que l'activité du Haut conseil s'articule avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) sur les questions transversales de droits et de bienveillance pour les âgés et les personnes en situation de handicap.

En outre, le Haut Conseil de l'âge conduira ses travaux parallèlement à ceux d'autres instances, telles que le Haut Conseil de la famille (HCF) qui a remplacé en 2009 la conférence annuelle de la famille et le Haut Conseil de la population et de la famille. Les missions du HCF sont d'animer le débat public sur la politique familiale, formuler des recommandations et propositions de réformes, mais aussi de mener des réflexions sur l'équilibre financier de la branche famille de la sécurité sociale.

Dans ce contexte, la rapporteure propose de réfléchir à l'instauration d'un Haut Conseil de la famille, des âges et de l'enfance.

\*

\* \*

Lors de son examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté cet article moyennant un amendement de votre rapporteure. Celui-ci a permis la création de deux sections au sein du chapitre IX, la première contenant les dispositions relatives au Haut Conseil de l'âge, la seconde permettant le maintien de celles relatives aux CODERPA. Elle a également adopté un amendement des commissaires du groupe Ecolo prévoyant la participation au haut Conseil des syndicats de retraités.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS331 de la rapporteure.*

**Mme la rapporteure.** Cet amendement a pour objet de maintenir les comités départementaux des retraités et des personnes âgées, les CODERPA, dont la suppression n'est plus justifiée compte tenu du report d'une partie des mesures relatives à la gouvernance locale.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS30 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Denis Jacquat.** Le texte apporte une réponse très partielle aux problématiques liées au vieillissement de la population. Il évacue totalement la question, pourtant majeure, du financement de la prise en charge de la dépendance. On sait pourtant que les dépenses, déjà importantes, supportées par la solidarité nationale sont dynamiques et qu'elles ne vont cesser de s'accroître sous le double effet de la progression de l'espérance de vie et de la montée en charge des générations du *baby-boom*. En parallèle, les restes à charge que doivent supporter les familles sont de plus en plus lourds. La participation mensuelle directe des personnes dépendantes s'élève en moyenne à 2 200 euros en établissement en zone rurale, 2 900 euros en zone urbaine, et elle est d'environ 1 400 euros à domicile.

Au regard de ces enjeux, la création d'un nouveau haut conseil n'apparaissait pas vraiment prioritaire. Néanmoins, puisque le Gouvernement a décidé de créer cette structure « pour animer le débat public », donnons-lui une vision claire et prioritaire, en le chargeant de réfléchir en premier lieu à ce qui aurait dû être le préalable indispensable à la rédaction de ce projet de loi : le financement. À cette fin, l'amendement tend à intégrer aux missions du Haut Conseil la réflexion sur le financement de la prise en charge de la dépendance, réflexion qui devra rapidement être suivie d'une prise de décision.

**Mme la rapporteure.** Cet amendement est restrictif. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie de l'amendement AS192 de Mme Michèle Delaunay.*

**Mme Michèle Delaunay.** Cet amendement stipule que le Haut Conseil de l'âge remettra chaque année au Parlement un rapport relatif au suivi de cette loi.

**Mme la rapporteure.** Je ne suis pas favorable à cet amendement, et pas seulement à cause du rapport supplémentaire. La mission du Haut Conseil est d'intervenir sur des questions thématiques, et non de suivre l'application de la loi.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS31 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Denis Jacquat.** L'amendement AS31 tend à compléter l'AS30. Considérant que tous les acteurs participant ou susceptibles de participer au financement des politiques liées au vieillissement de la population doivent être partie prenante à la réflexion, il semble pertinent que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) compte des représentants parmi les membres du Haut Conseil. De fait, la mise en place d'une assurance dépendance obligatoire est une des pistes qui avaient été étudiées lors du grand débat de 2009.

**Mme la rapporteure.** Le quatorzième alinéa de l'article renvoie la composition du Haut Conseil à un décret. Vous proposez de l'élargir à des acteurs certainement légitimes mais qui ne sont pas du niveau des représentants du Parlement ou des organismes de sécurité sociale relevant du domaine réglementaire. En outre, une composition trop large risquerait de nuire à la qualité des travaux. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine l'amendement AS227 de Mme Audrey Linkenheld.*

**Mme Chaynesse Khirouni.** L'amendement AS227 propose d'intégrer dans la composition du Haut Conseil de l'âge des représentants des organisations syndicales de retraités afin d'accroître la représentativité du Haut Conseil

**Mme la rapporteure.** Votre amendement est satisfait, madame Khirouni, l'alinéa treize prévoyant la présence au sein du Haut Conseil de représentants des associations et des organismes nationaux de retraités et de personnes âgées.

**M. Denys Robiliard.** Si la notion d'organisme est très large, il n'y a aucune confusion possible entre une association, dont le statut est défini par la loi de 1901 et un syndicat, institution relevant de la loi de 1884.

**Mme Michèle Delaunay.** Il s'agit, à mon sens, d'un oubli puisque nous nous étions engagés dans les discussions préalables à ce que les syndicats soient présents au sein du Haut Conseil.

**Mme la rapporteure.** En considération de ces précisions, j'émet un avis favorable à cet amendement.

**M. Arnaud Richard.** Pour ma part, je le voterai : les syndicats ont toute leur place dans le Haut Conseil, au titre du paritarisme.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle est saisie des amendements identiques AS224 de M. Arnaud Richard et AS267 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Arnaud Richard.** L'amendement AS224 vise à assurer au sein du Haut Conseil la représentation des services d'aide à domicile.

**Mme la rapporteure.** L'alinéa quatorze pose que la composition du Haut Conseil de l'âge, les modalités de désignation de ses membres et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret. J'émettrai donc un avis défavorable à ces amendements.

**M. Arnaud Richard.** J'espère que le Gouvernement prendra connaissance de nos débats avant de rédiger ce décret.

*L'amendement AS224 est retiré.*

*La Commission rejette l'amendement AS267.*

*Puis elle adopte l'article 46 modifié.*

## *Section 2*

### **Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie**

#### *Article 47*

(Art. L. 14-10-1, art. L. 14-10-7, art. L. 14-10-7-1 [nouveau]  
du code de l'action sociale et des familles)

#### **Élargissement des missions et de la gouvernance de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

L'article 47 modifie et enrichit l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles afin de confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) la gouvernance nationale des politiques publiques de l'autonomie. Il élargit ainsi les capacités d'action de la caisse, renforce sa gouvernance et élargit son champ d'action aux personnes âgées. Cet article crée également un article L. 14-10-7-1, qui prévoit la signature d'une convention pluriannuelle entre la caisse et chaque département.

L'élargissement des missions du CNSA s'inscrit en complémentarité avec la création du Haut Conseil de l'âge (*cf.* article 46).

#### **1. La gouvernance des politiques de l'autonomie insuffisamment organisée au niveau national**

##### ***a. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : un acteur reconnu et légitime des politiques de l'autonomie***

Créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, la CNSA a vu ses missions progressivement précisées et renforcées, notamment par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. En vertu de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA est à la fois une caisse et un opérateur central des politiques de l'autonomie. Elle apporte à ce titre un appui technique aux acteurs locaux, et assure par ailleurs une mission d'expertise, d'information et de soutien à la recherche et à l'innovation dans le champ des politiques de l'autonomie.

- *Le rôle de caisse de la CNSA*

La CNSA exerce tout d'abord une fonction de financeur. Elle est à ce titre dotée de ressources propres, composées de la contribution de solidarité autonomie

(CSA), d'une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). La CNSA compense une partie des dépenses des conseils généraux par le versement de concours, qui permettent d'aider les départements à financer certaines prestations individuelles versées respectivement aux personnes âgées et aux personnes handicapées, telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH), ou encore de participer au financement de l'installation et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles). Jusqu'à aujourd'hui, des conventions d'appui à la qualité de service, conclues entre la CNSA et chaque conseil général, détaillent les modalités de versement de ce dernier concours.

- *Le rôle d'appui et d'expertise de la CNSA*

Afin de « garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps » en vertu du 2° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, le législateur a confié à la CNSA une mission d'expertise, d'information et d'animation des acteurs concernés par les politiques de l'autonomie.

La CNSA exerce également une fonction de pilotage pour certains acteurs des politiques de l'autonomie. Auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), dont elle a contribué au développement, la caisse est par exemple chargée d'organiser un « échange d'expériences et d'informations » afin de diffuser les bonnes pratiques (6° de l'article L. 14-10-1 précité).

***b. Un mandat insuffisant pour appréhender de manière transversale les politiques de l'autonomie***

Une dizaine d'années après sa mise en place, le rôle incontournable de la CNSA est reconnu par l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ des politiques de l'autonomie, ainsi que l'ont confirmé les auditions conduites par votre rapporteure.

Toutefois, la CNSA est aujourd'hui confrontée à deux écueils : d'une part, ses compétences ne sont pas suffisamment développées dans le champ des politiques de l'âge, notamment en matière d'appui méthodologique, d'expertise et de prévention. D'autre part, sa capacité de pilotage est relativement réduite, en particulier à l'égard des conseils généraux.

**2. Confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie le pilotage national des politiques de l'autonomie**

Afin d'encourager un pilotage national des politiques de l'autonomie, à destination des personnes handicapées et des personnes âgées, le présent article

propose de renforcer considérablement les attributions de la CNSA, en consacrant en particulier ses compétences d'appui et de partenariat.

Les modifications apportées à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles tendent à élargir les missions de la CNSA, tandis que l'insertion d'un article L. 14-10-7-1 après l'article L. 14-10-7 du même code vise à définir les nouvelles modalités de conventionnement entre la caisse et les départements.

#### *a. Élargissement des missions de la CNSA*

L'article 47 du présent projet de loi fait évoluer les missions de la CNSA dans quatre domaines.

- *Accompagnement des proches aidants et soutien aux actions de prévention de la perte d'autonomie*

En premier lieu, le 1<sup>o</sup> vient modifier le 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, en proposant d'étendre les actions de financement de la CNSA aux actions de prévention de la perte d'autonomie ainsi qu'à l'accompagnement des proches aidants. En effet, la compétence de la caisse en termes d'expertise est aujourd'hui limitée aux problématiques concernant les personnes handicapées.

Il est également proposé de compléter le 3<sup>o</sup> du I de l'article L. 14-10-1 afin d'étendre la compétence d'expertise de la CNSA à l'analyse de la situation et des besoins des proches aidants. Ces modifications sont de nature à accroître la compréhension de la caisse concernant l'ensemble des politiques de l'autonomie, afin d'améliorer les actions qu'elle soutient ou conduit au titre de la prévention de la perte de l'autonomie.

Le neuvième alinéa de l'article 47 précise enfin que les demandes de compensation concernent tant le « handicap » que l'« aide à l'autonomie », ce qui vient confirmer la nouvelle compétence étendue de la CNSA relative aux personnes âgées.

- *Appui méthodologique*

Dans un second temps, les modifications apportées à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles visent à renforcer les compétences de la CNSA en termes d'appui technique et méthodologique, consacrant ainsi son rôle de pilotage national des politiques de l'autonomie.

On rappellera qu'en vertu des dispositions de l'article L. 14-10-1, la CNSA est chargée d'assurer, auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), « un échange d'expériences et d'informations » contribuant au développement de bonnes pratiques au niveau national. Afin que la caisse devienne un véritable lieu d'échange et d'harmonisation des pratiques en lien avec

les politiques de l'autonomie, le septième alinéa de l'article 47 propose d'enrichir le 6° de l'article L. 14-10-1, en étendant sa mission d'harmonisation des pratiques à l'activité des équipes médico-sociales et aux services départementaux respectivement en charge de l'élaboration des plans d'aide et de la gestion de l'APA, ainsi qu'aux conférences des financeurs instaurées par l'article 3 du présent projet de loi.

Le neuvième alinéa de l'article 47 du présent projet de loi précise que la CNSA est en charge de veiller à l'équité de l'examen des demandes de compensation formulées par les personnes âgées, une compétence qu'elle exerce déjà dans le champ du handicap. Dans le cadre de sa fonction d'appui méthodologique, le dixième alinéa lui confie également le soin d'analyser les conditions de réponse des territoires aux besoins de compensation des personnes âgées et handicapées.

- *Information du public sur les droits et services relatifs aux politiques de l'autonomie*

La troisième évolution majeure des missions de la CNSA concerne l'information du public. Le douzième alinéa de l'article 47 du présent projet de loi propose ainsi d'insérer, après le 10° du I de l'article L. 14-10-1, un 11° qui prévoit la mise à disposition des personnes âgées, des personnes handicapées ainsi que de leurs familles, d'« *une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés* ».

Cette disposition consacre ainsi la mission d'information de la CNSA à destination des personnes âgées et des personnes handicapées. Afin de se conformer à cette nouvelle exigence législative, la CNSA a indiqué à votre rapporteure avoir déjà engagé une réflexion sur la création d'un portail d'informations destiné au grand public. La caisse devrait par conséquent être en mesure de rendre publique la première version de ce portail dès l'hiver 2015. Cette interface, à vocation pédagogique, pourrait comporter à la fois des informations très générales relatives aux droits des personnes âgées, un annuaire des établissements et des services et un modèle de calcul du reste à charge net.

- *Systèmes d'information*

Les treizième et quatorzième alinéas de l'article 47 prévoient enfin d'insérer deux nouveaux alinéas à l'article L. 14-10-1 du même code, afin de confier à la CNSA un rôle de pilotage des systèmes d'information dans le champ des politiques de l'autonomie. L'absence de gouvernance unique ayant été identifiée par un audit conduit par la CNSA en 2013 et 2014 comme l'une des raisons de l'échec de la mise en place d'un système d'information unifié dans les MDPH, le présent article prévoit de confier à la caisse la conception et la mise en œuvre d'un système d'information unifié, permettant la transmission d'informations normalisées (cf. articles 49 à 51). Il est précisé que la CNSA exerce cette mission en lien avec l'Agence nationale des systèmes d'information



partagés de santé (ASIP Santé), groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique, en charge du développement des systèmes d'information partagés dans le domaine de la santé. Afin de rendre effective la mise en œuvre du système d'information unifié, le présent projet de loi donne également à la CNSA une capacité de définition des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ces systèmes d'information, ainsi qu'un pouvoir de labellisation des systèmes d'information conformes aux normes qu'elle aura édictées.

***b. Élargissement des possibilités de contractualisation avec les conseils généraux***

En complément de l'élargissement des missions de la CNSA, le 2° de l'article 47 propose de modifier le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles et d'insérer à sa suite un nouvel article L. 14-10-7-1 afin d'élargir les possibilités de contractualisation de la CNSA avec les départements.

À ce jour, aux termes du dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 du même code, seules les dispositions relatives à l'installation et au fonctionnement des MDPH faisaient l'objet d'un conventionnement entre la CNSA et les conseils généraux.

Afin de tirer les conséquences de l'élargissement des missions de la CNSA, le présent article propose d'élargir à l'ensemble du champ de l'autonomie les actuelles conventions dites « *d'appui à la qualité de service* » conclues entre la caisse et les départements. Aussi le 3° de l'article 47 propose-t-il la création d'un nouvel article L. 14-10-7-1, qui détermine les règles relatives à la signature d'une convention pluriannuelle entre chaque conseil général et la CNSA. L'objet de cette convention est de fixer leurs engagements réciproques « *dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* ».

Un décret doit préciser ultérieurement le contenu exact de ces conventions. Le nouvel article L. 14-10-7-1 propose néanmoins une liste des engagements qui seront détaillés par voie réglementaire. La CNSA et les conseils généraux s'entendront ainsi sur les modalités de versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des MDPH, « *tenant compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de réalisation des objectifs antérieurs* » (1°). Cet alinéa, qui reprend les dispositions du dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 est modifié par le présent article, qui renvoie à l'article L. 14-10-7-1 nouveau les modalités de versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des MDPH.

Il est également prévu que les conventions fixeront des « *objectifs de qualité* » (2°) permettant d'améliorer l'activité sociale des départements. Elles détermineront ensuite les modalités de la « *répartition des crédits entre les actions de prévention* » définies aux termes des alinéas 1°, 2° et 5° du nouvel article

L. 233-1 relatif à la conférence des financeurs, inséré par l'article 3 du présent projet de loi (3°). Le 4° prévoit que les modalités de versement des autres concours versés par la CNSA aux départements seront précisées dans les conventions.

Dans un souci de sécurité juridique, le dernier alinéa de l'article L. 14-10-7-1 nouveau précise qu'en l'absence de convention, les conseils généraux reçoivent les concours relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap selon les modalités détaillées respectivement aux articles L. 14-10-6 et L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles.

\*  
\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS268 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** Il s'agit de permettre aux caisses de retraite d'être membres à part entière de la CNSA et non du seul collège des organisations œuvrant pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

**Mme la rapporteure.** Il n'apparaît pas opportun de modifier la composition de la CNSA, qui me semble équilibrée. En outre, les caisses de retraite seront suffisamment représentées, que ce soit au sein de la conférence des financeurs ou du Haut Conseil de l'âge.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 47 sans modification.*

#### Article 48

(Art. L. 114-5 et art. L. 114-8 du code de la sécurité sociale)

#### **Référentiel comptable applicable et obligation de nommer un commissaire aux comptes**

Compte tenu de son rôle de caisse et en conséquence de l'élargissement de ses missions présenté à l'article 47 du présent projet de loi, le 1° du présent article propose de rendre applicables à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en tant qu'organisme financeur et gestionnaire des dépenses relevant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au référentiel comptable et à la nomination d'un commissaire aux comptes.

En conséquence, afin de se conformer aux dispositions de l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale, le 1° du présent article prévoit que la CNSA applique un plan comptable unique, fondé sur le principe de la constatation

des droits et des obligations, au même titre que les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement.

Suivant le même raisonnement, le 2° prévoit d'étendre à la CNSA les dispositions du premier alinéa de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale visant à faire certifier ses comptes par un commissaire aux comptes, à l'instar des dispositions applicables aux régimes de base de la sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement.

\*

\* \*

### *Section 3* **Systemes d'information**

#### *Article 49*

(Art. L. 146-3-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

#### **Définition homogène du contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées**

Cet article insère, après l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles, un nouvel article L. 146-3-1 visant à homogénéiser le contenu des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). L'objet de cette disposition est d'obtenir des informations agrégées tant sur l'activité des MDPH que sur le parcours individuel de leurs usagers, afin de disposer d'informations statistiques fiables permettant d'améliorer la comparaison des données et le pilotage des politiques publiques conduites par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

#### **1. Une transmission des données des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées insuffisamment encadrée**

##### *a. Dispositions législatives et réglementaires organisant la remontée d'informations des MDPH à la CNSA*

Au fur et à mesure du développement des maisons départementales des personnes handicapées et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des dispositions tant législatives que réglementaires ont organisé la transmission de données concernant l'activité des MDPH à la CNSA, afin que celle-ci puisse exercer sa fonction d'appui et de contrôle des MDPH, en vertu des dispositions de l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles.

L'article L. 247-2 du même code organise ainsi la transmission à la CNSA des données des maisons départementales des personnes handicapées relatives « à

*leur activité* » ainsi qu'à celle « *des équipes disciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie* ».

Le troisième alinéa de l'article L. 247-2 du même code prévoit par ailleurs que les MDPH doivent transmettre à la CNSA des données individuelles relatives aux caractéristiques des personnes concernées par les activités des MDPH, l'étendue de ces données étant précisée à l'article D. 472-2 du même code.

Le dernier alinéa de l'article L. 247-2 prévoit enfin que les MDPH transmettent à la CNSA les décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, relatives à l'orientation des personnes handicapées ou à l'attribution des aides et prestations versées par le conseil général.

Le droit de regard dont dispose la CNSA sur l'ensemble de ces données lui permet ainsi de synthétiser et de diffuser les bonnes pratiques mises en œuvre individuellement par les MDPH, tout en soulignant les difficultés de fonctionnement que celles-ci peuvent rencontrer. Elle publie d'ailleurs à cet effet une synthèse annuelle de l'activité des MDPH.

#### ***b. La transmission de certaines données s'est effectuée sur une base de volontariat de la part des MDPH***

Afin de disposer d'une vision globale sur l'activité des MDPH, la transmission de données complémentaires a parfois été mise en place en dehors de tout fondement législatif ou réglementaire, sur une base de volontariat des départements. Néanmoins, les informations recueillies par ce biais sont trop souvent parsemées et insuffisantes pour permettre leur consolidation au niveau national.

Par exemple, la mesure de la satisfaction des usagers des MDPH a été mise en œuvre dès 2007, à titre expérimental, dans certains établissements volontaires, au terme d'une réflexion menée par la CNSA avec les MDPH et les représentants des personnes en situation de handicap. Or, la synthèse annuelle des rapports d'activité des MDPH publiée en décembre 2013 souligne que cette expérimentation n'a pas rencontré les résultats escomptés, dans la mesure où le nombre de questionnaires mesurant la satisfaction des usagers, collectés par un organisme extérieur, est resté relativement peu élevé, et a même sensiblement diminué entre 2011 et 2012 <sup>(1)</sup>. En outre, afin de pallier la faiblesse du dispositif expérimental mis en place par la CNSA, certains départements ont développé leur propre dispositif de mesure de la satisfaction des usagers, ne permettant pas à la CNSA de recueillir et d'exploiter ces données.

Le présent article propose donc de remédier à cet écueil en inscrivant dans la loi le contenu et la portée des données recueillies par la Caisse nationale de

---

(1) « MDPH : une adaptation continue », *Synthèse des rapports d'activité 2012 des maisons départementales des personnes handicapées*, CNSA, décembre 2013.

solidarité pour l'autonomie et en précisant, par voie de règlement, les modalités de transmission normalisée de ces données.

***c. En l'absence de règle d'homogénéisation, la diversité des contributions des MDPH empêche l'exploitation optimale de ces données***

Les dispositions du présent article reposent en dernier lieu sur le constat d'un manque de standardisation des informations relayées par les MDPH.

Cette carence concerne tant les données relatives à leurs activités propres ou celles des organes qui les composent, tels que les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou les fonds départementaux de compensation de handicap, que les informations concernant les usagers des MDPH eux-mêmes. L'hétérogénéité des données complique leur agrégation et leur traitement statistique, rendant plus délicate la comparaison des données entre les différentes MDPH et l'élaboration de bonnes pratiques par la CNSA.

**2. L'homogénéisation des données relatives aux activités et aux usagers des maisons départementales des personnes handicapées**

Le présent article propose par conséquent d'inscrire dans la loi le contenu des rapports d'activité des MDPH, afin de pallier les difficultés engendrées à ce jour par leur hétérogénéité ou leur insuffisance. Il confirme ainsi l'ambition présentée à l'article 47 du présent projet de loi d'élargir le rôle de pilotage de la CNSA, puisque la caisse serait en charge du traitement de l'ensemble des données normalisées transmises par les MDPH.

Outre la normalisation du contenu du rapport d'activité annuel des maisons départementales des personnes handicapées, le I de l'article L. 146-3-1 nouveau du code de l'action sociale et des familles détaille l'ensemble des données que les MPDH devront désormais transmettre à la CNSA.

***a. Données relatives à l'activité et aux usagers des maisons départementales des personnes handicapées***

Le 1° reprend pour l'essentiel les dispositions des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles, dans la rédaction issue 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. Il prévoit ainsi la transmission de données normalisées relatives à l'activité de la MDPH, notamment « *en matière d'évaluation pluridisciplinaire des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises* ».

Dans le même esprit, le 4° reprend l'obligation de communication des données relatives aux caractéristiques des usagers des MDPH prévue au troisième alinéa de l'article L. 247-2. Il ajoute également que chaque MDPH devra transmettre à la CNSA des données normalisées mesurant la satisfaction de ses usagers. Cette disposition permet ainsi d'étendre à l'ensemble des MDPH une

pratique communément répandue, tout en posant les principes permettant d'homogénéiser la mesure de cette satisfaction.

Le 5° prévoit ensuite la transmission des données relatives à leurs effectifs, ce qui facilite, pour la caisse, le travail de comparaison entre les MDPH.

Enfin, le 6° organise la transmission à la CNSA des données normalisées relatives « *au montant et à la répartition des financements* » reçus par les maisons départementales des personnes handicapées.

***b. Données relatives aux commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées***

Il est également prévu par l'article 49 que chaque MDPH communique à la CNSA des données relatives aux commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le 2° reprend les dispositions relatives à l'obligation de transmission à la CNSA des données relatives à l'activité de ces commissions, détaillées à l'alinéa 2 de l'article L. 247-2 du même code. Il ajoute une obligation de transmission des données relatives « *aux décisions* » de ces commissions.

En outre, le 3° organise la communication des données concernant les « *suites réservées aux orientations prononcées* » par cette commission, en précisant que ces données peuvent être collectées « *notamment auprès des établissements et services susceptibles d'accueillir ou d'accompagner les personnes concernées* ». Cette disposition reprend et complète le dernier alinéa de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles, dont la suppression est prévue par le premier alinéa de l'article 66 du présent projet de loi.

***c. Données relatives aux fonds départementaux de compensation du handicap***

Enfin, le 5° du nouvel article L. 146-3-1 instauré par l'article 49 du présent projet de loi prévoit la transmission à la CNSA de données relatives « *aux ressources et aux dépenses* » du fonds départemental de compensation du handicap, ce fonds étant chargé d'accorder des aides financières afin de permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais restant à leur charge après avoir fait valoir leur droit à la prestation de compensation.

À l'avenir, la CNSA disposera par conséquent de données homogènes concernant l'ensemble des activités organisées ou pilotées par les maisons départementales des personnes handicapées. Ces nouvelles dispositions permettront à la caisse de renforcer les missions d'appui et de pilotage qu'elle assure auprès des MDPH, telles que la diffusion des bonnes pratiques ou le contrôle de « *l'équité du traitement des demandes de compensation* » du handicap et de l'autonomie (6° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, enrichi par l'article 47 du présent projet de loi).

### **3. L'utilisation du numéro d'inscription au répertoire (NIR)**

Afin de faciliter le recueil et la transmission des données relatives à l'activité des MDPH, en particulier pour celles concernant leurs usagers, le II de l'article L. 146-3-1 nouveau prévoit l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des usagers.

#### **Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques**

Toute personne née en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) est inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP). L'inscription à ce répertoire entraîne l'attribution du numéro d'inscription au répertoire (NIR) qui est utilisé notamment par les organismes d'assurance maladie pour la délivrance des « cartes vitales ».

Les conditions d'application du présent article, en particulier les modalités d'organisation de la transmission normalisée des données, seront définies par un décret en Conseil d'État (III de l'article L. 146-3-1). Compte tenu des conditions particulières d'utilisation du numéro d'inscription au répertoire (NIR) prévues notamment par l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le décret sera pris après avis motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

#### *Article 50*

(Art. L. 232-21, L. 232-21-1, L. 232-21-2, L. 232-21-3 [nouveaux]  
du code de l'action sociale et des familles)

#### **Gestion et suivi statistique**

Au sein du titre III du chapitre II du code de l'action sociale et des familles, le présent article insère une section 3 relative à la gestion et au suivi statistique de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide sociale à l'hébergement.

La création de cette section est motivée par un souci de cohérence rédactionnelle dans le code de l'action sociale et des familles, puisqu'elle permet de regrouper l'ensemble des dispositifs législatifs existants ou nouveaux relatifs à la gestion et au suivi statistique des deux aides susmentionnées.

#### **1. Agrégation de diverses dispositions législatives existantes au sein d'une nouvelle section du code de l'action sociale et des familles**

Les articles nouveaux L. 232-21 et L. 232-21-1 reprennent, en les complétant, l'essentiel des dispositions actuelles de l'article L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles.

L'article L. 232-21 nouveau prévoit que chaque département transmet à la CNSA les données comptables relatives aux dépenses nettes d'APA, ainsi que le prévoyait le premier alinéa de l'article L. 232-17.

L'article L. 232-21-1 nouveau reprend quant à lui une disposition de l'article L. 232-17 prévoyant que chaque département transmet au ministre chargé des personnes âgées des données « *relatives aux décisions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie* ». Dans un souci de cohérence, le présent article prévoit également que les « *informations individuelles relatives aux bénéficiaires* » sont également transmises au ministre en charge des personnes âgées. Ce dernier dispose ainsi de données consolidées permettant de retracer l'ensemble du parcours des bénéficiaires de l'APA.

Chacun de ces articles renvoie à un décret ultérieur le soin de préciser la teneur exacte et les modalités de transmission des données. La publication de ces décrets entraînera par voie de conséquence l'abrogation de l'article L. 232-17 devenu sans objet, comme le prévoit l'article 66 du présent projet de loi.

## **2. Transmission de données à des fins statistiques ou d'amélioration de la gestion des aides**

En complément des données dont la transmission au ministre en charge des personnes âgées ou à la CNSA est déjà organisée à ce jour par des dispositifs législatifs, les articles L. 232-21-2 et L. 232-21-3 nouveaux prévoient la transmission d'informations supplémentaires, à des fins notamment statistiques.

### ***a. Recueil de données permettant la constitution d'échantillons statistiques***

L'article L. 232-21-2 nouveau organise la transmission de données au ministre en charge des personnes âgées à des fins essentiellement statistiques. Il prévoit ainsi la communication d'informations relatives aux personnes « *concernées par les décisions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement* », le public visé incluant ici, contrairement à celui de l'article L. 232-21-1, les personnes n'ayant pu bénéficier de l'attribution d'une aide. L'article organise également la transmission de données relatives à l'évaluation des besoins des bénéficiaires de ces aides, ainsi que des informations concernant l'instruction des demandes d'APA et d'aide sociale à l'hébergement. Il est indiqué qu'un décret précise les conditions de transmission de ces données.

Les dispositions prévues par cet article nouveau contribueront à la constitution d'échantillons statistiquement représentatifs permettant de retracer les situations et parcours des personnes demandeuses ou bénéficiaires de l'APA ou de l'ASH.



### ***b. Collecte, mise à jour et conservation de données par les départements***

À ce jour, aucun dispositif législatif ne prévoit la collecte, la mise à jour et la conservation par les départements des données individuelles relatives à leurs activités sociales. Cette pratique étant couramment mise en œuvre par les conseils généraux, le I de l'article L. 232-21-3 nouveau propose de la systématiser à l'ensemble des départements.

En premier lieu, le 1° prévoit la collecte, la mise à jour et la conservation de données individuelles relatives « *aux versements* » à domicile ou en établissement de l'APA, ainsi qu'à « *la nature des dépenses couvertes* » et « *aux caractéristiques et ressources de leurs bénéficiaires* ».

Le 2° détaille ensuite les données relatives à l'aide sociale à l'hébergement prévue à l'article L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles, qui organise le placement des personnes âgées dépendantes chez des particuliers, en maison de retraite ou dans un établissement de santé. Les départements devront collecter, mettre à jour et conserver les informations relatives « *aux prestations services en établissement* », « *à la nature des dépenses couvertes* » par ceux-ci ainsi qu'aux « *caractéristiques* » et « *ressources* » des bénéficiaires de cette aide sociale.

Le 3° précise que les départements devront collecter également des données relatives à l'activité de l'équipe médico-sociale désignée à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles. Cette équipe est en charge d'élaborer le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3 du même code, qui prend en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée afin de déterminer les mesures d'accompagnement nécessaires et le montant de l'APA à domicile qui lui est accordé. Les départements seraient désormais chargés de collecter et conserver les données relatives à l'« *évaluation des besoins* » réalisée par ces équipes, à l'« *instruction des demandes* » ainsi qu'à la « *mise en œuvre des décisions prises* ».

L'objectif de ce nouvel article L. 232-21-3 est double : il s'agit d'une part d'améliorer les conditions d'attribution et de gestion, ainsi que le contrôle de l'effectivité de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement, et, d'autre part, de constituer une base statistique relative à l'activité sociale des départements.

L'agrégation des données collectées et régulièrement mises à jour par les départements devrait permettre d'améliorer la qualité des études statistiques réalisées sur la base de ces données, notamment celles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Affaires sociales et de la santé. À ce jour en effet, les données relatives aux bénéficiaires de l'APA et aux plans d'aide établis par les équipes médico-sociales étaient recueillies essentiellement sur la base du volontariat des conseils généraux. Les données ainsi collectées, partielles et incomplètes, ne permettaient pas de rendre compte de la diversité des situations rencontrées sur l'ensemble du territoire national.

### **3. Utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques**

En conséquence de la systématisation de la collecte des données par les départements prévue au I, le II de cet article L. 232-21-3 nouveau prévoit l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire d'identification des personnes physiques (NIR) pour faciliter le traitement et le classement des données.

L'utilisation de ce numéro est soumise à une autorisation préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), comme en dispose l'article 25 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Le II prévoit par conséquent la consultation de la CNIL, préalable au décret en Conseil d'État qui précisera les conditions de recours au NIR par les départements.

#### *Article 51*

(Art. L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles)

### **Système d'information des maisons départementales des personnes handicapées**

Cet article propose de modifier substantiellement les dispositions de l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles relatives aux systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), afin de pallier les carences générées par la situation actuelle.

#### **1. L'hétérogénéité des systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées**

Conformément aux dispositions de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, précisées par le décret n° 2007-965 du 15 mai 2007, chaque MDPH a progressivement mis en place le système d'information de son choix. L'objectif de ce système d'information était d'assurer notamment la transmission de données des MDPH à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en vertu des dispositions de l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles.

En pratique, trois éditeurs de logiciels ont assuré l'essentiel de l'informatisation des maisons départementales des personnes handicapées, mais des différences de paramétrage ont contribué à générer une grande hétérogénéité de ces systèmes d'information. Certaines MDPH ont également fait le choix d'utiliser le même système d'information que leur conseil général. Ainsi, selon un rapport publié par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en décembre 2010 <sup>(1)</sup>, « cent systèmes départementaux (...) ont pris la place de deux systèmes nationaux », OPALES et ITAC, lesquels étaient utilisés par les anciennes Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP).

---

(1) « Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) », Inspection générale des affaires sociales, novembre 2010.

Le problème majeur engendré par cette hétérogénéité est l'absence d'interopérabilité entre les systèmes d'information des MDPH, ainsi qu'avec les systèmes d'information des départements dans certains cas, mais aussi et surtout avec ceux de la CNSA. En conséquence, comme le soulignait dès 2010 l'IGAS dans le rapport précité, les échanges directs entre MDPH sont impossibles, et les remontées d'information des MDPH vers la CSNA, complexes. Un audit piloté en 2013-2014 par la CNSA a confirmé les difficultés engendrées par les systèmes d'information actuels des MDPH, et préconisé, en accord avec l'Assemblée des départements de France, la mise en place d'un système d'information mutualisé des MDPH.

## **2. Mise en place d'un nouveau système d'information commun aux MDPH et interopérable avec ceux de la CNSA et des conseils généraux**

Afin de remédier à ces difficultés, le présent article propose de remplacer intégralement l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles. Il prévoit la mise en place d'un système d'information commun à l'ensemble des MDPH. Il est précisé que ce système d'information doit être interopérable avec les systèmes d'information des départements et ceux de la CNSA.

En pratique, selon les informations transmises à votre rapporteure, le pilotage de la mise en place de ce nouveau système d'information sera confié à la CNSA, en adéquation avec les dispositions prévues à l'article 47 du présent projet de loi. Un comité d'orientation stratégique, composé de représentants des différentes parties prenantes du projet (ministères sociaux, départements, MDPH...) validera, au fur et à mesure, les orientations stratégiques et la feuille de route de ce nouveau système d'information mutualisé.

Le présent article renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les conditions de la mise en place du système d'information commun aux MDPH.

\*

\* \*

*La Commission adopte successivement les articles 48, 49, 50 et 51 sans modification.*

## **CHAPITRE II Gouvernance locale**

Si ce chapitre comporte des dispositions d'importance intervenant dans le domaine de la gouvernance locale, ce champ a néanmoins substantiellement diminué avant l'adoption en Conseil des ministres du texte soumis à l'examen du Parlement. La nécessaire coordination du projet de loi avec les travaux relatifs à la réforme territoriale ainsi qu'avec le projet de législation sur la santé publique a conduit le Gouvernement à ajourner la mise en place d'outils pourtant attendus au

niveau départemental tels que la généralisation des maisons de l'autonomie ou la création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

Restent cependant un certain nombre d'éléments majeurs, qui outre l'instauration d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (prévue à l'article 3), sont regroupés dans ce chapitre.

Sa première section porte sur la gouvernance au niveau du département, tandis que, dans une lecture extensive de la notion de gouvernance locale, la deuxième section traite de la réorganisation du contentieux de l'aide sociale.

### *Section 1*

#### ***La coordination dans le département***

Cette section se compose de trois articles. Le premier, l'article 52, modifie la dénomination des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et y substitue la « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie et modalités d'échange d'informations ». Le deuxième (article 53) porte sur le rôle des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Enfin, l'article 54 prévoit notamment l'inscription des dispositifs d'aide et d'appui des proches-aidants dans le domaine de compétence des agences régionales de santé et dans le champ des schémas régionaux d'offre médico-sociale.

#### *Article 52*

(Art. L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles)

#### **Instauration de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie et modalités d'échange d'informations**

Cet article modifie l'article 113-3 du code de l'action sociale et des familles. Son premier alinéa prévoit la coordination entre les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie. Cette coordination intervient dans le cadre des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

#### **Les MAIA**

Le plan Alzheimer 2008-2012, initié le 1<sup>er</sup> février 2008, a permis de renforcer l'offre adaptée aux malades d'Alzheimer. Cet effort s'est notamment traduit par la mise en place des MAIA, chargées d'orienter, d'accueillir et d'offrir à toute personne âgée en perte d'autonomie la bonne prestation, rendue par le bon acteur, en intégrant son action avec celles des dispositifs existants (guichets d'accueil, de conseil et d'orientation « CLIC », réseau de santé, hôpital...).

L'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a quant à lui inséré au sein du code de l'action sociale et des familles un article leur conférant une base légale. Celles-ci sont ont dès lors concerné non seulement les malades d'Alzheimer mais aussi toutes les personnes âgées en perte d'autonomie. Fin 2013, elles devraient atteindre le nombre de 198 initiatives.

Elles ont cependant souffert d'une ambiguïté originelle, liée à la notion de « maison » qui laisse entendre qu'il s'agit d'une sorte de guichet unique, là où la loi ne prévoit que la coordination d'acteurs. Partant, dans son rapport relatif aux crédits médico-sociaux du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (PLFSS)<sup>(1)</sup>, la rapporteure a constaté que « au terme du plan Alzheimer 2008-2013, les MAIA n'ont pas apporté la visibilité espérée pour les personnes atteintes d'Alzheimer comme pour leurs proches. » Elle en appelait donc à la réforme, pour permettre *a minima* une clarification de leur rôle.

Le deuxième alinéa organise le fonctionnement des MAIA ainsi modifiées selon un cahier des charges approuvé par décret, fixant notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.

Le 1° modifie le premier alinéa. En *a*, il le fait précéder d'un I. En *b*, il élargit le public concerné par ces dispositions en substituant les personnes âgées en perte d'autonomie aux seules personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qui satisfait une demande régulière de la rapporteure.

Le *c* lève une ambiguïté. Contrairement à ce que laisse entendre le M de MAIA, les MAIA ne sont pas des maisons ou des guichets avec une existence physique, mais plutôt un objectif de coordination. Le *c* les rebaptise ainsi « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie ». Cette disposition lève l'ambiguïté et permet, par la même occasion, de tenir compte de l'élargissement du public visé.

Dans le même ordre d'idée, le 2° clarifie la nature des MAIA en substituant aux mots « leur fonctionnement » les mots « leur mise en œuvre », qui correspondent davantage à la notion de méthode. De même, « les méthodes mises en œuvre » sont remplacées par « les moyens déployés », découlant de la méthode.

Le 3° insère un II, composé de quatre alinéas.

Le premier alinéa soumet au secret médical les professionnels ayant en charge une personne âgée dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie.

---

(1) Rapport n° 1412 fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale par Mme Martine Pinville, rapporteure, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, tome III Médico-social, enregistré le 17 octobre 2013.

### **De l'atteinte au secret professionnel**

Les articles 226-13 et 226-14 du code pénal traitent de l'atteinte au secret professionnel. Le premier définit les sanctions applicables en cas de violation (« *un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende* »). Le second prévoit les trois cas dans lesquels la loi impose ou autorise la révélation du secret :

- pour l'information des autorités judiciaires, médicales et administratives de privations ou de sévices infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;
- au bénéfice du médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession ;
- au bénéfice des professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police, du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Les trois cas de dérogation au devoir de secret professionnel décrits ci-dessus ne s'appliquent donc en aucun cas à l'échange de données dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie. Si à l'alinéa suivant, le présent article prévoit de ménager de possibles dérogations, ce cadre très strict devra être rigoureusement respecté, ce qui motive d'autant l'avis préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) pour la mise en œuvre des déclinaisons réglementaires de cet article.

Le deuxième alinéa prévoit en effet une dérogation aux dispositions de l'article L. 226-13 du code pénal pour permettre l'échange d'éléments et d'informations entre les parties prenantes à la méthode. La transmission peut concerner des éléments secrets relatifs à l'état de santé, à la situation sociale ou à l'autonomie des personnes prises en charge, « *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* ». Il s'agit d'une formulation prudente qui ouvre une dérogation aux obligations de secret professionnel pour des motifs légitimes il est vrai, mais bien moins impérieux que les cas envisagés à l'article L. 226-14 du code pénal. Les deux limitations retenues sont en effet relativement strictes. Les échanges d'informations :

- doivent être « *strictement nécessaires* » : le décret d'application, après avis de la CNIL, devra mentionner les cas de figure possibles afin de ne pas laisser les acteurs de la MAIA face un risque contentieux lourd ;

- doivent se limiter à la prise en charge des personnes dans le cadre de la MAIA, c'est-à-dire de l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie : cela touche donc à la coordination de la prise en charge entre intervenants mais ne saurait servir de fondement à une prise en charge commune.

Le troisième alinéa conditionne la mise en œuvre de la méthode au consentement de la personne prise en charge. Elle doit être dûment informée, approuver la liste des professionnels impliqués et peut refuser à tout moment la communication des données la concernant. Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance doit impérativement être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. Cette disposition conduira également à considérer que, sauf accord explicite préalable à la dégradation de l'état de la personne accompagnée, l'échange d'information doit cesser dès lors que son état évolue de telle sorte qu'elle ne puisse plus manifester son consentement.

Le dernier alinéa prévoit que la liste et la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de leur transmission ainsi que les professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires sont déterminés par décret en conseil d'État, pris après avis de la CNIL. Compte tenu de la durée de prise en charge, potentiellement très longue, ainsi que du caractère parfois évolutif de la capacité des intéressés à approuver les conditions de prise en charge, la rapporteure souhaite que ce décret prévoie les conditions d'un renouvellement régulier de la manifestation du consentement de personnes prises en charge ou, à défaut, de son représentant légal ou de sa personne de confiance.

\*

\* \*

*La Commission est saisie de l'amendement AS269 de Mme Bérengère Poletti.*

**Mme Bérengère Poletti.** S'il est cohérent de supprimer la dénomination de « maisons », qui prêtait à confusion, dans l'acronyme MAIA, il est proposé ici d'aller au bout de la démarche en remplaçant ce mot par celui de « réseau » qui définit plus précisément ce que sont les MAIA. Cette modification transformerait l'acronyme en RAIA.

**Mme la rapporteure.** Il serait dommage de supprimer l'acronyme MAIA au moment où il commence à être connu. Avis défavorable.

**M. Arnaud Richard.** Je suis totalement d'accord avec la rapporteure : c'est déjà suffisamment compliqué comme cela pour qu'on ne change pas le nom du dispositif.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 52 sans modification.*

*Article 53*

(Art. L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles)

**Participation des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité à l'élaboration des schémas d'organisation médico-sociale**

Cet article prévoit l'inscription au sein du code de l'action sociale et des familles de la participation des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale.

**1. Le schéma régional d'organisation médico-sociale**

● L'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles définit le schéma d'organisation médico-sociale ainsi que ses finalités. Il s'agit d'un document de programmation de l'offre sociale et médico-sociale qui, à cette fin et selon les caractéristiques du territoire considéré :

– apprécie la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

– dresse le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;

– détermine les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services ;

– précise le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services sociaux, médico-sociaux et sanitaires ;

– définit les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

● L'article L. 312-5 du même code précise l'autorité compétente en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre des schémas d'organisation médico-sociale, qui varie selon la nature de celui-ci :

– le ministre en charge des personnes âgées et des personnes handicapées fixe le schéma national d'organisation des établissements et services à destination de certaines catégories de la population déterminées par décret ;

– le préfet de région est compétent pour définir les schémas régionaux relatifs aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile, les services et mandataires individuels de protection judiciaire des personnes majeures et d'aide à la gestion du budget familial ;



– les agences régionales de santé sont en charge des Schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) compris dans les programmes régionaux de santé (PRS) ;

– le président du conseil général élabore les schémas relatifs aux établissements et services accueillants des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un an ainsi que ceux mettant en œuvre des mesures éducatives ordonnées par les autorités judiciaires. Il construit les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie conjointement avec le préfet de département et l'agence régionale de santé (ARS).

L'élaboration des schémas régionaux d'organisation médico-sociale est organisée sous l'égide de l'autorité compétente pour l'élaboration des schémas et en étroite collaboration avec les groupes de travail ou d'acteurs (publics, privés, associatifs, etc.) amenés à intervenir dans les différents champs compris dans le schéma.

Cette démarche participative permet de développer une approche transversale et la plus proche possible des attentes des usagers du système sanitaire et médico-social. Certains champs d'action sont encore trop cloisonnés alors même que la conduite d'une politique globale d'adaptation de la société au vieillissement encourage le croisement de champs différents.

La participation des acteurs intervenant à différents moments du parcours de soins et de prise en charge permet non seulement d'en révéler les éventuelles incohérences, défauts de coordination et points de rupture mais aussi d'apporter une réflexion sur les perspectives d'amélioration.

## **2. Les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)**

Les CREAI ont été créés par l'arrêté du 22 janvier 1964 pour les domaines de l'enfance et l'adolescence inadaptées<sup>(1)</sup>. Ces éléments ont été complétés par la note de service interministérielle du 13 janvier 1984 qui a donné la définition toujours valable du rôle et les missions des CREAI.

Les CREAI rassemblent les décideurs publics, les professionnels, les gestionnaires d'établissements et services et lieux de vie et d'accueil, les représentants des usagers, les acteurs associatifs et institutionnels concernés par les actions en faveur des personnes en situation de handicap, de vulnérabilité ou d'exclusion.

Les centres engagent conjointement une analyse des besoins de ces populations vulnérables ainsi qu'une réflexion sur les réponses à y apporter. À ce titre, ils exercent un rôle d'expertise technique à disposition et au service des

---

(1) Arrêté du 22 janvier 1964 portant institution d'un centre technique national pour l'enfance et l'adolescence inadaptée et de centres régionaux, pris sur le fondement du décret n° 45-0134 du 24 décembre 1945.

instances d'élaboration et de décision de politiques publiques dans les domaines de la santé, du social, de l'éducation ou de la prévention. Elles apportent notamment un éclairage sur les points pouvant poser des difficultés d'analyse ou de pilotage (politique publique faisant intervenir plusieurs acteurs, point d'intersection de plusieurs mesures, dispositifs concurrents, cloisonnement des secteurs sanitaire et social, maintien à domicile, prestations et services conditionnés par l'âge, etc.).

### **3. Le dispositif proposé consacre leur existence ainsi que leur participation à l'élaboration du schéma d'organisation sociale et médico-sociale**

Le présent article consacre l'existence des CREA dans le code de l'action sociale et des familles, en y inscrivant leur rôle en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Il prévoit d'introduire un alinéa à l'article L. 312-4 du même code dans lequel serait inscrite la mission d'appui et d'expertise des centres dans l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Ils participeraient ainsi, à la demande de l'autorité en charge de l'élaboration du schéma, à l'étude et à l'examen des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ainsi qu'au bilan quantitatif et qualitatif de l'offre. Ils pourront de surcroît être associés à la mise en œuvre des schémas régionaux.

Cette inscription dans le code de l'action sociale et des familles renforce leur fondement juridique, qui ne repose actuellement que sur l'arrêté du 22 janvier 1964 précité.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 53 sans modification.*

#### *Article 54*

(Art. L. 1431-2 et L. 1434-12 du code de la santé publique)

### **Compétence des agences régionales de santé et élargissement du périmètre des schémas régionaux d'organisation médico-sociale pour la prise en compte du besoin de répit des proches aidants**

Le présent article prévoit l'inscription des dispositifs d'aide et d'appui des proches aidants dans le domaine de compétence des agences régionales de santé et dans le champ des schémas régionaux d'offre médico-sociale.

## **1. Le domaine de compétence des Agences régionales de santé en matière de services sociaux et médico-sociaux**

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires <sup>(1)</sup> (HPST) a chargé les agences régionales de santé (ARS) de réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de soins et l'offre sociale et médico-sociale selon les caractéristiques de leurs territoires en vue de garantir la pérennité et l'efficacité du système de santé.

L'article L. 1431-2 du code de la santé publique fixe les compétences des ARS dans le domaine des soins et services sociaux ou médico-sociaux. Elles sont tenues d'assurer la régulation et l'organisation, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, de l'offre des établissements et services financés en tout ou partie par l'assurance maladie ainsi que des établissements et services d'aide par le travail. Elles exercent leurs missions en partenariat avec les conseils généraux lorsque les structures bénéficient de financements conjoints de l'assurance maladie et du département. Entrent également dans le champ de leurs compétences les autres types de structures concourant à l'offre ou aux politiques sociales et médico-sociales et notamment à celles afférentes aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou en perte d'autonomie.

À ce titre, les ARS veillent à l'évaluation et à la promotion des dispositifs de formation à destination des professionnels de santé et de soins ainsi que des auxiliaires de vie exerçant en établissement ou à domicile. Elles supervisent également la formation des aidants et accueillants familiaux exerçant à domicile ou employés par une collectivité ou un établissement.

La création ou l'extension d'établissements, services et lieux de vie et d'accueil sont soumis à la délivrance d'une autorisation par l'ARS, seule ou conjointement. Les ARS ont, par ailleurs, compétence pour contrôler leur fonctionnement et l'allocation de leurs financements. Le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) ainsi que des groupes d'entraide mutuelle entrent également dans le champ de compétence des agences.

## **2. Le champ des schémas régionaux d'offre médico-sociale**

Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) est un document de planification sociale et médico-sociale. L'article L. 1434-12 du code de la santé publique le définit comme un outil d'action publique en matière de soins, de prévention et de prise en charge médico-sociale des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap, dans une approche transversale.

---

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Le schéma recense, territoire par territoire, le niveau et la nature des besoins des populations, en anticipant leur évolution ou leur transformation. En particulier, il planifie les perspectives de développement et les ajustements nécessaires pour assurer une offre sanitaire et sociale adaptée à la perte d'autonomie et au handicap. À ce titre, les leviers d'action et les moyens disponibles sont également portés et analysés dans le document.

Il définit en outre le cadre de la coopération et la coordination des différents acteurs, institutionnels ou professionnels, intervenant dans la prise en charge de la population concernée et permet, en précisant les critères d'évaluation des dispositifs mis en œuvre, de dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

### **3. Le projet de loi élargit le champ de compétence des agences, en particulier pour améliorer l'accompagnement des proches aidants**

Cet article s'inscrit dans la continuité des politiques d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que d'aide et de soutien aux proches aidants. Le 1° modifie l'article L. 1431-2 pour prévoir la compétence des ARS dans le domaine de la formation à destination des proches aidants et tenir compte des modifications retenues à l'article 52 sur la transformation des MAIA. Le 2° modifie l'article L. 1434-2 pour mieux prendre en compte les besoins des proches aidants dans la définition des SROMS.

Le 1° propose d'améliorer et de renforcer les dispositifs existants pour favoriser l'accompagnement et le soutien des personnes en perte d'autonomie.

Le **a** prévoit de modifier le **a** du 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique de façon à intégrer dans le champ de compétences des ARS les trois types d'actions suivants :

- accompagnement des proches aidants ;
- formation et soutien des intervenants bénévoles ;
- modernisation de l'aide à domicile.

Le soutien aux aidants compte parmi les avancées fortes portées par ce projet de loi. Les dispositions de cet article l'illustrent et confirment le choix d'une approche globale et la volonté du Gouvernement d'améliorer significativement leur quotidien.

Les dispositifs de formation de ces actions sont, à l'heure actuelle, essentiellement portés par les conseils généraux et les communes, notamment à travers les centres communaux d'action sociale ou les centres locaux d'information et de coordination. Chargées de contribuer à la promotion et à l'évaluation de ces politiques, les ARS s'assureront que l'offre de formation en faveur des proches aidants et des professionnels pouvant leur apporter une

assistance ou un accompagnement est la plus en adéquation possible avec les besoins de la population sur le territoire régional. Les agences disposent en effet des outils et des moyens permettant de les recenser. Le fait que l'évaluation de la qualité relèvera de leur compétence constituera un gage de qualité et d'homogénéité des prestations sur un même territoire.

Conformément aux dispositions de l'article 52 du projet de loi, le **b** modifie le b du 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique en remplaçant la mention des financements aux « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » dites MAIA par la mention des financements alloués aux « porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ».

#### Un acronyme source de confusion

Dans l'acronyme MAIA, la référence à la notion de « maison » est porteuse de confusion. Elle sous-tend l'existence d'une structure physique en tant que telle. Or, les MAIA correspondent à des méthodes d'action visant l'orientation, l'information et la coordination. Elles sont mises en œuvre par un organisme existant qui peut être un conseil général, un centre local d'information et de coordination (CLIC), un établissement de santé, un accueil de jour, une maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) ou encore une association France Alzheimer.

La nouvelle dénomination proposée par les articles 52 et 54 de ce projet de loi améliorera la perception des missions et du fonctionnement des actuelles MAIA qui sont toujours mal appréhendées par les professionnels et les familles des personnes malades. En outre, elle sécurisera l'intervention des MAIA en faveur des personnes âgées qui seront désormais habilitées à partager des informations individuelles avec les professionnels impliqués dans leur prise en charge (*cf. supra* commentaire de l'article 52).

Le 2° prévoit la prise en compte de la place et du rôle des aidants dans l'offre sociale et médico-sociale en les mentionnant de façon expresse à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique relatif au SROMS.

Le **a** inscrit « *le besoin de répit et d'accompagnement* » des proches aidants au sein du premier alinéa de l'article L. 1434-12 du même code qui définit les objectifs du SROMS. Cette disposition porte sur la définition générale des schémas et inclut dans le même champ les proches aidants de personnes âgées dépendantes comme de personnes handicapées.

Le **b** introduit la mention « *les services et les actions destinés aux proches aidants* » au deuxième alinéa du même article, alinéa qui prévoit que le SROMS veille à la bonne articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale définie par les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Elle inclut actuellement : les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles), les établissements et les services, y

compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées (7°), et les établissements ou services à caractère expérimental (12°). C'est à cette liste que cet article ajoute la mention des services et actions destinées aux proches aidants.

Cet ajout confèrera une place à part entière aux dispositifs d'aide et d'accompagnement des proches aidants dans la programmation sanitaire et médico-sociale des ARS. Le recensement des besoins des proches participant à la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie sera assuré par les ARS qui seront également chargées d'identifier des réponses très concrètes.

Ces dispositions apportent une première réponse aux attentes des organisations représentatives des proches aidants. Elles ont en effet régulièrement souligné le besoin de mutualisation des disponibilités sur le territoire médico-social afin d'organiser au mieux les temps de répit auxquels aspirent légitimement les aidants.

\*

\* \*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement AS270 de Mme Bérengère Poletti.*

*Elle adopte ensuite l'article 54 sans modification.*

## *Section 2*

### **Organisation du contentieux de l'aide sociale**

#### *Article 55*

### **Organisation du contentieux de l'aide sociale**

Cet article a pour objet d'habiliter le Gouvernement à réformer par ordonnance l'organisation du contentieux de l'aide sociale, sur le fondement de l'article 38 de la Constitution.

Il s'agit notamment de 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 commissions départementales d'aide sociale.

#### **1. L'organisation actuelle du contentieux de l'aide sociale**

Les décisions du président du conseil général et du représentant de l'État dans le département sont susceptibles de recours devant les tribunaux administratifs, à l'exception de celles concernant l'attribution de prestations sociales, dont la contestation relève d'une organisation spécifique.

L'article L. 134-1 du code de l'action sociale et des familles donne, en matière d'aide sociale légale, la compétence en premier ressort aux commissions départementales d'aide sociale (CDAS). Sont ainsi du ressort de ces commissions les décisions ayant trait à l'aide sociale aux personnes âgées (allocation personnalisée d'autonomie (APA), au placement en établissement, aux services d'aide à domicile), aux personnes handicapées (prestation de compensation du handicap (PCH), placement en établissement, services ménagers), aux recours sur succession, aux recours concernant les obligations alimentaires, à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), à l'aide médicale de l'État (AME), ou encore à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). En revanche, le contentieux lié au revenu de solidarité active (RSA) ainsi qu'à l'aide sociale à l'enfance relèvent de la compétence des tribunaux administratifs.

L'article L. 134-2 du même code prévoit que le contentieux de l'aide sociale relève en appel d'une juridiction administrative spécialisée, la commission centrale d'aide sociale (CCAS). L'article L. 134-3 leur confère en outre des compétences en premier et dernier ressort pour les litiges opposant deux départements ou un département et l'État sur les dépenses d'aide sociale ainsi que les contestations relatives à la détermination du domicile de secours.

#### **Composition de la commission centrale d'aide sociale**

Les membres de la commission centrale sont nommés pour une durée de quatre ans renouvelable.

Le président de la commission centrale d'aide sociale est nommé par le ministre chargé de l'action sociale, sur proposition du vice-président du Conseil d'État, parmi les conseillers d'État en activité ou honoraires.

Chaque section ou sous-section comprend en nombre égal :

– des membres du Conseil d'État, des magistrats de la Cour des comptes ou des magistrats de l'ordre judiciaire en activité ou honoraires, désignés respectivement par le vice-président du Conseil d'État, le premier président de la Cour des comptes ou le garde des sceaux, ministre de la justice ;

– des personnes qualifiées en matière d'aide ou d'action sociale désignées par le ministre chargé de l'action sociale. C'est parmi ces dernières que sont nommés les rapporteurs qui ont pour fonction d'instruire les dossiers, ainsi que les commissaires du Gouvernement, chargés de prononcer leurs conclusions sur les affaires instruites.

Enfin, le Conseil d'État est compétent en cassation.

## **2. La décision du Conseil Constitutionnel relative à la composition de ces juridictions**

Deux questions prioritaires de constitutionalité (QPC) ont relevé que les garanties d'indépendance et d'impartialité des membres non magistrats de ces juridictions, à savoir les fonctionnaires de l'État et les conseillers généraux, n'étaient pas assurées.

• Dans sa décision n° 2010-110 QPC du 25 mars 2011, le Conseil constitutionnel a jugé inconstitutionnels les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 134-6 du code de l'action sociale et des familles qui organise la composition des CDAS. Le Conseil a considéré que les dispositions législatives relatives aux CDAS n'apportaient pas de garanties d'indépendance et d'impartialité suffisantes compte tenu de la participation de fonctionnaires. La formation de jugement de la commission est dès lors réduite à son président, ayant voix prépondérante en cas de partage des voix et de son secrétaire, qui fait office de rapporteur.

• Dans sa décision n° 2012-250 QPC du 8 juin 2012, le Conseil Constitutionnel a prolongé sa décision précédente en déclarant contraire à la constitution les quatrième, sixième et septième alinéas de l'article L. 134-2 du code de l'action sociale et des familles prévoyant la présence de fonctionnaires, désignés par le ministre chargé de l'action sociale liés aux services administratifs en charge de l'aide sociale au sein de la CCAS.

Cette dernière décision s'inscrit dans le prolongement de la jurisprudence du Conseil d'État rappelant les exigences d'indépendance et d'impartialité de la Cour européenne des droits de l'Homme dans son interprétation de l'article 6 § 1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales <sup>(1)</sup>.

### **3. La complexité des règles de compétence**

Contrairement au contentieux général ou technique de la sécurité sociale qui relève de l'ordre judiciaire, le contentieux de l'aide sociale ressort de l'ordre administratif.

Les juridictions administratives de droit commun sont compétentes pour l'ensemble des litiges intéressant l'aide et l'action sociales dès lors que ceux-ci ne relèvent pas des compétences propres des juridictions spécialisées, ni des juridictions judiciaires.

En outre, la répartition des compétences entre les CDAS et les juridictions administratives de droit commun donne lieu à un important contentieux. Cela étant, la complexité des règles de compétence a régulièrement été critiquée, en particulier par l'inspection générale des affaires sociales <sup>(2)</sup> et par le Conseil d'État <sup>(3)</sup>.

En complément, il faut relever que les juridictions judiciaires de droit commun sont, par ailleurs, compétentes pour les conflits ayant trait aux

---

(1) CE, 6 décembre 2002, Trognon et Aïn-Lhout ; CE, 21 octobre 2009, Bertoni.

(2) « Les institutions sociales face aux usagers », Inspection générale des affaires sociales, rapport annuel 2001, La Documentation française.

(3) « L'avenir des juridictions spécialisées dans le domaine social », Étude du Conseil d'État, 2004.



obligations alimentaires ainsi que pour les litiges relatifs à l'organisation et au fonctionnement des services et établissements de droit privé.

Quant aux juridictions pénales, elles sont exclusivement compétentes pour statuer sur les infractions aux lois et règlements sanctionnées de peines de police ou de peines correctionnelles.

#### **4. L'habilitation du gouvernement à réformer les juridictions chargées du contentieux de l'aide sociale**

Afin de prendre acte des décisions du Conseil Constitutionnel, des travaux interministériels sont en cours pour déterminer s'il est préférable d'envisager un maintien, une modification ou une suppression de ces juridictions.

Compte tenu de la complexité du sujet, l'article 55 habilite pour 18 mois le Gouvernement à prendre par ordonnance des mesures réformant les juridictions chargées du contentieux de l'aide sociale légale.

Le 1° autorise la suppression des commissions départementales d'aide sociale et l'instauration d'un recours administratif préalable obligatoire (RAPO) pour les décisions qui relèvent de leur compétence. Cette disposition tire les conséquences des décisions du Conseil constitutionnel précitées.

Le 2° habilite le Gouvernement à refonder les règles constitutives et le mode de composition de la juridiction compétente en matière d'aide sociale. Les règles de désignation des membres de cette juridiction seront prises en tenant compte des impératifs d'indépendance et de d'impartialité posées par le droit conventionnel européen.

Le 3° autorise le Gouvernement à modifier le champ de compétence de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire en matière d'aide sociale légale. Cette mesure permettra de modifier la répartition du contentieux en ce qui concerne notamment les tribunaux administratifs et les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Les travaux amorcés depuis 2011 ont permis de définir des scénarii de réforme mais n'ont pas permis de trouver un consensus sur l'organisation de la juridiction de droit commun. Deux options sont principalement envisagées :

– S'agissant de la redéfinition des champs de compétence, le transfert intégral du contentieux aux juridictions administratives de droit commun est possible mais représenterait une charge de travail supplémentaire pour les tribunaux administratifs et nécessiterait le transfert d'importants moyens ;

– Une autre option serait de transférer partiellement aux tribunaux des affaires de la sécurité sociale une partie du contentieux et de prévoir une mutation des CDAS en commissions administratives chargées d'instruire les recours administratifs préalables. Cela revient à considérer que le contentieux de l'aide

sociale légale n'appelle pas nécessairement à trancher des questions de droit mais souvent des points techniques, qui sont généralement mieux appréciés par un juge spécialisé. Cette option réorienterait également les administrés vers les commissions plus nombreuses (100 CDAS contre 42 tribunaux administratifs) et moins encombrées, le volume du contentieux ne cessant de diminuer depuis 2010. La CCAS demeurerait une juridiction mais statuant en premier et dernier ressort, ses décisions relevant toujours en cassation du Conseil d'État.

Il est en outre envisagé de transférer le contentieux de la CMU-C et de l'ACS aux tribunaux des affaires de la sécurité sociale (TASS). Une enquête lancée par la DGCS sur l'activité des CDAS en 2012 et 2013 est en cours et elle permettra d'apprécier l'opportunité de ce transfert.

Le dernier alinéa prévoit qu'un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication de la présente loi est prévu pour prendre ces ordonnances. Il se justifie compte tenu de la complexité particulière du sujet. Conformément aux dispositions de l'article 38 de la Constitution, le présent article prévoit le dépôt d'un projet de loi portant ratification de ces ordonnances devant le Parlement, au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant leur publication.

\*

\* \*

*La Commission adopte l'article 55 sans modification.*

## **TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER**

### *Article 56*

(Art. L. 521-2, L. 521-3, L. 581-10, L. 531-10 [nouveaux], L. 542-3, L. 541-1, L. 543-4, L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles)

### **Adaptation du projet de loi aux départements et collectivités d'outre-mer**

Cet article décrit les adaptations nécessaires à l'application du présent projet de loi dans les départements d'outre-mer de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de la Réunion, de Mayotte et dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

### **I. ADAPTATIONS LÉGISLATIVES EN GUADELOUPE, EN GUYANE, EN MARTINIQUE ET À LA RÉUNION**

En tant que départements d'outre-mer, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et la Réunion sont soumis au principe d'identité législative, ce qui signifie que les lois et règlements s'y appliquent de plein droit. Ce principe n'exclut pas néanmoins de procéder à des adaptations afin de prendre en compte

les caractéristiques ou les contraintes spécifiques de ces territoires : c'est l'objet du 1° du présent article.

### **1. Dispositions relatives à la conférence des financeurs**

Le **a** du 1° insère deux articles au chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V du code de l'action sociale et des familles relatif aux dispositions particulières applicables à la Guadeloupe, à la Guyane, à la Martinique et à la Réunion :

– L'article L. 521-2 nouveau définit les conditions d'adaptation du nouveau chapitre III du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles s'appliquant à la Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Les dispositions relatives à l'instauration d'une conférence des financeurs prévue à l'article 3 du présent projet de loi sont à interpréter, en ce qui les concerne, au regard des dispositions des articles L. 1442-1 à L. 1442-6 du code de la santé publique, qui définissent le ressort territorial de l'agence de santé commune à ces trois collectivités.

– S'agissant de la Guyane, l'article L. 521-3 nouveau prévoit pour sa part qu'un décret en Conseil d'État peut déterminer les conditions d'adaptation des dispositions du même chapitre nouveau du code de l'action sociale et des familles prévu par l'article 3. L'objet de cette disposition est de permettre, le cas échéant, une plus grande souplesse dans l'organisation de la conférence des financeurs, compte tenu des particularismes de ce département d'outre-mer.

### **2. Dispositions relatives au forfait autonomie**

Le **b** du 1° prévoit que le 1° de l'article L. 14-10-10 relatif au forfait autonomie n'est pas applicable dans ces quatre départements, dans la mesure où les dispositions relatives aux résidences autonomie prévues par l'article 11 de ce projet de loi ne leur sont pas applicables (cf. **c**) du 1°). Le forfait autonomie étant une aide destinée au financement des résidences autonomie, les dispositions organisant ses modalités de répartition sont ici sans objet.

### **3. Dispositions relatives aux résidences autonomie et autres établissements d'hébergement pour personnes âgées**

Le **c** du 1° de l'article 56 indique que les articles 11 à 14 du projet de loi relatifs aux résidences autonomie et aux autres établissements d'hébergement pour personnes âgées ne sont pas applicables en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à la Réunion.

– L'article 11 modifie l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, qui fait notamment référence à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH). Cet article du CCH n'étant pas applicable dans les départements précités, en vertu des dispositions du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre VI du même code, l'article 11 n'est pas applicable. En conséquence, les

dispositions de l'article 14 faisant référence aux logements-foyers définis à l'article L. 633-1 du CCH ne sont pas non plus applicables dans ces départements.

– Suivant le même raisonnement, l'article 12 n'est pas applicable dans ces quatre départements d'outre-mer car il modifie l'article L. 633-3 du CCH qui ne leur est pas applicable.

– Enfin, s'agissant de l'article 13, cette adaptation se justifie dans la mesure où la référence aux « établissements conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement » n'est pas applicable dans ces départements, l'aide personnalisée au logement (APL) n'y existant pas sous cette forme.

#### **4. Dispositions relatives à l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles**

Pour l'application en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à la Réunion de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles dans sa rédaction issue de l'article 40 du présent projet de loi, le *d* du 1° de l'article 56 tire les conséquences de l'absence d'APL dans ces quatre départements. Il renvoie par conséquent à un décret le soin de préciser les modalités d'application de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles.

## **II. ADAPTATIONS LÉGISLATIVES À SAINT-BARTHÉLEMY ET À SAINT-MARTIN**

À Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, les dispositions législatives et réglementaires sont applicables de plein droit, à l'exception de celles intervenant dans les domaines de compétence de ces deux collectivités. Le 2° de l'article 56 détaille par conséquent les articles du présent projet de loi qui ne leur sont pas applicables.

### **1. Dispositions relatives à la conférence des financeurs**

Faisant écho aux dispositions du quatrième alinéa de l'article 56, le *a* du 2° insère un nouvel article L. 581-10 au chapitre unique du titre VIII du livre V du code de l'action sociale et des familles afin de prendre en compte la spécificité du ressort territorial de l'agence de santé commune à la Guadeloupe, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin pour l'application des dispositions de l'article 3 du présent projet de loi. Le deuxième alinéa de ce nouvel article renvoie à des décrets en Conseil d'État le soin de fixer les modalités d'adaptation de ces dispositions. Notons que ces adaptations permettront de modifier, le cas échéant, la composition de la conférence des financeurs, afin de tenir compte des spécificités du territoire de santé de ces deux collectivités, et d'assurer leur représentation équitable au sein de la conférence.

## **2. Dispositions relatives au forfait autonomie**

Le **b** indique que les dispositions prévues au 1° de l'article L. 14-10-10 relatives au forfait autonomie ne sont pas applicables à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, pour les mêmes raisons que celles présentées précédemment, le **c**) du 2° du présent article précisant que l'article 11 de ce projet de loi relatif notamment aux résidences autonomie n'est pas applicable dans ces collectivités.

## **3. Dispositions relatives aux résidences autonomie, aux autres établissements d'hébergement pour personnes âgées, à l'urbanisme et aux transports**

Il est ensuite mentionné au **c** du 2° de l'article 56 que les articles 11 à 16, relatifs aux résidences autonomie, aux autres établissements d'hébergement pour personnes âgées et aux programmes locaux d'habitat ne s'appliquent pas à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Cette exclusion se justifie par le récent transfert des compétences relatives à l'urbanisme, à la construction, à l'habitation et au logement aux collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, en vertu des articles LO 6214-3 et LO 6314-3 du Code général des collectivités territoriales (CGCT).

L'article 18 du présent projet de loi relatif aux plans de déplacements urbains n'est pas non plus applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin en raison du transfert des compétences en matière de circulation routière, de transports routiers et de voirie à ces deux collectivités.

## **4. Dispositions relatives à l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles**

L'APL n'est pas applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Le **d**) du 2° de l'article 56 renvoie par conséquent à un décret le soin de définir les conditions d'application de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles.

# **III. DISPOSITIONS RELATIVES À SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON**

À Saint-Pierre-et-Miquelon, le régime législatif est applicable de plein droit, à l'exception de certaines dispositions intervenant dans le domaine de compétence de la collectivité, comme en dispose l'article LO 6413-1 du CGCT. Certaines adaptations législatives sont également prévues au 3° de l'article 56 en raison de l'organisation administrative spécifique de cette collectivité, s'agissant notamment de la compétence sanitaire du préfet.

## **1. Dispositions relatives à la conférence des financeurs**

Le **a** du 3° prévoit l'insertion d'un nouvel article L. 531-10 au titre III du livre V du code de l'action sociale et des familles. Cet article prévoit que les

dispositions du chapitre III du titre III du livre II, relatives notamment à la conférence des financeurs, « *s'appliquent dans les conditions prévues au code de la santé publique, notamment de l'article L. 1441-3* », qui détermine les adaptations apportées à l'organisation sanitaire de Saint-Pierre-et-Miquelon. Le deuxième alinéa de cet article nouveau renvoie à des décrets en Conseil d'État le soin de déterminer les adaptations législatives nécessaires pour l'application dudit chapitre III.

## **2. Dispositions relatives au forfait autonomie**

Le *b* du 3° de l'article 56 tire la conséquence de la non application des dispositions de l'article 11 relatives aux résidences autonomie en rendant non applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions relatives au forfait autonomie.

## **3. Dispositions relatives aux résidences autonomie et autres établissements d'hébergement pour personnes âgées**

L'alinéa *c* du 3° précise que les articles 11 à 16 du présent projet de loi ne sont pas applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon, la loi organique n° 2007-223 du 21 février 2007 ayant confié à cette collectivité les compétences relatives à l'urbanisme, à la construction, à l'habitat et au logement (article LO 6414-1 du CGCT).

## **4. Dispositions relatives à l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles**

Le *d* du 3° renvoie au décret les modalités d'application de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles, dans la mesure où l'APL n'est pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

## **5. Dispositions relatives à l'article 49**

Le dernier alinéa du 3° de l'article 56 prévoit que l'article 49 du projet de loi, relatif à la normalisation des rapports d'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) est applicable « *sous réserve des adaptations prévues à l'article L. 531-8 du code de l'action sociale et des familles* ». En effet, Saint-Pierre-et-Miquelon n'étant pas un département mais une collectivité d'outre-mer, l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes handicapées y sont exercés par un « service commun ». C'est ce service qui sera par conséquent chargé de transférer à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les données normalisées relatives à son activité tel que le prévoit l'article 49.

#### **IV. DISPOSITIONS RELATIVES À MAYOTTE**

Le département de Mayotte est soumis au principe d'identité législative. En conséquence, les lois et règlements entrant en vigueur après le 31 mars 2011 y sont applicables de plein droit. Certaines adaptations législatives restent néanmoins possibles. En outre, lorsqu'un texte nouveau intervient dans une matière où subsiste une législation spécifique à Mayotte, le législateur peut préciser expressément si les nouvelles dispositions sont applicables ou non à Mayotte. Le 4° de l'article 56 détaille par conséquent les adaptations législatives s'appliquant à Mayotte dans le cadre de ce projet de loi.

##### **1. Dispositions relatives à la conférence des financeurs**

Le *a* du 4° insère deux nouveaux alinéas à l'article L. 542-3 du code de l'action sociale et des familles indiquant que les dispositions du chapitre III du titre III du livre II prévues à l'article 3 de ce projet de loi s'appliquent « *dans les conditions prévues par les articles L. 1443-1 à L. 1443-7* » du code de la santé publique relatifs à l'Agence de santé de l'océan Indien, commune à Mayotte et à la Réunion. En complément, l'alinéa *s* précise que les modalités d'adaptation des dispositions relatives à la conférence des financeurs seront fixées par des décrets en Conseil d'État.

##### **2. Dispositions relatives au forfait autonomie**

Le *b* du 4° de l'article 56 précise que le 1° de l'article L. 14-10-10 du code de l'action sociale et des familles relatif au forfait autonomie n'est pas applicable à Mayotte, pour les mêmes raisons que pour les autres départements et collectivités d'outre-mer.

##### **3. Dispositions relatives aux résidences autonomie et autres établissements d'hébergement pour personnes âgées**

Le *d* du 4° indique que les articles 11 à 14 du présent projet de loi ne s'appliquent pas à Mayotte. S'agissant des articles 11, 12 et 14, cette adaptation s'explique par l'inapplicabilité des articles L. 633-1 et L. 633-3 du CCH à Mayotte. Elle s'explique pour l'article 13 par la référence à l'APL, qui n'est pas applicable à Mayotte.

##### **4. Dispositions relatives au code du travail**

Les paragraphes *f* et *k* prévoient de rendre inapplicables à Mayotte plusieurs références au code du travail, dans la mesure où Mayotte dispose de son propre code du travail. Quant à l'article 37, l'alinéa *i* prévoit qu'il ne s'y applique pas car ses dispositions relatives au baluchonnage renvoient à des règles de droit du travail qui n'ont pas d'équivalent à Mayotte.

## 5. Dispositions relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie

Votre rapporteure a souhaité émettre certaines réserves sur les propositions du 4° du présent article, dans la mesure où elles ne prennent pas en compte les dispositions de l'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'adoption, à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH). Cette ordonnance, dont l'objet est d'achever la convergence des législations d'aide et d'action sociale à Mayotte, prévoit notamment que les Mahorais pourront bénéficier de l'APA et de la PCH dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Elle pourrait par conséquent conduire à reconsidérer les dispositions des alinéas *e*, *i*, *p* et *r* du 4° de cet article, qui rendent inapplicables à Mayotte les dispositions concernant l'APA.

– Le *e* supprime la référence aux articles L. 232-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, relatifs à l'APA.

– Le *i* dispose que les articles 29, 30, 33, 36, 37 et 38 ne sont pas applicables à Mayotte. En ce qui concerne les articles 29, 30, 36 et 38, c'est l'absence d'APA à Mayotte, en l'état actuel du droit, qui justifie leur non-application.

– Suivant un raisonnement similaire, l'alinéa *p* supprime également la référence aux services des départements en charge de l'APA pour l'application du 6° de l'article L.14-10-1 du même code.

– Enfin, l'alinéa *r* dispose que l'article 50 du projet de loi, relatif à la gestion et au suivi statistique de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement, n'est pas applicable à Mayotte.

## 6. Dispositions diverses

Plusieurs autres dispositions du 4° prévoient des adaptations pour leur application à Mayotte.

– Mentionné à l'alinéa *i*, l'article 33 du projet de loi relatif à la dispense de la procédure de l'appel à projet ne s'applique pas à Mayotte.

– L'alinéa *j* restreint quant à lui la référence aux services d'aide et d'accompagnement à domicile aux seuls services mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

– En outre, le nouvel alinéa inséré par l'alinéa *m* au I de l'article L. 543-4 du code de l'action sociale et des familles substitue la référence au code de la sécurité sociale par la référence à l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, qui détermine le taux du coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime mahorais.



– Le **n** du 4<sup>o</sup> renvoie à un décret le soin de préciser les modalités d’application de l’article L. 342-3 du code de l’action sociale et des familles, dans la mesure où l’APL n’est pas applicable à Mayotte en l’état actuel du droit.

Notons enfin que les paragraphes **c**, **g**, **h**, **l**, **o** et **s** comportent des confusions de référence. Votre rapporteure proposera en conséquence des amendements de rectification.

## **7. Entrée en vigueur différée de certaines dispositions**

Les paragraphes **h** et **g** prévoient de différer au 1<sup>er</sup> janvier 2016 l’entrée en vigueur de certaines dispositions du projet de loi pour leur application à Mayotte, en vertu des dispositions de l’ordonnance n<sup>o</sup> 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l’action sociale et des familles.

\*

\* \*

Lors de l’examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté, sur proposition de la rapporteure, un amendement rédactionnel et deux amendements rectifiant des erreurs de référence. Elle a également adopté un amendement rédactionnel des commissaires du groupe SRC, sur avis favorable de la rapporteure.

\*

\* \*

*Suivant l’avis favorable de la rapporteure, la Commission **adopte** l’amendement rédactionnel AS213 de M. Hervé Féron.*

*Elle **adopte** ensuite successivement l’amendement rédactionnel AS347 et les amendements AS352 et AS351 corrigeant des erreurs matérielles, de la rapporteure.*

*Puis elle **adopte** l’article 56 **modifié**.*

### *Article 57*

(Art. L. 14-10-7 du code de l’action sociale et des familles)

### **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**

L’article 57 détaille les adaptations prévues aux règles de calcul des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) en ce qui concerne les collectivités d’outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy. Cet article modifie substantiellement l’article L. 14-10-7 du code de l’action sociale et des familles.

## **1. Les concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

### ***a. Modalités de calcul des concours de la CNSA***

Chaque année, la CNSA attribue des concours aux départements, afin de financer notamment :

- une partie du coût de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Les modalités de la répartition entre les départements de ces deux concours sont fixées par des décrets en Conseil d'État pris après avis de la CNSA, en vertu de l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles. Ces modalités sont déterminées sur le fondement de plusieurs critères, notamment le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation, le montant individuel qui leur est versé, ainsi que le « *potentiel fiscal* » des départements, tel que déterminé à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales.

### ***b. La notion de « potentiel fiscal » est inapplicable à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon***

Les concours de la CNSA visant à financer le coût de la PCH et le coût de l'installation et du fonctionnement des MDPH sont applicables aux collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, en vertu des articles L. 531-1 et L. 581-1 du code de l'action sociale et des familles.

Néanmoins, le calcul de la répartition de ces deux concours pour les trois collectivités soulève à ce jour des difficultés, dans la mesure où la notion de « *potentiel fiscal* » leur est inapplicable en raison de l'autonomie fiscale qui prévaut dans ces collectivités. Jusqu'à ce jour, le potentiel fiscal de ces trois collectivités était donc considéré comme nul pour le calcul des concours de la CNSA. Or, ce mode de calcul avait pour effet de majorer fortement le montant du concours PCH attribué à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon. À titre d'exemple, selon les données chiffrées fournies par le gouvernement pour 2011 et 2014, le taux de couverture du coût de la PCH dans ces trois collectivités était de 2 à 4 fois supérieur à la moyenne nationale, et même largement supérieur, en 2011, au taux de couverture de 100 %.

La situation concernant le concours relatif aux MDPH est bien moins problématique, dans la mesure où seule la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon a effectivement mis en place un service d'accueil des personnes handicapées.

Le présent projet de loi propose donc de rectifier l'inégalité posée par le calcul de ce concours.

## **2. Adaptations des règles de calcul des concours pour les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon**

Poursuivant un double objectif de renforcement de la sécurité juridique du calcul et de rétablissement de l'équité de la répartition des concours, le présent article détaille les mesures d'adaptation s'appliquant aux collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

### ***a. Adaptation du calcul du concours PCH***

Le 2° de l'article 57 remplace le premier alinéa de l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles par quatre nouveaux alinéas. Le dispositif prévu par le II de l'article L. 14-10-7 modifié reprend une méthode couramment utilisée pour la détermination des concours financiers de l'État en outre-mer : il prévoit dans un premier alinéa le prélèvement d'une quote-part, destinée spécifiquement aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, sur le montant total du concours destiné à financer une partie du coût de la PCH.

#### **Calcul de la quote-part**

La quote-part prélevée sur le montant total des concours correspond au double du rapport entre :

– d'une part, le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (*art. L. 245-1*) et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (*art. L. 245-1 dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*) à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon ;

– d'autre part, le nombre total de bénéficiaires de ces prestations.

La date de référence pour ce calcul est l'année précédant celle au titre de laquelle le concours est attribué.

L'alinéa inséré par le 4° de l'article 57 précise que le montant de cette quote-part est réparti entre les trois collectivités selon les critères fixés par les alinéas *a* à *e* du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, à l'exception du critère du potentiel fiscal qui ne leur est pas applicable en l'état actuel du droit. Une pondération particulière est appliquée à ce calcul de répartition – diminution d'un tiers pour l'ensemble de ces critères sauf pour le critère du nombre de bénéficiaires de la PCH – ce qui permet de rapprocher le mode de calcul de répartition de la quote-part du droit commun applicable aux autres départements.

Selon les simulations réalisées par le gouvernement pour les collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin sur le fondement des données de 2012, le nouveau mode de calcul du concours PCH aurait pour principale conséquence, en 2014 :

– de diminuer légèrement le montant du concours PCH et le taux de couverture du coût de la PCH pour les collectivités de Saint-Barthélemy (taux de couverture passant de 88 % en considérant un potentiel fiscal à 71 % avec l’instauration de la quote-part) et de Saint-Martin (de 79 % à 74 %) ;

– de maintenir au même niveau le montant de la prestation de compensation du handicap ainsi que le taux de couverture du coût de la PCH à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Si l’on considère néanmoins la moyenne du taux de couverture du coût de la prestation de compensation du handicap pour ces trois collectivités, il apparaît que l’instauration de la quote-part reste globalement favorable à ces trois collectivités, puisque le taux de couverture représente encore près du double de la moyenne nationale de couverture de ce coût (74,3 % en moyenne pour Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon contre 39 % pour la moyenne nationale).

#### ***b. Calcul du concours finançant l’installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées***

La situation qui prévaut pour les concours MDPH est moins problématique que celle causée par l’ancien calcul applicable aux concours PCH, dans la mesure où seule la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon a effectivement instauré un service destiné à l’accueil et à l’accompagnement des personnes handicapées.

Le 3° de l’article 57 maintient par conséquent la pratique consistant à retenir une valeur nulle du potentiel fiscal de cette collectivité pour le calcul du concours de la CNSA relatif aux MDPH.

Enfin, le 1° et le 5° du présent article procèdent à des modifications rédactionnelles résultant de l’ajout d’alinéas à l’article L. 14-10-7 du code de l’action sociale et des familles par les alinéas 2°, 3° et 4° du présent article.

## **TITRE VI DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES**

Ce titre comporte des dispositions transitoires accompagnant la mise en œuvre du projet de loi. Certaines d’entre elles appellent des modifications, le projet de loi ayant connu des transformations substantielles par rapport à l’avant-projet dont elles faisaient partie.

*Article 58*

**Remise au Parlement par le Gouvernement de deux rapports sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi**

Cet article prévoit la remise de deux rapports au Parlement, au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2016 pour le premier, puis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 pour le second, sur la mise en œuvre de la présente loi. Cette disposition est positive à double titre. Sur le plan méthodologique, elle prévoit que ces rapports seront établis à l'issue d'une analyse conjointe de l'État et des départements. Ensuite, ces travaux permettront de proposer des évolutions des mesures d'application de la présente loi dès la remise du premier d'entre eux.

*Article 59*

**Suppression de la section V bis du budget de la CNSA le 1<sup>er</sup> janvier 2015**

Cet article prévoit que les dispositions du 3<sup>o</sup> de l'article 4 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Pour mémoire, le 3<sup>o</sup> prévoit la suppression de la section V bis du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée pour la mise en réserve du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). L'affectation directe du produit de la CASA aux autres sections de la CNSA la rend en effet sans objet.

Cet article vise à permettre la prolongation de l'existence de cette section jusqu'à la fin de l'exercice comptable suivant l'adoption du projet de loi.

Il faudra donc suivre, au cours de l'évolution de l'examen parlementaire, si le calendrier d'adoption du projet de loi impose de modifier sa rédaction, par exemple pour prolonger ce délai jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

*Article 60*

**Entrée en vigueur des dispositions relatives aux prestations minimales fournies par les résidences autonomes**

Le III de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 11 du projet de loi, prévoit qu'un décret définit les prestations minimales, individuelles ou collectives, que proposent à leurs résidents les logements-foyers accueillant des personnes âgées et susceptibles de relever de la catégorie des « résidences autonomes ».

Le présent article fixe un délai de cinq ans de mise en conformité avec les dispositions de ce décret, à compter de sa publication.

Pour mémoire, ce décret fera figurer parmi les prestations minimales fournies aux résidents, outre un service de sécurité vingt-quatre heures sur vingt-quatre et l'accès à un service de restauration et à un service d'entretien du linge, l'organisation d'actions d'animation et de prévention qui « concourent à la

*prévention de la perte d'autonomie*», financées par le nouveau « forfait autonomie », également créé par l'article 11.

À défaut de mise en conformité dans ce délai, un logement-foyer ne pourra pas bénéficier de l'appellation « résidence autonomie » ni percevoir le forfait autonomie. Les gestionnaires de ces établissements sont cependant très demandeurs des mesures proposées, qui vont accroître leur visibilité parmi l'offre de logements pour personnes âgées.

Le délai de cinq ans permettra surtout de différer l'application de ces dispositions pour les établissements les plus vétustes qui ne sont par exemple pas en mesure, à très court terme, de fournir un espace de restauration répondant aux normes d'accessibilité. Or ces établissements vont connaître les travaux de restructuration les plus lourds, voire des regroupements ou des changements de localisation, dans le cadre du plan d'aide à l'investissement, financé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à hauteur de 10 millions d'euros dès 2014 et de 40 millions d'euros pendant les deux années qui suivront la publication de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

L'échéance proposée paraît donc raisonnable.

\*  
\* \*

*La Commission adopte successivement les articles 57, 58, 59 et 60 sans modification.*

#### *Article 61*

### **Entrée en vigueur des dispositions de l'article 14 relatives au répertoire des logements locatifs sociaux**

Cet article diffère l'entrée en vigueur de l'article 14 au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Il intègre dans le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux, prévu par l'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation, l'ensemble des logements relevant de l'habitat social collectif.

Le nombre de logements concernés n'est pas encore entièrement connu, précisément en raison de leur absence du répertoire, mais il recouvre au moins près de 110 000 logements en logements-foyers, près de 40 000 places dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, 92 400 places dans les résidences sociales et probablement autant dans les foyers de travailleurs migrants et les foyers de jeunes travailleurs non encore transformés en résidences sociales, ou encore 11 500 places dans les pensions de familles.

L'élargissement du champ du répertoire nécessitera donc un important travail partagé entre les services statistiques des ministères en charge du logement

et des affaires sociales, impliquant en particulier la mise à jour des différents systèmes d'information, pour un coût estimé à entre 250 000 et 300 000 euros.

Le report au 1<sup>er</sup> janvier 2016 permettra une vision consolidée à partir des données de l'année 2015.

\*  
\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté cet article moyennant un amendement de précision de la rapporteure.

\*  
\* \*

*La Commission **adopte** l'amendement de précision AS359 de la rapporteure.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 61 **modifié**.*

#### *Article 62*

#### **Délai de mise en conformité des livrets d'accueil des établissements et des contrats de séjour**

Cet article fixe les mesures transitoires afin de prendre en compte les nouvelles garanties et protections de la liberté d'aller et venir instaurées par l'article 22, dans les différents documents relatifs aux droits et libertés des usagers réalisés dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, à savoir :

– le règlement de fonctionnement qui, en vertu de l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles « *définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service* » ;

– le livret d'accueil répertoriant l'ensemble des informations relatives aux prestations, services et interventions délivrés par l'établissement d'accueil. Conformément à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, il doit « *garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment prévenir tout risque de maltraitance* ». À cette fin il est remis, à son arrivée, à la personne concernée ou son représentant légal ;

– le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge que l'article L. 311-4 du même code définit comme le support sur lequel sont inscrits « *les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations des bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement* ».

Ces documents peuvent faire l'objet de révisions périodiques à l'initiative de la direction après consultation notamment du conseil de la vie sociale qui associe les usagers de l'établissement ou du service. Ces révisions interviennent en cas de modification du règlement ou de la législation en vigueur, de changement dans l'organisation de la structure ou pour des points précis appréciés individuellement. En outre, le règlement de fonctionnement doit être réexaminé tous les cinq ans.

Les dispositions de l'article 22 nécessiteront une mise en conformité de ces documents. Le présent article prévoit une mise à jour à l'occasion de la prochaine révision et, en tout état de cause, au plus tard dix-huit mois après la publication de la présente loi : ainsi le livret d'accueil devra être actualisé au vu des modifications apportées à l'article L. 311-3 qui précise désormais le droit à « *aller et venir librement* » ; de même l'annexe au contrat de séjour prévue à l'article L. 311-4-1 (nouveau) devra préciser les adaptations apportées au règlement de fonctionnement aux seules fins d'assurer l'intégrité physique d'un usager et la sécurité des personnes ; enfin les contrats de séjour en cours d'exécution devront faire l'objet de l'entretien lors duquel le directeur de l'établissement s'assure du consentement de la personne à être accueillie, conformément à l'article L. 311-4 modifié.

#### *Article 63*

#### **Délais de réexamen des situations et droits des bénéficiaires actuels de l'APA**

Cet article fixe un délai de réexamen des situations des bénéficiaires actuels de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) au regard des nouvelles règles plus favorables définies par l'article 29, en matière de montant maximal du plan d'aide, et par l'article 36, en matière d'attribution d'un supplément d'aide en cas d'absence du proche aidant du bénéficiaire.

Dans chaque cas, le délai est de un an à compter de la parution des textes réglementaires d'application, soit, respectivement, le décret revalorisant le plafond de l'APA prévu à l'article L. 232-3-1 du code de l'action sociale et des familles, et le décret fixant le plafond et les modalités de définition de l'aide au titre des besoins de répit, prévu par l'article L. 232-3-2 du même code.

Le **I** prévoit ainsi que, dans un délai de un an, seront réexaminés la situation et les droits des allocataires de l'APA dont le montant du plan d'aide est proche de la saturation : il s'agit de près de 170 000 dossiers. Un critère de bon sens prévoit le réexamen prioritaire des situations des personnes ayant le degré de dépendance le plus élevé.

Ce délai d'un an ne semble pas présenter de difficultés particulières pour les départements. À défaut, les personnes dont la situation n'a pas été réexaminée bénéficieront, jusqu'à la notification de la décision du président du conseil général, d'une majoration proportionnelle du montant de leur plan d'aide, fixée par décret.



Le **II** prévoit le réexamen de la situation des allocataires au regard des besoins de répit de leurs proches aidants, selon le même ordre de priorité : leur degré de perte d'autonomie. En pleine cohérence avec les dispositions du I, ne sont concernés que les allocataires dont les plans d'aide ne sont pas saturés ni proches de la saturation : ceux-là feront en effet l'objet du réexamen au regard de la saturation de leur plan d'aide, qui permettra concomitamment d'évaluer les besoins éventuels de répit de leurs proches aidants.

\*

\* \*

*La Commission adopte successivement les articles 62 et 63 sans modification.*

#### *Article 64*

### **Entrée en vigueur des dispositions relatives aux accueillants familiaux**

Cet article comporte des mesures de transition. Il prévoit notamment de fixer par décret les conditions d'application de l'article L. 443-11 du code de l'action sociale et des familles aux accueillants familiaux qui disposent, à la date de publication de la loi, de l'agrément prévu à l'article L. 441-1 du même code. Il fixe par ailleurs la date d'entrée en vigueur des dispositions II et III de l'article 39 relatives à l'utilisation du chèque emploi service universel (CESU) au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

#### **1. Les conditions d'application des dispositions des articles L. 441-1 et L. 443-11 du code de l'action sociale et des familles**

L'article 39 du projet de loi prévoit la création d'un article L. 443-11 nouveau qui dispose que les objectifs, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue sont définis par décret. Cette disposition modifie les modalités d'obtention de l'agrément, dont le régime juridique est défini à l'article L. 441-1.

Cet article vise à définir par voie réglementaire les modalités de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions pour les personnes titulaires d'un agrément délivré avant la promulgation du présent texte.

Si la rapporteure soutient cette démarche, elle considère qu'elle pourrait utilement être élargie au cas des personnes dont la demande est en cours au moment de la promulgation.

#### **2. La date d'entrée en vigueur des dispositions II et III de l'article 41**

Dans sa rédaction actuelle, le deuxième alinéa de l'article 64 porte sur l'application de l'article 41. Il s'agit d'une erreur rédactionnelle, liée à la

suppression de certaines dispositions intervenues entre la rédaction de l'avant-projet de loi et son adoption en Conseil des ministres.

La rapporteure entend donc proposer une modification rédactionnelle afin de préciser que l'ensemble des dispositions de cet article portent sur l'article 39.

Sous réserve de son adoption, le deuxième alinéa de l'article 64 prévoira une date d'entrée en vigueur spécifique pour les parties II et III de l'article 39 relatifs à l'utilisation du CESU dématérialisé pour la rémunération des accueillants familiaux. Comme le rappelle l'étude d'impact, il est en effet nécessaire de tenir compte des modifications techniques et des coûts de mise en œuvre de cette disposition. L'horizon du 1<sup>er</sup> janvier 2017 paraît donc tout à fait raisonnable.

\*  
\* \*

Lors de l'examen du texte du projet de loi, votre commission des affaires sociales a adopté un amendement de rectification d'erreur de référence, présenté par la rapporteure.

\*  
\* \*

*La Commission **adopte** l'amendement AS329 de la rapporteure, corrigeant une erreur matérielle.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 64 **modifié**.*

#### *Article 65*

### **Exclusion des contrats en cours du champ des dispositions relatives au tarif socle**

Le présent article prévoit que les dispositions relatives au socle de prestations des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) non conventionnés à l'aide sociale et financés sur la base du tarif socle défini à l'article 40 du projet de loi ne seront pas applicables aux contrats conclus avant la date d'entrée en vigueur du décret de mise en œuvre.

Il s'agit d'une mesure de sécurité juridique. Elle évite une révision artificielle et techniquement peu envisageable de tous les contrats en cours.

En outre, les dispositions de l'article 40 visent à accroître la transparence des tarifs proposés en EHPAD à la suite de l'adoption du présent projet de loi mais aussi à l'issue d'une concertation avec les principaux acteurs du secteur qui permettra de préciser la rédaction du décret d'application.

*Article 66*

(Art. L. 146-3 et L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles)

**Entrée en vigueur des dispositions en matière de suivi statistique**

Le présent article prévoit l'abrogation du dernier alinéa de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles, relatif aux informations recueillies et transmises par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), dans la mesure où ces éléments seront désormais détaillés au sein du nouvel article L. 146-3-1 du même code. Cette abrogation est différée à la date de publication du décret prévu au dernier alinéa de l'article 49 du présent projet de loi.

L'article 66 prévoit également l'abrogation différée de l'article L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles qui organise pour chaque département la transmission de données comptables et statistiques au ministre en charge des personnes âgées. L'abrogation de cet article est renvoyée 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 nouveaux du même code, insérés respectivement par les quatrième et sixième alinéas de l'article 50 du présent projet de loi.

\*

\* \*

*La Commission adopte successivement les articles 65 et 66 sans modification.*

*Puis elle adopte l'ensemble du projet de loi modifié.*

\*

\* \*

**En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le présent projet de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.**



## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
Code de l'action sociale et des familles	<b>Projet de loi relatif à l'adaption de la société au vieillissement</b>	<b>Projet de loi relatif à l'adaption de la société au vieillissement</b>
	<b>TITRE PRÉLIMINAIRE DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION</b>	<b>TITRE PRÉLIMINAIRE DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION</b>
	Article 1 <sup>er</sup>  L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.	Article 1 <sup>er</sup>  <i>(Sans modification)</i>
Code de l'action sociale et des familles	Article 2 <sup>r</sup>  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.	Article 2  <i>(Sans modification)</i>
	<b>TITRE I<sup>ER</sup> ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b>	<b>TITRE I<sup>ER</sup> ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b>
	CHAPITRE I <sup>ER</sup> <b>L'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention</b>	CHAPITRE I <sup>ER</sup> <b>L'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention</b>
Code de l'action sociale et des familles	Article 3	Article 3
	Il est inséré, après le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles, un chapitre III ainsi rédigé :	« Prévention de la perte d'autonomie
	« Chapitre III « Prévention	<b>Amendement AS328</b>

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la commission

« Art. L. 233-1. – Il est institué dans chaque département une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées chargée d'établir, pour le territoire départemental, un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires.

« Ce programme a pour objet de répondre aux besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recensés, notamment, par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

« Dans ce cadre, la conférence :

« 1° Améliore l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment en promouvant des modes innovants d'achat et de mise à disposition ;

« 2° Programme les aides correspondant au forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 ;

« 3° Coordonne et appuie des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes âgées ;

« 4° Encourage des actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

« 5° Favorise le développement d'autres actions collectives de prévention.

« 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

« Art. L. 233-2. – ...

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2.

... L. 232-2. *Pour la gestion de ces dépenses, le département peut donner une délégation de gestion à un des membres de la conférence des financeurs. Les modalités de cette délégation de gestion sont précisées dans le cadre d'une convention conclue entre le département et le délégataire et dont les principes sont définis par décret.*

**Amendement AS217**

« 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.

« 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.

« 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 :

« 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 ;

« 2° De l'agence nationale de l'habitat dans le département et de l'agence régionale de santé ;

« 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 ;

« 4° Des organismes régis par le

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

code de la mutualité.

« 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.

« En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

« 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 :

« 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 ;

« 2° Aux dépenses par type d'action ;

« 3° Au nombre et aux caractéristiques des bénéficiaires des actions.

« 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.

« Art. L. 233-5. – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

Article 4

L'article L. 14-10-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « six » ;

Article 4

*(Sans modification)*

Art. L. 14-10-5. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept sections distinctes selon les modalités suivantes :  
.....



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

V. — Une section consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, qui retrace le financement des autres actions qui entrent dans le champ de compétence de la caisse, au titre desquelles notamment les dépenses d'animation et de prévention, et les frais d'études dans les domaines d'action de la caisse :

a) Pour les personnes âgées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et du budget, des ressources prévues au a du 2 du I ;

a bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, 1 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affecté au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9 ;

b) Pour les personnes handicapées, ces charges sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget, des ressources prévues au a du III ;

2° Le V est ainsi modifié :

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 » ;

b) Le a est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 ; »

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

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>b bis) Pour les années 2012, 2013 et 2014, 1% du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 est affectée au financement des opérations visées au a de l'article L. 14-10-9.</p>	<p>au a du III et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4, fixées » ;</p>	
<p>V bis. – Une section consacrée à la mise en réserve du produit de la contribution mentionnée au 1° bis de l'article L. 14-10-4. Les ressources de cette section sont destinées au financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie.</p>	<p>3° Le V bis est abrogé.</p>	
<p>VI. – Une section consacrée aux frais de gestion de la caisse. Les charges de cette section sont financées par un prélèvement sur les ressources mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 14-10-4, réparti entre les sections précédentes, à l'exception de la section V bis, au prorata du montant des ressources qui leur sont affectées.</p>		
<p>Par dérogation au I de l'article L. 14-10-8, les reports de crédits peuvent être affectés, en tout ou partie, à d'autres sections, par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et du budget après avis du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.</p>		
<p>Livre I<sup>er</sup> Dispositions générales Titre IV Institutions Chapitre X Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</p>	<p>Article 5</p>	<p>Article 5 <i>(Sans modification)</i></p>
	<p>Le chapitre X du titre IV du livre I<sup>er</sup> du même code est complété par un article L. 14-10-10 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« 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 :</p>	
	<p>« 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</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

**Code de la sécurité sociale**

Livre I<sup>er</sup>  
Généralités – Dispositions communes à  
tout ou partie des régimes de base  
Titre I<sup>er</sup>  
Généralités  
Chapitre V  
Dispositions diverses

établissements éligibles au forfait  
autonomie mentionné au III de l'article  
L. 313-12 ;

« 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

Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du  
livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est  
ainsi modifié :

1° Après l'article L. 115-2, il est  
inséré un article L. 115-2-1 ainsi  
rédigé :

« 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.

« 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. » ;

2° Le chapitre est complété par  
un article L. 115-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 115-9. – La Caisse  
nationale d'assurance vieillesse, la

CHAPITRE II

**L'action sociale inter-régimes des  
caisses de retraite**

Article 6

*(Sans modification)*

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<b>Code de l'action sociale et des familles</b>	<p>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.</p> <p>« 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. »</p>	<p>Article 7</p> <p>(Sans modification)</p>
Livres I <sup>er</sup> Dispositions générales Titre I <sup>er</sup> Principes généraux Chapitre III Personnes âgées	<p>Article 7</p> <p>Au chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> 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 :</p> <p>« 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. »</p>	<p>CHAPITRE III</p> <p><b>Lutte contre l'isolement</b></p> <p>Article 8</p> <p>(Sans modification)</p>
Livres I <sup>er</sup> Dispositions générales Titre IV Institutions Chapitre X Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	<p>CHAPITRE III</p> <p><b>Lutte contre l'isolement</b></p> <p>Article 8</p> <p>Au chapitre X du titre IV du livre I<sup>er</sup> du même code, le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :</p>	<p>CHAPITRE III</p> <p><b>Lutte contre l'isolement</b></p> <p>Article 8</p> <p>(Sans modification)</p>
Art. L. 14-10-5. – IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des		

**Dispositions en vigueur**

aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle retrace :

1° En ressources, 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, d'une part ; 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, d'autre part. Cette part est 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 ;

**Texte du projet de loi**

1° Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° En ressources :

« 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 ;

« 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 ; »

« 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. » ;

2° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de formation des aidants familiaux, de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 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.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut déléguer une partie des crédits de la section aux agences régionales de santé. Les agences régionales de santé rendent compte annuellement de la conformité de l'utilisation de ces crédits, qui leur sont versés en application du 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, aux objectifs assignés à la présente section.

**Code du service national**

Art. L. 120-17. – L'attestation de service civique mentionnée à l'article L. 120-1 peut également être délivrée, dans des conditions prévues par décret, aux pompiers volontaires.

**Texte du projet de loi**

« 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<sup>ER</sup>**

**Vie associative**

**Article 9**

Le deuxième alinéa de l'article L. 120-17 du code du service national est remplacé par les dispositions suivantes :

**Texte adopté par la commission**

**TITRE II**

**ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT**

**CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

**Vie associative**

**Article 9**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>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 effectuant un engagement de service civique.</p>	<p>« 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 <u>retraîtée</u> 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. »</p>	<p>« Une ... ... ou plus qui contribue ... ... citoyenne. »</p>
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p>Article 10</p>	<p>Article 10</p>
<p>Livre IV Professions et activités sociales</p>	<p>Après le titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un titre VIII ainsi rédigé :</p>	<p>« Art. L. 480-1. – ...</p>
	<p>« TITRE VIII « VOLONTARIAT CIVIQUE SENIOR</p>	<p>... plus de s'engager ...</p>
	<p>« 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 <u>retraîtées</u> 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.</p>	<p>... l'étranger.</p>
	<p>« 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.</p>	<p><b>Amendement AS205</b></p>
	<p>« Il ouvre droit à la délivrance d'un certificat de volontaire civique senior.</p>	
	<p>« Art. L. 480-2. – Le volontariat civique senior est un engagement libre et désintéressé, réalisé sur une période continue ou discontinuée, réservée aux personnes âgées de soixante ans ou plus <u>retraîtées</u>.</p>	<p>« Art. L. 480-2. – ...</p>
		<p>... ou plus.</p>
		<p><b>Amendement AS205</b></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

« La collaboration entre le volontaire et la personne morale est exclusive de tout lien de subordination et ne relève pas du code du travail.

« 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.

« 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

L'article L. 313-12 du même code est ainsi modifié :

Art. L. 313-12. – I. – Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé au plus tard le 31 décembre 2007 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes

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 ;

CHAPITRE II

**Habitat collectif pour personnes âgées**

*Section 1*

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

Article 11

1° ...

... conditions et selon une périodicité fixées ...  
... supprimés ;

**Amendement AS332**



**Dispositions en vigueur**

nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux. La convention pluriannuelle identifie, le cas échéant, les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définit, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs. Par dérogation, les établissements et services qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie font l'objet d'un contrat d'objectifs et de moyens signé avec leur personne morale gestionnaire, qui comporte notamment des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

Si la convention pluriannuelle n'est pas conclue avant la date prévue au précédent alinéa, les autorités de tarification compétentes procèdent, chacune en ce qui la concerne, à la tarification des établissements retardataires et leur fixent par voie d'arrêté les objectifs à atteindre.

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, les établissements mentionnés à l'alinéa précédent perçoivent, jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle mentionnée à l'alinéa précédent :

1° Un forfait global de soins, correspondant au montant du forfait de soins attribué par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2007 lorsqu'ils ont été autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;

2° Un forfait global de soins dont le montant maximum est déterminé sur la base du groupe iso-ressources moyen pondéré de l'établissement, de sa capacité et d'un tarif soins à la place fixé par arrêté ministériel lorsqu'ils ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;

**Texte du projet de loi**

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<sup>er</sup> janvier 2008 et qui n'ont pas conclu depuis cette date de convention pluriannuelle » ;

3° Au troisième alinéa du I, les mots : « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, » sont supprimés ;

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

3° Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général en application du 2° de l'article L. 314-2 du présent code ;

4° Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement, fixés par le président du conseil général dans les établissements habilités à l'aide sociale, calculés en prenant en compte les produits mentionnés aux 1° et 2° du présent I.

Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général, elle est réputée prorogée pendant une durée maximale d'un an.

Les établissements et services, qui font l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, peuvent disposer pour son élaboration et sa mise en œuvre des outils méthodologiques fournis par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et s'appuyer sur les recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

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, d'une part, ne bénéficient pas au 31 décembre 2005 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure au seuil mentionné au I et dans une proportion inférieure à un seuil fixé par décret, peuvent déroger à l'obligation de passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat et aux règles mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 314-2.

**Texte du projet de loi**

4° Le premier alinéa du I bis est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. »

5° Aux deuxième et troisième

**Texte adopté par la commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>Lorsqu'un établissement opte pour la dérogation prévue à l'alinéa précédent, les résidents bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les conditions prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.</p>	<p>alinéas du I bis, le mot : « opte » est remplacé par les mots : « a opté » ;</p>	
<p>Lorsqu'un établissement opte pour la convention pluriannuelle mentionnée au I, celle-ci peut ne porter que sur la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Un décret définit le niveau de dépendance des résidents concernés ainsi que les conditions architecturales requises.</p>		
<p>Pour les établissements qui n'ont pas été autorisés à dispenser des soins et ayant opté pour la dérogation mentionnée au premier alinéa, ainsi que pour la partie de la capacité d'accueil non couverte par la convention en application du troisième alinéa, le cas échéant, les modalités de prise en compte et de maintien des financements de l'assurance maladie sont fixées par décret.</p>		
<p>Les établissements mentionnés au premier alinéa, ayant opté pour la dérogation, doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.</p>		
<p>Les établissements mentionnés au premier alinéa exercent leur droit d'option dans des conditions et à une date fixées par décret.</p>	<p>6° Le dernier alinéa du I bis est supprimé ;</p>	
<p>I ter. – 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, d'une part, bénéficient au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent des personnes âgées dépendantes dans une proportion inférieure au deuxième seuil mentionné au premier alinéa du I bis sont autorisés à passer la convention pluriannuelle prévue au I pour une partie seulement de leur capacité d'accueil correspondant à</p>	<p>7° Aux deux alinéas du I ter, le mot : « bénéficient » est remplacé par le mot : « bénéficiaient » ;</p>	
	<p>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 » ;</p>	

**Dispositions en vigueur**

l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Les résidents hébergés dans la capacité d'accueil non couverte par la convention bénéficiaire, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie selon les modalités prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.

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, d'une part, ne bénéficient pas au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dans une proportion inférieure au seuil mentionné au I conservent, au-delà du 31 décembre 2007, dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération des personnels de soins salariés par les établissements et aux charges sociales et fiscales y afférentes, le montant des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2007. Ces forfaits sont revalorisés annuellement dans la limite du taux de reconduction des moyens retenu au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie applicable aux établissements mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Les résidents hébergés dans ces établissements bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie selon les modalités prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.

.....

III. – Les établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes inférieur au seuil mentionné au I doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

**Texte du projet de loi**

9° Au deuxième alinéa du I ter, les mots : « au seuil mentionné au I » sont remplacés par les mots : « aux seuils mentionnés au I » ;

10° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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.

« Ils proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie,

**Texte adopté par la commission**

« Ils ...

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

définies par décret. Ces prestations peuvent également être proposées à des non-résidents.

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

**Amendement AS242**

« 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.

« Les ...

« 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. »

... à domicile, des professionnels de santé *ou des établissements de santé, notamment d'hospitalisation à domicile*, et avec ...

... du I. »

**Amendement AS333**

.....  
**Code de la construction et de l'habitation**

Article 12

Article 12

L'article L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 633-3. – Dans un délai de six mois à compter de la date de publication de la loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains, une proposition de contrat doit être remise à toute personne logée dans un établissement défini à l'article L. 633-1, ou à son représentant légal.

**Code de l'action sociale et des familles**

Art. L.342-1. – Sont soumis aux dispositions du présent chapitre :

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 ;

**Texte du projet de loi**

« 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.

« 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

Le 3° de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. »

**Texte adopté par la commission**

Article 13

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

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.

Ces établissements ne peuvent héberger une personne âgée sans qu'au préalable un contrat écrit ait été passé avec cette personne ou son représentant légal. Pour la signature de ce contrat, la personne ou son représentant légal peut se faire accompagner d'une personne de son choix.

**Code de la construction et de l'habitation**

Art. L. 411-10. – Aux fins de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques de l'habitat, le ministère chargé du logement tient un répertoire des logements locatifs sur lesquels les bailleurs sociaux visés au deuxième alinéa sont titulaires d'un droit réel immobilier ou dont ils sont usufruitiers. Ce répertoire est établi à partir des informations transmises chaque année par lesdits bailleurs. Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, notamment la liste des informations transmises par les bailleurs.

Les bailleurs sociaux retenus pour l'application du présent article sont :

1° Les organismes d'habitations à loyer modéré visés à l'article L. 411-2 ;

2° Les sociétés d'économie mixte visées à l'article L. 481-1 ;

**Texte du projet de loi**

Article 14

L'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

**Texte adopté par la commission**

Article 14

*1°A Le premier alinéa est ainsi modifié :*

*a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « ou, dans le cas des logements-foyers, par les gestionnaires » ;*

*b) La dernière phrase est complétée par les mots : « ou les gestionnaires » ;*

**Amendement AS34**

**Dispositions en vigueur**

3° L'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais et la société anonyme Sainte Barbe ;

4° L'association foncière logement mentionnée à l'article L. 313-34 ou les sociétés civiles immobilières dont les parts sont détenues à au moins 99 % par cette association ;

5° Les organismes bénéficiant de l'agrément prévu à l'article L. 365-2.

Le représentant de l'Etat dans la région communique chaque année aux représentants de l'État dans le département, aux conseils généraux ayant conclu la convention visée à l'article L. 301-5-2 et aux établissements publics de coopération intercommunale ayant conclu la convention visée à l'article L. 301-5-1 les informations du répertoire relatives à chaque logement situé sur leur territoire. À leur demande, les communes, les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de programme local de l'habitat et les départements obtiennent, auprès du représentant de l'État dans la région, communication des informations du répertoire relatives à chaque logement situé sur leur territoire. Le décret en Conseil d'État visé au premier alinéa fixe les conditions dans lesquelles des informations extraites du répertoire peuvent être communiquées à des tiers.

Le défaut de transmission à l'État des informations nécessaires à la tenue du répertoire ou la transmission d'informations manifestement erronées donne lieu, après mise en demeure restée infructueuse, à l'application d'une

**Texte du projet de loi**

1° Au cinquième alinéa, les mots : « L'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais et » sont supprimés ;

2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

**Texte adopté par la commission**



**Dispositions en vigueur**

amende de 100 € par tranche de 100 logements visés au premier alinéa, recouvrée au profit de la Caisse de garantie du logement locatif social mentionnée à l'article L. 452-1.

La transmission des informations nécessaires à la tenue du répertoire visé au présent article vaut production, pour les personnes morales visées à l'article L. 302-6, de l'inventaire prévu au même article, à l'exception des logements ou lits mentionnés au 4° de l'article L. 302-5.

La transmission des informations nécessaires à la tenue du répertoire visé au présent article vaut production, pour les bailleurs sociaux visés à l'article L. 2334-17 du code général des collectivités territoriales, de l'inventaire prévu au même article.

**Loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis**

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, 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.

**Texte du projet de loi**

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 formes d'habitat avec services*

Article 15

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 :

« 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.

« 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.

« Les décisions relatives à la

**Texte adopté par la commission**

*Section 2*

*Les formes d'habitat avec services*

Article 15

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. 41-2. – Le syndicat des copropriétaires de "résidence-services", mis en place dans les conditions prévues à l'article 41-1, ne peut déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical. L'assemblée générale peut déléguer au conseil syndical, à la majorité absolue des voix du syndicat des copropriétaires, les décisions relatives à la gestion courante de services spécifiques.

Lorsqu'il ne reçoit pas de délégation à cet effet, le conseil syndical donne obligatoirement son avis sur le projet de convention en vue de la fourniture de services spécifiques lorsqu'elle est confiée à un tiers. Dans ce cas, il surveille la bonne exécution de la convention dont il présente un bilan chaque année à l'assemblée générale.

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

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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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

« Art. 41-2. – ...

... services *spécifiques* individualisables. Il précise la charge des dépenses d'entretien et de fonctionnement liées à ces parties communes et sa répartition.

**Amendements AS334 et AS335**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>14-1.</p> <p>Toutefois, les dépenses afférentes aux prestations individualisées ne constituent pas des charges de copropriété.</p>	<p>convention est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable.</p>	
<p>Art. 41-4. – Les décisions relatives à la suppression des services visés à l'article 41-1 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.</p>	<p>« 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.</p>	
<p>Art. 41-5. – Si l'équilibre financier d'un ou de services mentionnés à l'article 41-1 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.</p>	<p>« La durée des contrats de prestations conclus par chaque copropriétaire avec les prestataires ne peut excéder celle du prêt dont ces derniers bénéficient.</p>	<p>« La durée ... ... chaque <i>occupant</i> avec ... ... bénéficient.</p>
	<p>« 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.</p>	<p><b>Amendement AS336</b></p>
	<p>« Art. 41-6. – Le syndicat des copropriétaires d'une résidence service ne peut déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical.</p>	
	<p>« 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.</p>	
	<p>« Le prestataire des prestations individualisables et non individualisables ne peut être le syndic, ses</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

préposés, son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus.

« Art. 41-7. – Un conseil des résidents constitué des personnes demeurant à titre principal dans la résidence est mis en place.

« 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.

« 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.

« 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. »

« Art. 41-7. – *Les personnes demeurant à titre principal dans la résidence constituent le conseil des résidents.*

**Amendement AS337**

*« Cette instance consultative a notamment comme objectif la mise en œuvre d'un espace de discussion entre les résidents et les copropriétaires ; elle relaie les demandes et les propositions des résidents.*

**Amendement AS207**

« Lors de ...

... résidents *des trois années précédentes* est remis ...

... résidence. »

**Amendement AS338**

**Code du travail**

Art. L. 7232-1-2. – Sont dispensées de la condition d'activité exclusive fixée par les articles L. 7232-1-1, L. 7233-2 et L. 7233-3 :

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>1° Pour leurs activités d'aide à domicile :</p> <p>a) Les associations intermédiaires ;</p> <p>a bis) Les régies de quartiers. Un décret définit les conditions de leur agrément et de la dérogation à la clause d'activité exclusive dont elles bénéficient ;</p> <p>b) Les communes, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les établissements publics de coopération intercommunale compétents ;</p> <p>c) Les organismes ayant conclu une convention avec un organisme de sécurité sociale au titre de leur action sociale ;</p> <p>d) Les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service autorisé au titre du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les groupements de coopération mentionnés au 3° de l'article L. 312-7 du même code ;</p> <p>2° Pour leurs activités qui concourent directement à coordonner et délivrer les services à la personne, les unions et fédérations d'associations ;</p> <p>3° Pour leurs activités d'aide à domicile rendues aux personnes mentionnées à l'article L. 7231-1 :</p> <p>a) Les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement de santé relevant de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ;</p> <p>b) Les centres de santé relevant de l'article L. 6323-1 du même code ;</p> <p>c) Les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service mentionné aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 2324-1 du même code ;</p> <p>4° Pour les services d'aide à domicile rendus aux personnes mentionnées à l'article L. 7231-1 qui y résident, les résidences-services relevant du chapitre IV bis de la loi n° 65-557 du</p>	<p>II. – Le 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail est abrogé.</p>	<p><b>Alinéa supprimé</b></p> <p><b>Amendements AS36 et AS243</b></p>

**Dispositions en vigueur**

10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis.

**Code de la construction et de l'habitation**

Art. L. 302-1. – IV. – Le programme local de l'habitat indique les moyens à mettre en oeuvre pour satisfaire les besoins en logements et en places d'hébergement, dans le respect du droit au logement et de la mixité sociale et en assurant une répartition équilibrée et diversifiée de l'offre de logements, en précisant :

– les objectifs d'offre nouvelle ;

**Texte du projet de loi**

CHAPITRE III  
**Territoires, habitat et transports**

Article 16

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 :

**Texte adopté par la commission**

*Article 15 bis*

*Le Gouvernement remet au Parlement, dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, un rapport relatif au logement en cohabitation intergénérationnelle afin de sécuriser et de favoriser les pratiques existantes.*

*Le rapport examine l'opportunité d'adapter le régime juridique de la convention d'occupation précaire aux caractéristiques de la cohabitation intergénérationnelle, qu'elle soit soumise ou non au paiement d'une redevance.*

*Il examine la pertinence de dérogations aux règles relatives à la taxe d'habitation et au versement des allocations sociales afin de ne pas pénaliser l'hébergeant ou l'hébergé.*

*Une attention particulière est portée à la distinction entre les services rendus par la personne hébergée dans le cadre de la cohabitation intergénérationnelle et ce qui pourrait être considéré comme du travail dissimulé.*

**Amendement AS39**

CHAPITRE III  
**Territoires, habitat et transports**

Article 16

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

—

– les actions à mener en vue de l'amélioration et de la réhabilitation du parc existant, qu'il soit public ou privé, et les actions à destination des copropriétés en difficulté, notamment les actions de prévention et d'accompagnement. À cette fin, il précise les opérations programmées d'amélioration de l'habitat, le cas échéant, les opérations de requalification des copropriétés dégradées et les actions de lutte contre l'habitat indigne ;

– les actions et opérations de requalification des quartiers anciens dégradés au sens de l'article 25 de la loi n° 2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion ;

– les actions et opérations de rénovation urbaine et de renouvellement urbain, notamment celles mentionnées par la loi n° 2003-710 du 1<sup>er</sup> août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, impliquant la démolition et la reconstruction de logements sociaux, la démolition de logements situés dans des copropriétés dégradées, assorties d'un plan de revalorisation du patrimoine conservé et des mesures envisagées pour améliorer la qualité urbaine des quartiers intéressés et des services offerts aux habitants ainsi que de la prise en compte du relogement des habitants et des objectifs des politiques de peuplement ;

– la typologie des logements à construire au regard d'une évaluation de la situation économique et sociale des habitants et futurs habitants et de son évolution prévisible. Cette typologie doit notamment préciser l'offre de logements locatifs sociaux (prêts locatifs sociaux et prêts locatifs à usage social) et très sociaux (prêts locatifs aidés d'intégration) ainsi que l'offre privée conventionnée ANAH sociale et très social. Cette typologie peut également préciser, dans les secteurs mentionnés à l'article L. 302-16, l'offre de logements intermédiaires définie à cet article. Pour l'application de cette disposition, les logements appartenant à

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

un organisme d'habitation à loyer modéré ou à une société d'économie mixte mentionnée à l'article L. 481-1 dont le loyer prévu au bail est au plus égal aux plafonds fixés au titre IX du livre III, et destinés à des personnes de revenu intermédiaire dont les ressources ne dépassent pas les plafonds fixés au titre IX du livre III, ainsi que les logements financés à l'aide d'un prêt mentionné à ce même titre IX, sont assimilés à des logements intermédiaires au sens de l'article L. 302-16 lorsqu'ils ont été achevés ou ont fait l'objet d'une demande de permis de construire déposée avant le 1er mars 2014 ;

– les réponses apportées aux besoins particuliers des étudiants.

Le programme local de l'habitat comprend un programme d'actions détaillé par commune et, le cas échéant, par secteur géographique. Le programme d'actions détaillé indique pour chaque commune ou secteur :

– le nombre et les types de logements à réaliser ;

– les moyens, notamment fonciers, à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs et principes fixés ;

– l'échéancier prévisionnel de réalisation de logements et du lancement d'opérations d'aménagement de compétence communautaire ;

– les orientations relatives à l'application du b de l'article L. 123-2, des 15° et 16° de l'article L. 123-1 et de l'article L. 127-1 du code de l'urbanisme.

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

« – 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. »



**Dispositions en vigueur**

Un programme local de l'habitat est élaboré dans les communautés de communes compétentes en matière d'habitat de plus de 30 000 habitants comprenant au moins une commune de plus de 10 000 habitants, dans les communautés d'agglomération, dans les métropoles et dans les communautés urbaines.

**Code de l'urbanisme**

Art. L. 122-1-2. – Le rapport de présentation explique les choix retenus pour établir le projet d'aménagement et de développement durables et le document d'orientation et d'objectifs en s'appuyant sur un diagnostic établi au regard des prévisions économiques et démographiques et des besoins répertoriés en matière de développement économique, d'aménagement de l'espace, d'environnement, notamment en matière de biodiversité, d'équilibre social de l'habitat, de transports, d'équipements et de services.

Il identifie, en prenant en compte la qualité des paysages et du patrimoine architectural, les espaces dans lesquels les plans locaux d'urbanisme doivent analyser les capacités de densification et de mutation en application de l'article L. 123-1-2.

Il présente une analyse de la consommation d'espaces naturels, agricoles et forestiers au cours des dix années précédant l'approbation du schéma et justifie les objectifs chiffrés de limitation de cette consommation compris dans le document d'orientation et d'objectifs.

Il décrit l'articulation du schéma avec les documents mentionnés aux I et II de l'article L. 111-1-1 et à l'article L. 122-1-13, avec lesquels il doit être compatible ou qu'il doit prendre en compte.

**Code général des collectivités territoriales**

**Texte du projet de loi**

Article 17

L'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

**Texte adopté par la commission**

*Article 16 bis*

*Au premier alinéa de l'article L. 122-1-2 du code de l'urbanisme, après le mot : « démographiques », sont insérés les mots : « , notamment au regard du vieillissement de la population, ».*

**Amendement AS330**

Article 17

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 2143-3. – Dans les communes de 5 000 habitants et plus, il est créé une commission communale pour l’accessibilité aux personnes handicapées composée notamment des représentants de la commune, d’associations d’usagers et d’associations représentant les personnes handicapées.

Cette commission dresse le constat de l’état d’accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports. Elle établit un rapport annuel présenté en conseil municipal et fait toutes propositions utiles de nature à améliorer la mise en accessibilité de l’existant.

Le rapport présenté au conseil municipal est transmis au représentant de l’Etat dans le département, au président du conseil général, au conseil départemental consultatif des personnes handicapées, ainsi qu’à tous les responsables des bâtiments, installations et lieux de travail concernés par le rapport.

Le maire préside la commission et arrête la liste de ses membres.

Cette commission organise également un système de recensement de l’offre de logements accessibles aux personnes handicapées.

**Texte du projet de loi**

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 » ;

2° Au cinquième alinéa, après les mots : « aux personnes handicapées », sont ajoutés les mots : « et aux personnes âgées. » ;

**Texte adopté par la commission**

## Dispositions en vigueur

La création d'une commission intercommunale pour l'accessibilité aux personnes handicapées est obligatoire pour les établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de transports ou d'aménagement de l'espace, dès lors qu'ils regroupent 5 000 habitants et plus. Elle est alors présidée par le président de cet établissement. Elle exerce ses missions dans la limite des compétences transférées au groupement. Les communes membres de l'établissement peuvent également, au travers d'une convention passée avec ce groupement, confier à la commission inter-communale tout ou partie des missions d'une commission communale, même si elles ne s'inscrivent pas dans le cadre des compétences de l'établissement public de coopération intercommunale. Lorsqu'elles coexistent, les commissions communales et intercommunales veillent à la cohérence des constats qu'elles dressent, chacune dans leur domaine de compétences, concernant l'accessibilité du cadre bâti existant, de la voirie, des espaces publics et des transports.

Les établissements publics de coopération intercommunale de moins de 5 000 habitants peuvent créer une commission intercommunale pour l'accessibilité des personnes handicapées. Présidée par le président de cet établissement, elle exerce ses missions dans la limite des compétences transférées au groupement. Les communes membres de l'établissement peuvent également, au travers d'une convention passée avec ce groupement, confier à la commission intercommunale tout ou partie des missions d'une commission communale, même si elles ne s'inscrivent pas dans le cadre des compétences de l'établissement public de coopération intercommunale.

Les communes peuvent créer librement une commission inter-communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées. Celle-ci exerce, pour l'ensemble des communes volontaires, les missions d'une commission communale, dans la limite des compétences transférées, le cas échéant, par l'une ou plusieurs d'entre elles à un établissement public de coopération intercommunale. Elle est alors présidée par l'un des maires des communes concernées,

## Texte du projet de loi

3° Au sixième alinéa, après les mots : « commission intercommunale pour l'accessibilité aux personnes handicapées », sont insérés les mots : « et aux personnes âgées, ».

## Texte adopté par la commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
ces derniers arrêtant conjointement la liste de ses membres.	Article 18 Le code des transports est ainsi modifié :	Article 18 <i>(Sans modification)</i>
<b>Code des transports</b>		
Art. L. 1214-2. – Le plan de déplacements urbains vise à assurer :		
1° L'équilibre durable entre les besoins en matière de mobilité et de facilités d'accès, d'une part, et la protection de l'environnement et de la santé, d'autre part ;		
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 ;	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 » ;	
..... Art. L. 1231-8. – Dans les périmètres de transports urbains inclus dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 221-2 du code de l'environnement ou recoupant celles-ci, les autorités organisatrices du transport public de personnes élaborent des outils d'aide aux décisions publiques et privées ayant un impact sur les pratiques de mobilité à l'intérieur du périmètre de transports urbains et sur les déplacements à destination ou au départ de ceux-ci.		
Elles établissent un compte relatif aux déplacements dont l'objet est de faire apparaître, pour les différentes pratiques de mobilité dans l'agglomération et dans son aire urbaine, les coûts pour l'usager et ceux qui en résultent pour la collectivité.		
Elles instaurent un service d'information, consacré à l'ensemble des modes de transports et à leur combinaison, à l'intention des usagers, en concertation avec l'Etat, les collectivités territoriales ou leurs groupements et les entreprises publiques ou privées de transports.		
Elles mettent en place un service		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
de conseil en mobilité à l'intention des employeurs et des gestionnaires d'activités générant des flux de déplacements importants.	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	CHAPITRE IV
	<b>Droits, protection et engagements des personnes âgées</b>	<b>Droits, protection et engagements des personnes âgées</b>
	<i>Section 1</i>	<i>Section 1</i>
	<b><i>Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées</i></b>	<b><i>Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées</i></b>
<b>Code de l'action sociale et des familles</b>	Article 19	Article 19
Livres I <sup>er</sup> Dispositions générales Titre I <sup>er</sup> Principes généraux Chapitre III Personnes âgées	Le chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre I <sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :	<i>(Sans modification)</i>
Art. L. 113-1. – Toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement.	1° À l'article L. 113-1, le mot : « placement » est remplacé par le mot : « accueil » ;	
Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail.	2° Après l'article L. 113-1, sont insérés deux articles L. 113-1-1 et L. 113-1-2 ainsi rédigés :	
	« 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.	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p style="text-align: center;">Livre II Différentes formes d'aide et d'action sociales Titre III Personnes âgées Chapitre I<sup>er</sup> Aide à domicile et placement</p>	<p style="text-align: center;">« 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. »</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p style="text-align: center;">Dans l'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre II du même code, le mot : « placement » est remplacé par le mot : « accueil ».</p> <p style="text-align: center;">Article 21</p> <p style="text-align: center;">L'article L. 231-4 du même code est ainsi modifié :</p> <p style="text-align: center;">1° Au premier alinéa, le mot : « placée » est remplacé par le mot : « accueillie » ;</p> <p style="text-align: center;">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 ».</p>	<p style="text-align: center;">Article 20</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p> <p style="text-align: center;">Article 21</p> <p style="text-align: center;">1° ... ... « accueillie » et les mots : « ou, à défaut, » sont remplacés par le mot : « soit » ;</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendements AS247 et AS285</b></p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre III</p> <p>Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services</p> <p style="text-align: center;">Titre I<sup>er</sup></p> <p>Établissements et services soumis à autorisation</p> <p style="text-align: center;">Chapitre I<sup>er</sup></p> <p>Dispositions générales</p> <p style="text-align: center;">Section 2</p> <p>Droits des usagers</p> <p>Art. L. 311-3. – L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :</p> <p>1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;</p> <p>2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;</p> <p>3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 311-4. – Afin de garantir</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 22</p> <p>La section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre III du même code est ainsi modifiée :</p> <p>1° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 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 ; »</p> <p>b) Au 3°, après les mots : « son autonomie », sont insérés les mots : « , notamment sa capacité d'aller et venir, » ;</p> <p>2° L'article L. 311-4 est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 22</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :</p>	<p>a) Le a est complété par les mots : « la charte est affichée dans l'établissement ou le service ; »</p>	<p>b) Après le <i>quatrième</i> alinéa, ... ... rédigé :</p>
<p>a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique ;</p>	<p>b) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p><b>Amendement AS339</b></p>
<p>b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.</p>	<p>« 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. » ;</p>	<p>« Lors de ... ... ou toute personne formellement désignée par lui s'assure, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du présent code, du consentement de la ... ... L. 311-5-1. » ;</p>
<p>Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.</p>	<p>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<sup>er</sup> du code civil <u>et</u> notamment de <u>celles de son</u> article 459-2. » ;</p>	<p><b>Amendements AS8 et AS288</b></p> <p>c) ... ... mots : « . Dans le cas où il existe une mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil, notamment de l'article 459-2. » ;</p> <p><b>Amendement AS368</b></p>



**Dispositions en vigueur**

Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements, de services et de personnes accueillies.

Lorsqu'il est conclu dans les établissements et services d'aide par le travail mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1, le contrat de séjour prévu à l'alinéa précédent est dénommé " contrat de soutien et d'aide par le travail ". Ce contrat doit être conforme à un modèle de contrat établi par décret.

**Texte du projet de loi**

3° Après l'article L. 311-4, il est inséré un article L. 311-4-1 ainsi rédigé :

« 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.

« II. – La personne accueillie, ou, le cas échéant, son représentant légal dans le respect des dispositions du titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil et notamment de celles de son article 459-2, peut exercer par écrit un droit de résiliation dans les quinze jours

**Texte adopté par la commission**

« Art. L. 311-4-1. – I. – ...

... examen du résident, une annexe précisant les mesures particulières prises pour assurer son intégrité physique et sa sécurité. Elles doivent ...

... initiative du résident, du directeur ...

... traitant.

**Amendement AS106 (2<sup>ème</sup> Rect)**

« II. – ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la commission

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.

... effectif. *Dans le cas où il existe une mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil, notamment de l'article 459-2.*

**Amendement AS369**

« 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<sup>er</sup> 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.

« III. – ...  
... établissement *peut intervenir seulement* dans des délais de préavis dont la durée est prévue par le décret mentionné *au second alinéa du II :*

« 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 :

« 1° *En cas d'inexécution ...*

« 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 ;

... fonctionnement ;

« 2° Cessation totale d'activité de l'établissement ;

« 2° *En cas de cessation ...*  
... établissement ;

« 3° Cas où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement considéré. » ;

« 3° *Dans le cas où ...*

... considéré. » ;

**Amendement AS340**

4° À la section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 311-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 311-5-1. – Toute personne majeure peut désigner une personne de

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

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.

« La désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.

« 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.

« 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.

« 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

I. – Au chapitre VI du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du même code, après l'article L. 116-3, il est inséré un article L. 116-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 116-4. – Les personnes physiques ou morales propriétaires, administrateurs ou employés d'un

**Alinéa supprimé**

**Amendement AS109**

*Section 2*

***Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles***

Article 23

« Art. L. 116-4. – ...

Livre I<sup>er</sup>  
Dispositions générales  
Titre I<sup>er</sup>  
Principes généraux  
Chapitre VI  
Action sociale et médico-sociale

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

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.

... et les *organismes* dans le cadre *desquels* ces derniers ...

... cause.

**Amendement AS171**

« 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. »

« Les ...

... qu'aux *salariés* 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, s'agissant des dispositions ...

... accompagnement. »

**Amendement AS341**

Art. L. 331-4. – Les personnes physiques ou morales propriétaires, administrateurs ou employés des établissements, les bénévoles qui interviennent en leur sein et les associations auxquelles ces derniers adhèrent ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes hébergées dans le ou les établissements qu'elles exploitent ou dans lesquels elles sont employées que dans les conditions fixées à l'article 909 du code civil.

II. – Les articles L. 331-4 et L. 443-6 du même code sont abrogés.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>L'article 911 dudit code est, en outre, applicable aux libéralités en cause.</p>		
<p>Art. L. 443-6. – Le couple ou la personne accueillant familial 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, ne peuvent profiter de dispositions entre vifs ou testamentaires en leur faveur par la ou les personnes qu'ils accueillent que dans les conditions fixées à l'article 909 du code civil. L'article 911 dudit code est applicable aux libéralités en cause.</p>		
<p><b>Code civil</b></p>	<p>Article 24</p>	<p>Article 24</p>
<p>Art. 911. – Toute libéralité au profit d'une personne physique, frappée d'une incapacité de recevoir à titre gratuit, est nulle, qu'elle soit déguisée sous la forme d'un contrat onéreux ou faite sous le nom de personnes interposées, physiques ou morales.</p>	<p>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 ».</p>	<p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Sont présumés personnes interposées, jusqu'à preuve contraire, les père et mère, les enfants et descendants, ainsi que l'époux de la personne incapable.</p>		
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p>	<p>Article 25</p>	<p>Article 25</p>
<p>Livre III Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services Titre III Dispositions communes aux établissements soumis à autorisation et à déclaration Chapitre unique</p>	<p>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 :</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

« 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. »

« Art. L. 331-8-1. – ...

... usagers,  
*leur accompagnement 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 ou accompagnées.*

**Amendement AS343**

*« Les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés au 2° de l'article L. 313-1-2 informent le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, dans des conditions fixées par le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du présent article. »*

**Amendement AS342**

*Article 25 bis*

*Le premier alinéa de l'article 2-8 du code de procédure pénale est ainsi modifié :*

*1° À la première phrase, les mots : « ou handicapées », sont remplacés par les mots : « , handicapées ou âgées » ;*

*2° Aux deux premières phrases, les mots : « ou du handicap », sont remplacés par les mots : « , du handicap ou de la vulnérabilité due à l'âge ».*

**Amendement AS172**

**Code de procédure pénale**

Art. 2-8. – Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits ayant, en vertu de ses statuts, vocation à défendre ou à assister les personnes malades ou handicapées peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les discriminations réprimées par les articles 225-2 et 432-7 du code pénal, lorsqu'elles sont commises en raison de l'état de santé ou du handicap de la victime. En outre, lorsque l'action publique a été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, l'association pourra exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les atteintes volontaires à la

**Dispositions en vigueur**

vie, les atteintes à l'intégrité physique ou psychique, les agressions et autres atteintes sexuelles, le délaissement, l'abus de vulnérabilité, le bizutage, l'extorsion, l'escroquerie, les destructions et dégradations et la non-dénonciation de mauvais traitements, prévues par les articles 221-1 à 221-5, 222-1 à 222-18, 222-22 à 222-33-1, 223-3 et 223-4, 223-15-2, 225-16-2, 312-1 à 312-9, 313-1 à 313-3, 322-1 à 322-4 et 434-3 du code pénal lorsqu'ils sont commis en raison de l'état de santé ou du handicap de la victime. Toutefois, l'association ne sera recevable dans son action que si elle justifie avoir reçu l'accord de la victime ou, si celle-ci est un mineur ou un majeur protégé, celui de son représentant légal.

Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits ayant, en vertu de ses statuts, vocation à défendre ou à assister les personnes handicapées peut également exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions à l'article L. 111-7 du code de la construction et de l'habitation, prévues et réprimées par l'article L. 152-4 du même code.

Livre IV

Professions et activités sociales

Titre VIII

Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales

Chapitre I<sup>er</sup>

Dispositions communes aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs

**Texte du projet de loi**

*Section 3*

***Protection juridique des majeurs***

Article 26

Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre IV du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 471-6 est ainsi rédigé :

**Texte adopté par la commission**

*Section 3*

***Protection juridique des majeurs***

Article 26

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 471-6. – Afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs remet 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, une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée.

Art. L. 471-8. – Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés aux articles L. 311-3 à L. 311-9, lorsque le mandataire judiciaire à la protection des majeurs est un service mentionné au 14° du I de l'article L. 312-1 :

**Texte du projet de loi**

« 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 :

« 1° Une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée ;

« 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.

« 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.

« 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. » ;

2° L'article L. 471-8 est ainsi modifié :

**Texte adopté par la commission**

« Art. L. 471-6. – *Afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance, le mandataire ...*

... L. 311-5-1 :

**Amendements AS344, AS10 et AS210**



**Dispositions en vigueur**

1° La notice d'information prévue à l'article L. 471-6 et le règlement de fonctionnement prévu à l'article L. 311-7 sont remis dans les conditions définies au 1° de l'article L. 471-7 ;

2° Le 3° de l'article L. 471-7 est applicable ;

3° Pour satisfaire aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 311-4, il est également remis à la personne, dans les conditions définies au 1° de l'article L. 471-7, un document individuel de protection des majeurs qui 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 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. Copie en est, dans tous les cas, adressée à la personne ;

4° Les personnes protégées sont associées au fonctionnement de l'établissement ou du service par leur participation directe au conseil de la vie sociale prévu à l'article L. 311-6 ou, lorsque leur état ne le leur permet pas, par d'autres formes de participation prévues par le même article.

**Texte du projet de loi**

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 » ;

b) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Le document individuel de protection des majeurs prévu au 2° de l'article L. 471-6. »

**Texte adopté par la commission**

*Article 26 bis*

*Après l'article L. 471-2 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 471-2-1 ainsi rédigé :*

*« Art. L. 471-2-1. – L'activité de délégué mandataire judiciaire à la protection des majeurs est incompatible avec celle de mandataire judiciaire à la protection des majeurs exerçant à titre individuel. »*

**Amendements AS111 (Rect), AS250 et AS294**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre IV Professions et activités sociales Titre VII Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales Chapitre II Personnes physiques mandataires judiciaires à la protection des majeurs Section 1 Activité exercée à titre individuel</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 27</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 27</p>
<p>Art. L. 472-1. – Les personnes physiques qui exercent à titre individuel et habituel les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire font l'objet, préalablement à leur inscription sur la liste prévue à l'article L. 471-2, d'un agrément en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.</p>	<p>La section 1 du chapitre II du titre VII du livre IV du même code est ainsi modifiée :</p>	
<p>L'agrément est délivré par le représentant de l'État dans le département, après vérification que la personne satisfait aux conditions prévues par les articles L. 471-4 et L. 472-2 et avis conforme du procureur de la République.</p>	<p>1° À l'article L. 472-1, les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;</p>	
<p>L'agrément doit s'inscrire dans les objectifs et répondre aux besoins fixés par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale prévu à l'article L. 312-5.</p>		
<p>Tout changement affectant les conditions prévues par les articles L. 471-4 et L. 472-2 ainsi que la nature des mesures que les personnes physiques exercent à titre individuel comme mandataire judiciaire à la protection des majeurs justifie un nouvel agrément dans les conditions prévues aux alinéas précédents.</p>		
	<p>2° Après l'article L. 472-1, il est inséré un article L. 472-1-1 ainsi rédigé :</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la commission

« 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.

« 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.

« 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.

« Le procureur de la République émet un avis sur les candidatures sélectionnées.

« Le représentant de l'État dans le département délivre l'agrément aux candidats ayant reçu un avis conforme du procureur de la République.

« 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. »

« Tout changement dans l'activité, ...

... que le mandataire exerce ...

... précédents. »

Amendements AS212 et AS345

## Dispositions en vigueur

### Code civil

Art. 477. – Toute personne majeure ou mineure émancipée ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle peut charger une ou plusieurs personnes, par un même mandat, de la représenter pour le cas où, pour l'une des causes prévues à l'article 425, elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts.

La personne en curatelle ne peut conclure un mandat de protection future qu'avec l'assistance de son curateur.

Les parents ou le dernier vivant des père et mère, ne faisant pas l'objet d'une mesure de curatelle ou de tutelle, qui exercent l'autorité parentale sur leur enfant mineur ou assument la charge matérielle et affective de leur enfant majeur peuvent, pour le cas où cet enfant ne pourrait plus pourvoir seul à ses intérêts pour l'une des causes prévues à l'article 425, désigner un ou plusieurs mandataires chargés de le représenter. Cette désignation prend effet à compter du jour où le mandant décède ou ne peut plus prendre soin de l'intéressé.

### Code de la santé publique

Art. L. 3211-6. – Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

## Texte du projet de loi

### Article 28

## Texte adopté par la commission

### Article 27 bis

*L'article 477 du code civil est ainsi modifié :*

*1° Le dernier alinéa est ainsi modifié :*

*a) La première phrase est complétée par les mots : « pour une durée maximale de cinq ans » ;*

*b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Un décret fixe les conditions de renouvellement du mandat. » ;*

*2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :*

*« Tout mandat de protection future, ainsi que son renouvellement, est enregistré au fichier central des dispositions de dernières volontés. »*

### **Amendement AS190 (Rect)**

### Article 28

*(Sans modification)*

## Dispositions en vigueur

Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'État dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

### Code civil

Art. 26. – La déclaration de nationalité souscrite en raison du mariage avec un conjoint français est reçue par l'autorité administrative. Les autres déclarations de nationalité sont reçues par le greffier en chef du tribunal d'instance ou par le consul. Les formes suivant lesquelles ces déclarations sont reçues sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Il en est délivré récépissé après remise des pièces nécessaires à la preuve de leur recevabilité.

### Code de sécurité sociale

Art. L. 816-1. – Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère qui répondent à l'une des conditions suivantes :

1° Être titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler ;

2° Être réfugié, apatride, avoir combattu pour la France dans les conditions prévues aux 4°, 5°, 6° ou 7° de l'article L. 314-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou bénéficier de la protection subsidiaire ;

3° Être ressortissant d'un État

## Texte du projet de loi

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 »

## Texte adopté par la commission

### Article 28 bis

*À la première phrase du premier alinéa de l'article 26 du code civil, après le mot : « français », sont insérés les mots : « ou par un étranger ascendant de Français et présent sur le territoire depuis vingt-cinq ans au moins »*

### Amendement AS102

### Article 28 ter

*Le 1° de l'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le respect de cette condition peut être attesté par les périodes d'assurance mentionnées à l'article L. 351-2 ; »*

### Amendement AS271

**Dispositions en vigueur**

membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, dans les conditions mentionnées à l'article L. 262-6 du code de l'action sociale et des familles.

**Code l'action sociale et des familles**

Livre II

Différentes formes d'aide et d'action sociales

Titre III

Personnes âgées

Chapitre II

Allocation personnalisée d'autonomie  
Section 1

Allocation personnalisée d'autonomie et qualité des services aux personnes âgées.

Art. L. 232-3. – Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide élaboré par une équipe médico-sociale.

L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci. Le montant maximum du plan d'aide est fixé par un tarif national en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 et revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, au moins conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et

**Texte du projet de loi**

**TITRE III  
ACCOMPAGNEMENT DE LA  
PERTE D'AUTONOMIE**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Revaloriser et améliorer l'allocation  
personnalisée d'autonomie à domicile**

Article 29

La section 1 du chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :

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 ;

**Texte adopté par la commission**

**TITRE III  
ACCOMPAGNEMENT DE LA  
PERTE D'AUTONOMIE**

CHAPITRE I<sup>ER</sup>

**Revaloriser et améliorer l'allocation  
personnalisée d'autonomie à domicile**

Article 29

**Dispositions en vigueur**

financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir.

**Texte du projet de loi**

2° Après l'article L. 232-3, il est inséré un article L. 232-3-1 ainsi rédigé :

« 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<sup>er</sup> 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. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 232-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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.

« Cette participation est calculée et actualisée au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier conformément aux dispositions de l'article L. 232-3-1. » ;

Art. L. 232-4. – La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2, selon un barème national revalorisé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale.

Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.

De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire.

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 232-6. – L'équipe médico-sociale recommande, dans le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3, les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de l'état de perte d'autonomie du bénéficiaire.

**Texte du projet de loi**

4° L'article L. 232-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« L'équipe médico-sociale :

« 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 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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. » ;

**Texte adopté par la commission**

« 3° ...

... et *informe des différentes* modalités d'intervention les plus ...

... bénéficiaire et des ...

... derniers. *L'information fournie sur les différentes modalités d'intervention est garante du libre choix du bénéficiaire et présente de manière exhaustive l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile dans le territoire concerné ;*

**Amendements AS158, AS253 et sous-amendement AS363**



**Dispositions en vigueur**

Dans les cas de perte d'autonomie les plus importants déterminés par voie réglementaire, lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est, sauf refus exprès du bénéficiaire, affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail.

Quel que soit le degré de perte d'autonomie du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie, le montant de celle-ci est modulé, dans des conditions fixées par voie réglementaire, suivant l'expérience et le niveau de qualification de la tierce personne ou du service d'aide à domicile auquel il fait appel.

Art. L. 232-7. – Dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision d'attribution de la prestation, le bénéficiaire doit déclarer au président du conseil général le ou les salariés ou le service d'aide à domicile à la rémunération desquels est utilisée l'allocation personnalisée d'autonomie. Tout changement ultérieur de salarié ou de service doit être déclaré dans les mêmes conditions.

Si le bénéficiaire choisit de recourir à un salarié ou à un service d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail, l'allocation personnalisée d'autonomie destinée à le rémunérer peut être versée sous forme de chèque emploi-service universel.

**Texte du projet de loi**

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 » ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 232-7 est supprimé ;

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

Le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie peut employer un ou plusieurs membres de sa famille, à l'exception de son conjoint ou de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité. Le lien de parenté éventuel avec son salarié est mentionné dans sa déclaration.

.....

Art. L. 232-12. – L'allocation personnalisée d'autonomie est accordée par décision du président du conseil général et servie par le département sur proposition d'une commission présidée par le président du conseil général ou son représentant.

Un décret précise les modalités de fonctionnement et la composition de cette commission qui réunit notamment des représentants du département et des organismes de sécurité sociale.

En cas d'urgence attestée, d'ordre médical ou social, le président du conseil général attribue l'allocation personnalisée d'autonomie à titre provisoire, et pour un montant forfaitaire fixé par décret, à dater du dépôt de la demande et jusqu'à l'expiration du délai de deux mois prévu au troisième alinéa de l'article L. 232-14.

L'allocation personnalisée d'autonomie est servie aux personnes sans domicile stable dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II.

Art. L. 232-14. – L'instruction de la demande d'allocation personnalisée d'autonomie comporte l'évaluation du degré de perte d'autonomie du demandeur et, s'il y a lieu, l'élaboration d'un plan d'aide par l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-3.

**Texte du projet de loi**

6° L'article L. 232-12 est ainsi modifié :

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 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

7° À l'article L. 232-14, les premier et dernier alinéas sont supprimés ;

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

Lorsqu'il n'y a pas lieu d'élaborer un plan d'aide, un compte rendu de visite comportant des conseils est établi.

À domicile, les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie sont ouverts à compter de la date de la notification de la décision du président du conseil général mentionnée au premier alinéa de l'article L. 232-12.

Dans les établissements visés respectivement au I et au II de l'article L. 313-12 en tant qu'ils ne dérogent pas aux règles mentionnées au 1° de l'article L. 314-2, les droits à l'allocation personnalisée d'autonomie sont ouverts à compter de la date du dépôt d'un dossier de demande complet.

Le président du conseil général dispose d'un délai de deux mois à compter de la date du dépôt du dossier de demande complet pour notifier au bénéficiaire sa décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Au terme de ce délai, à défaut d'une notification, l'allocation personnalisée d'autonomie est réputée accordée pour un montant forfaitaire fixé par décret, à compter de la date d'ouverture des droits mentionnés aux deux alinéas précédents, jusqu'à ce que la décision expresse le concernant soit notifiée à l'intéressé.

L'allocation personnalisée d'auto-nomie fait l'objet d'une révision périodique. Elle peut être révisée à tout moment en cas de modification de la situation du bénéficiaire.

L'allocation personnalisée d'auto-nomie est versée mensuellement à son bénéficiaire. Toutefois, une partie de son montant peut, compte tenu de la nature des dépenses, être versée selon une périodicité différente dans des conditions fixées par décret.

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

8° L'article L. 232-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 232-15. – L'allocation personnalisée d'autonomie peut, après accord du bénéficiaire, être versée directement aux services d'aide à domicile, notamment ceux mentionnés à l'article L. 129-1 du code du travail, utilisés par le bénéficiaire de l'allocation.

« L'allocation personnalisée d'autonomie est versée à son bénéficiaire sous réserve des dispositions prévues aux cinquième et sixième alinéas.

« Le versement de la partie de l'allocation servant à payer des aides régulières est mensuel.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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. » ;

« La partie ...

... universel mentionné à l'article L. 1271-1 du même code, sous réserve des dispositions de l'article L. 1271-2 dudit code.

**Amendement AS346**

« Le ...

... bénéficiaire. *Le bénéficiaire* demeure ...

... directement.

**Amendement AS254**

Les prestations assurées par les

**Dispositions en vigueur**

services récipiendaires de l'allocation personnalisée d'autonomie font l'objet d'un contrôle de qualité.

Le bénéficiaire de cette allocation peut modifier à tout moment les conditions dans lesquelles il est procédé à ce versement direct.

Art. L. 232-18. – Le demandeur, le bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie ou, le cas échéant, son représentant, le maire de la commune de résidence ou le représentant de l'État dans le département peut saisir la commission mentionnée à l'article L. 232-12 pour qu'elle formule des propositions en vue du règlement des litiges relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Pour l'exercice de cette attribution, la commission s'adjoit des représentants des usagers ainsi que des personnalités qualifiées, dont des représentants des organisations de retraités et personnes âgées désignés par les comités départementaux des retraités et personnes âgées.

**Code général des collectivités territoriales**

Art. L. 1611-6. – Dans le cadre des actions sociales qui concernent notamment l'alimentation, l'hygiène, l'habillement et les transports, des actions éducatives, culturelles, sportives ou de loisirs qu'elles mènent, les collectivités territoriales, les établissements publics de coopération intercommunale, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les caisses des écoles peuvent remettre aux personnes qui rencontrent des difficultés sociales des titres dénommés « chèque d'accompagnement personnalisé » pour acquérir des biens et services dans les catégories définies par la collectivité ou l'établissement public.

Les personnes à qui des chèques d'accompagnement personnalisé sont remis peuvent acquérir, à hauteur du montant figurant sur sa valeur faciale, auprès d'un réseau de prestataires les biens, produits ou services prévus sur le chèque, à l'exclusion de tout remboursement en numéraire, total ou partiel.

**Texte du projet de loi**

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

9° L'article L. 232-18 est abrogé.

**Texte adopté par la commission**

*Article 29 bis*

*L'article L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales est complété par trois alinéas ainsi rédigés :*

## Dispositions en vigueur

Les valeurs faciales sont modulées de façon à permettre aux distributeurs de pouvoir tenir compte des différentes situations des bénéficiaires, tant économiques que sociales.

Les titres de paiement spéciaux dénommés « chèques d'accompagnement personnalisé » sont cédés aux distributeurs par les émetteurs contre paiement de leur valeur libératoire et, le cas échéant, d'une commission. Tout émetteur de ces titres de paiement spéciaux doit ouvrir un compte auprès d'un établissement de crédit ou d'un organisme ou service visé à l'article L. 518-1 du code monétaire et financier, intitulé « compte de chèques d'accompagnement personnalisé », et en faire la déclaration préalable auprès d'une commission spécialisée.

Ces titres ont une durée de validité limitée à l'année civile et la période d'utilisation dont ils font mention.

Les chèques d'accompagnement personnalisé qui n'ont pas été présentés au remboursement à l'émetteur par les prestataires avant la fin du deuxième mois suivant l'expiration de leur période de validité sont définitivement périmés.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. Il détermine notamment :

- les caractéristiques de sécurisation et les mentions obligatoires figurant sur le chèque d'accompagnement personnalisé ;

- les conditions d'utilisation et de remboursement des chèques d'accompagnement personnalisé ;

- les modalités de prise en compte de ces titres de paiement spéciaux dans la comptabilité des services et organismes publics ;

- les modalités d'organisation et de contrôle du système entre les différents partenaires.

## Texte du projet de loi

## Texte adopté par la commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p><b>Livre des procédures fiscales</b></p> <p>Titre II Le contrôle de l'impôt Chapitre III Le secret professionnel en matière fiscale Section 2 Dérogations à la règle du secret professionnel VI Dérogations au profit des autorités et des organismes chargés de l'application de la législation sociale</p>	<p>Article 30</p> <p>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 :</p> <p>« 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. »</p>	<p>leurs établissements publics, mentionnés au premier alinéa peuvent confier à un mandataire public ou privé, dans des conditions définies par une convention, le paiement, en leur nom et pour leur compte, des chèques d'accompagnement personnalisés aux bénéficiaires qu'ils ont préalablement déterminés.</p> <p>« La convention prévoit, sous peine de nullité, le contenu des obligations principales du mandant et du mandataire, ainsi que les modalités générales d'exécution.</p> <p>« La convention de mandat est conclue à titre onéreux au terme d'une consultation qui respecte le code des marchés publics. »</p>
<p><b>Code de l'action sociale et des familles</b></p> <p>Livre III Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services Titre I<sup>er</sup></p>	<p>CHAPITRE II <b>Refonder l'aide à domicile</b></p> <p>Article 31</p>	<p>CHAPITRE II <b>Refonder l'aide à domicile</b></p> <p>Article 31</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
Établissements et services soumis à autorisation Chapitre III <sup>f</sup> Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux Section 3 Contrats ou conventions pluriannuels	À la section 3 du chapitre III du titre I <sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-11-1 ainsi rédigé :  « 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 :  « 1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;  « 2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;  « 3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;  « 4° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;  « 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 ;  « 6° Les objectifs de qualification professionnelle au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;	« 6° Les objectifs de qualification <i>et de promotion professionnelles</i> au regard ... ... services ;  <b>Amendement AS349</b>  « 6° bis <i>Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;</i>  <b>Amendement AS354</b>
	« 7° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes	



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

à caractère social, médico-social ou sanitaire ;

« 8° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;

« 9° Les critères d'évaluation des actions conduites. »

Article 32

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.

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.

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

Article 32

*(Sans modification)*

Article 33

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

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.

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**

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.

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

Pendant...

... accordée, *sauf décision motivée de refus du président du conseil général*, si le ...

... L. 313-1-2.

**Amendement AS356**

*Lorsque le service ne demande pas en même temps à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ...*

... à lui.

**Amendement AS357**

**Article 34**

Des ...

... L. 312-1 *du* code de l'action sociale et des familles à compter de la *promulgation* de la présente ...

... ans.

**Amendement AS353**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du code précité.

Ce contrat prévoit notamment :

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 ;

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 ;

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 ;

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.

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

CHAPITRE II

**Soutenir et valoriser les proches aidants**

Article 35

Au chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> 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° ...

...global résultant des expérimentations prévues à l'article 32, déterminés par le président du conseil général ;

**Amendement AS348**

**Code de l'action sociale et des familles**

Livre I<sup>er</sup>  
Dispositions générales  
Titre I<sup>er</sup>  
Principes généraux  
Chapitre III  
Personnes âgées

Article 35

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Livre II Différentes formes d'aide et d'action sociales Titre III Personnes âgées Chapitre II Allocation personnalisée d'autonomie Section 1 Allocation personnalisée d'autonomie et qualité des services aux personnes âgées.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« 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. »</p> <p style="text-align: center;">Article 36</p> <p>À la section 1 du chapitre II du titre III du livre II du même code, sont insérés deux articles ainsi rédigés :</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« Art. L. 113-1-3. – ...</p> <p style="text-align: right;">... aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »</p> <p style="text-align: center;"><b>Amendement AS350</b></p> <p style="text-align: center;">Article 36</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Article 37

Article 37

*(Sans modification)*

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 :

1° Recourir à leurs salariés volontaires ;

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.

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.

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.

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 quotidiennes et hebdomadaires de travail, aux durées maximales quotidiennes et hebdomadaires 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.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

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.

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.

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.

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.

Les salariés bénéficient au cours de chaque période de vingt-quatre heures d'une période minimale de repos de onze heures consécutives.

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.

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

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<sup>er</sup> juillet 2018.

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.

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 à la valorisation des proches**

**Article 38**

Le chapitre IX du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Le II de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le a est remplacé par un 1<sup>o</sup> et est ainsi rédigé :

« 1<sup>o</sup> En ressources :

« a) 20 % du produit des contributions visées aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4<sup>o</sup> du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3<sup>o</sup> du même article ;

**Code de l'action sociale et des familles**

Livre I<sup>er</sup>  
Dispositions générales

Titre IV  
Institutions  
Chapitre X

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Art. L. 14-10-5. – II. – Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 20 % du produit des contributions visées aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4<sup>o</sup> du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3<sup>o</sup> du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

**CHAPITRE IV**

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

**Article 38**

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.

II. – Une section consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1. Elle retrace :

a) En ressources, 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 ;

b) En charges, un concours versé aux départements dans la limite des ressources mentionnées au a, destiné à couvrir une partie du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le montant de ce concours est réparti selon les modalités prévues à l'article L. 14-10-6.

article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

« 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. » ;

b) Le b est remplacé par un 2° ;

c) Au 2°, le a est remplacé par un 1° ;



**Dispositions en vigueur**

Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée.

Art. L. 14-10-6. – Le montant du concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est réparti annuellement entre les départements en fonction des critères suivants :

a) Le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans ;

b) Le montant des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie ;

c) Le potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales ;

d) Le nombre de foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du présent code, à l'exception de ceux ouvrant droit à la majoration prévue à l'article L. 262-9.

**Texte du projet de loi**

2° L'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est divisé en deux parts :

« 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 : » ;

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

En aucun cas, le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie de chaque département après déduction du montant ainsi réparti et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse.

L'attribution résultant de l'opération définie au premier alinéa du présent II pour les départements autres que ceux ayant bénéficié d'un complément de dotation au titre de l'alinéa précédent est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application dudit alinéa entre ces seuls départements.

Les opérations décrites aux deux alinéas précédents sont renouvelées jusqu'à ce que les dépenses laissées à la charge de chaque département n'excèdent pas le seuil défini au sixième alinéa.

Le concours de la caisse aux départements fait l'objet d'acomptes correspondant au minimum à 90 % des produits disponibles de la section visée au II de l'article L. 14-10-5, après prise en compte des charges mentionnées au VI du même article.

**Texte du projet de loi**

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° » ;

c) Le septième alinéa devenu le huitième est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. » ;

d) Au huitième alinéa devenu le neuvième, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième » ;

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 » ;

f) Après le neuvième alinéa devenu le dixième, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« 2° Le montant de la seconde part est réparti au 1<sup>er</sup> 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

**Texte adopté par la commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>Livre IV Professions et activités sociales Titre IV Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées</p>	<p>répartition est opérée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.</p> <p>« 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. »</p> <p>CHAPITRE V <b>Soutenir l'accueil familial</b></p> <p>Article 39</p> <p>I. – Le titre IV du livre IV du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 441-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« 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</p>	<p>CHAPITRE V <b>Soutenir l'accueil familial</b></p> <p>Article 39</p>
<p>Art. L. 441-1. – Pour accueillir habituellement à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus et, s'agissant des personnes handicapées adultes, ne relevant pas des dispositions de l'article L. 344-1, une personne ou un couple doit, au préalable, faire l'objet d'un agrément, renouvelable, par le président du conseil général de son département de résidence qui en instruit la demande.</p>		
<p>La personne ou le couple agréé est dénommé accueillant familial.</p>		
<p>La décision d'agrément fixe, dans la limite de trois, le nombre de personnes pouvant être accueillies.</p>		

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

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 organisée par le président du conseil général et si un suivi social et médico-social de celles-ci peut être assuré. Tout refus d'agrément est motivé.

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.

« 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. » ;

b) Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« 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. » ;

En cas de changement de résidence, l'agrément demeure valable sous réserve d'une déclaration préalable auprès du président du conseil général du nouveau lieu de résidence qui s'assure que les conditions mentionnées

c) À l'avant-dernier alinéa, le

**Dispositions en vigueur**

au quatrième alinéa sont remplies.

L'agrément vaut, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale au titre des articles L. 113-1 et L. 241-1.

Art. L. 441-2. – Le président du conseil général organise le contrôle des accueillants familiaux, de leurs remplaçants et le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

Si les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 441-1 cessent d'être remplies, il enjoint l'accueillant familial d'y remédier dans un délai fixé par le décret mentionné au même article. S'il n'a pas été satisfait à cette injonction, l'agrément est retiré après avis de la commission consultative. L'agrément peut également être retiré selon les mêmes modalités et au terme du même délai, en cas de non-conclusion du contrat mentionné à l'article L. 442-1, ou si celui-ci méconnaît les prescriptions mentionnées au même article, en cas de non souscription d'un contrat d'assurance par l'accueillant, ou si le montant de l'indemnité représentative mentionnée au 4° de l'article L. 442-1 est manifestement abusif. En cas d'urgence, l'agrément peut être retiré sans injonction préalable ni consultation de la commission précédemment mentionnée.

Art. L. 441-3. – Les personnes handicapées relevant de l'article L. 344-1 peuvent faire l'objet d'un placement familial, à titre permanent ou temporaire, organisé sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un service mentionné audit article ou d'une association agréée à cet effet conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Art. L. 442-1. – Toute personne accueillie au domicile d'un accueillant familial ou, s'il y a lieu, son

**Texte du projet de loi**

mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 441-2, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

3° L'article L. 442-1 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

**Texte adopté par la commission**

*2° bis À l'article L. 441-3, après le mot : « permanent », il est inséré le mot : « , séquentiel » ;*

**Amendement AS113**

## Dispositions en vigueur

représentant légal passe avec ledit accueillant un contrat écrit.

Ce contrat est conforme aux stipulations d'un contrat type établi par voie réglementaire après avis des représentants des présidents de conseil général. Ce contrat type précise la durée de la période d'essai et, passé cette période, les conditions dans lesquelles les parties peuvent modifier ou dénoncer ledit contrat, le délai de prévenance qui ne peut être inférieur à deux mois ainsi que les indemnités éventuellement dues.

Ce contrat précise la nature ainsi que les conditions matérielles et financières de l'accueil. Il prévoit notamment :

1° Une rémunération journalière des services rendus ainsi qu'une indemnité de congé calculée conformément aux dispositions de l'article L. 223-11 du code du travail ;

2° Le cas échéant, une indemnité en cas de sujétions particulières ;

3° Une indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie ;

4° Une indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie.

La rémunération ainsi que les indemnités visées aux 1° et 2° obéissent au même régime fiscal et de cotisations sociales obligatoires que celui des salaires. Cette rémunération, qui ne peut être inférieure à un minimum fixé par décret et évolue comme le salaire minimum de croissance prévu à l'article L. 141-2 du code du travail, donne lieu au versement d'un minimum de cotisations permettant la validation des périodes considérées pour la détermination du droit à pension conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale. Les indemnités mentionnées respectivement aux 2° et 3° sont comprises entre un minimum et un

## Texte du projet de loi

« Ce contrat prévoit un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie. » ;

## Texte adopté par la commission

**Dispositions en vigueur**

maximum fixés par décret. Les montants minimaux sont revalorisés conformément à l'évolution des prix à la consommation, hors les prix du tabac, qui est prévue, pour l'année civile considérée, dans le rapport économique et financier annexé à la loi de finances.

Ce contrat prévoit également les droits et obligations des parties ainsi que les droits en matière de congés annuels des accueillants familiaux et les modalités de remplacement de ceux-ci.

**Texte du projet de loi**

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération et les indemnités prévues aux 1<sup>o</sup> à 4<sup>o</sup> 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. » ;

c) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« 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. » ;

4<sup>o</sup> À la fin du chapitre III, il est rétabli un article L. 443-11 ainsi rédigé :

« 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.

« L'initiation aux gestes de secourisme prévue à l'article L. 441-1 est préalable au premier accueil.

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

**Code du travail**

Première partie  
Les relations individuelles de travail  
Livres I et II  
Le contrat de travail  
Titre VII  
Chèques et titres simplifiés de travail  
Chapitre I<sup>er</sup>  
Chèque emploi-service universel

Art. L. 1271-1. – Le chèque emploi-service universel est un titre-emploi ou un titre spécial de paiement permettant à un particulier :

Art. L. 1271-2. – Lorsqu'il est utilisé en vue de déclarer un salarié, le chèque emploi-service universel ne peut être utilisé qu'avec l'accord de ce dernier, après l'avoir informé sur le fonctionnement de ce dispositif.

**Code de la sécurité sociale**

Art. L. 133-8. – Le chèque emploi-service universel prévu à l'article L. 1271-1 du code du travail comprend une déclaration en vue du paiement des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle adressée à un

« 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. »

II. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 1271-1 est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Soit de déclarer par voie dématérialisée et, lorsqu'il comporte une formule de chèque régie par le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> 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. » ;

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 ».

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 :



Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>organisme de recouvrement du régime général de sécurité sociale désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Lorsque l'employeur bénéficie de l'allocation prévue au I de l'article L. 531-5, et par dérogation aux dispositions du présent alinéa, l'emploi doit être déclaré selon les modalités prévues à l'article L. 531-8.</p>	<p>« 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. »</p>	
<p>La déclaration prévue au premier alinéa peut être faite par voie électronique dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.</p>		
<p>A réception de la déclaration, l'organisme de recouvrement transmet au salarié un document valant bulletin de paie, au sens de l'article L. 3243-2 du code du travail.</p>		
<b>Code du travail</b>		
<p>Art. L. 1271-3. – Les règles relatives à la déclaration du chèque emploi-service universel et aux modalités de transmission aux salariés du document valant bulletin de paie au sens de l'article L. 3243-2 sont fixées par l'article L. 133-8 du code de la sécurité sociale ci-après reproduit :</p>		
<p>« Art. L. 133-8. – <b>Cf supra.</b></p>		
<b>Code de l'action sociale et des familles</b>	<p>CHAPITRE VI <b>Clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes</b></p>	<p>CHAPITRE VI <b>Clarifier les règles relatives au tarif d'hébergement en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes</b></p>
	<p>Article 40</p>	<p>Article 40</p>
<p>Livre III Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services Titre IV Dispositions spécifiques à certaines catégories d'établissements</p>	<p>Le chapitre II du titre IV du livre III du même code est ainsi modifié :</p>	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 342-2. – Le contrat est à durée indéterminée ; il précise les conditions et les modalités de sa résiliation. Il comporte en annexe un document contractuel décrivant l'ensemble des prestations qui sont offertes par l'établissement et indiquant le prix de chacune d'elles, fixé conformément au premier alinéa de l'article L. 342-3. Le document est complété en cas de création d'une nouvelle prestation.

Ce document détermine aussi les conditions de facturation de chaque prestation en cas d'absence ou d'hospitalisation du souscripteur.

Le contrat précise les prestations dont le souscripteur a déclaré vouloir bénéficier. Un avenant au contrat est établi lorsque, pendant la durée du contrat, le résident demande le bénéfice d'une prestation supplémentaire ou renonce à une prestation. Lorsqu'un préposé de l'établissement est désigné gérant de la tutelle en vertu de l'article 499 du code civil, les dispositions du deuxième alinéa de l'article 500 dudit code sont applicables pour la conclusion de l'avenant.

Art. L. 342-3. – Le prix de chaque prestation, à l'exception de celles prévues aux 1° et 2° de l'article

1° L'article L. 342-2 est ainsi modifié :

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. » ;

b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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". » ;

c) Au troisième alinéa devenu le quatrième, les mots : « les prestations » sont remplacés par les mots : « les autres prestations » ;

2° Les deux premiers alinéas de l'article L. 342-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le socle de prestations prévu au troisième alinéa de l'article L. 342-2 fait l'objet d'un prix global, qui est dit

« Le ...

**Dispositions en vigueur**

L. 314-2, est librement fixé lors de la signature du contrat. Lorsqu'une prestation est créée postérieurement à la signature du contrat, son prix est librement fixé au moment de sa création. Les prix varient ensuite 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.

Le conseil d'établissement est consulté sur les prix proposés, et notamment lors de la création d'une nouvelle prestation.

.....

Art. L. 342-4. – Le représentant de l'État dans le département peut fixer un pourcentage supérieur en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant d'amélioration de prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation.

L'établissement qui demande le bénéfice de ces dispositions doit adresser au représentant de l'État dans le département, conjointement à sa demande, l'avis rendu par le conseil d'établissement.

**Texte du projet de loi**

« tarif socle ». Toute clause prévoyant un prix distinct pour une prestation relevant du socle est réputée non écrite.

« 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<sup>er</sup> 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.

« 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.

« Pour les établissements relevant du 3<sup>o</sup> 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. » ;

3<sup>o</sup> 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 ».

**Texte adopté par la commission**

... relevant du socle *de prestations* est réputée non écrite.

**Amendement AS264**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 312-9. – Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 se dotent de systèmes d'information conçus de manière à assurer le respect de la protection des données à caractère nominatif.

Lorsqu'ils relèvent de son domaine de compétence, les établissements et services mentionnés à l'alinéa précédent transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires à l'étude mentionnée au 11° du I de l'article L. 14-10-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Art. L. 315-16. – Les comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont des comptables publics de l'État ayant qualité de comptables principaux.

.....

Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leur recours, s'il y a lieu, contre les résidents, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code

Article 41

L'article L. 312-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 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 socles 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<sup>er</sup> du livre III du code de l'action sociale et des familles. À cet article, le mot : « publics » est supprimé.

Article 41

*(Sans modification)*

Article 42

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

civil. Ces recours relèvent de la compétence du juge aux affaires familiales.

Art. L. 351-1. – Les recours dirigés contre les décisions prises par le représentant de l'État dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général, séparément ou conjointement, ainsi que par le président du conseil régional et, le cas échéant, par les ministres compétents, déterminant les dotations globales, les dotations annuelles, les forfaits annuels, les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, les remboursements forfaitaires, subventions obligatoires aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 4383-5 du code de la santé publique les prix de journée et autres tarifs des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux de statut public ou privé et d'organismes concourant aux soins, sont portés, en premier ressort, devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

**Code de l'action sociale et des familles**

Art. L. 312-7. – Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent :

1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de

**Texte du projet de loi**

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

L'article L. 312-7 du même code est ainsi modifié :

**Texte adopté par la commission**

Article 43

*(Sans modification)*

CHAPITRE VII

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

Article 44

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État ;

3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

a) Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

b) Etre autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

c) Etre chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;

d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique ;

e) Etre chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage interne mentionnées à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique.

Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social.

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

1° Le dixième alinéa est supprimé ;

**Dispositions en vigueur**

Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

Les dispositions du chapitre III du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique sont applicables, sous réserve des dispositions du présent code, aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Lorsqu'ils exercent les missions mentionnées au b, leurs recettes sont recouvrées conformément à l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales.

Les actions du groupement réalisées au profit d'un seul de ses membres sont financées par celui-ci sur le budget correspondant.

4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

Les établissements de santé publics et privés et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent

**Texte du projet de loi**

2° Le douzième alinéa, devenu onzième alinéa, est ainsi modifié :

a) La première phrase est remplacée par la phrase suivante :

« 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. » ;

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 ».

**Texte adopté par la commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>article.</p> <p>Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération.</p> <p>Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale.</p> <p>La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel.</p> <p>Les mesures d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>Article 45</p> <p>Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 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</p>	<p>Article 45</p> <p><i>(Sans modification)</i></p>
<p>Livre III Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services Titre I<sup>er</sup> Établissements et services soumis à autorisation Chapitre III<sup>f</sup> Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux</p> <p>Art. L. 313-1-1. – 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 ainsi que les projets de lieux de vie et d'accueil sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3.</p>		



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Lorsque les projets font appel partiellement ou intégralement à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission 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. Une partie des appels à projets doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé. Les financements publics mentionnés au présent alinéa s'entendent de ceux qu'apportent directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, les personnes morales de droit public ou les organismes de sécurité sociale en vue de supporter en tout ou partie des dépenses de fonctionnement.

Si des établissements ou services créés sans recours à des financements publics présentent des projets de transformation ou d'extension faisant appel à de tels financements, la procédure prévue à l'alinéa précédent s'applique.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception du seuil mentionné au deuxième alinéa, qui l'est par décret.

Le décret en Conseil d'État susvisé définit notamment les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable et la qualité de l'accueil et de

L. 312-1, sont autorisés par les autorités compétentes en vertu de l'article L. 313-3. » ;

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

« 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. » ;

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

« 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. » ;

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
l'accompagnement.	d) Les II et III sont remplacés par les dispositions suivantes :	
II. – Les opérations de regroupement d'établissements et services préexistants sont exonérées de la procédure visée au I, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures aux seuils prévus au I et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services concernés au sens du III.	« II. – Sont exonérées de la procédure d'appel à projet visée au I :	
	« 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 ;	
Un décret définit les modalités de réception et d'examen desdits projets par les autorités chargées de la délivrance de ces autorisations.	« 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 ;	
	« 3° Les projets de créations et d'extensions des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III de l'article L. 312-1 ;	
	« 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.	
III. – Les transformations sans modification de la catégorie de prise en charge au sens du I de l'article L. 312-1 sont exonérées de la procédure d'appel à projet.	« 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 :	
	« 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 :	
	« a) Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;	

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 313-2. – 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 présentées par la personne physique ou la personne morale de droit public ou de droit privé qui en assure ou est susceptible d'en assurer la gestion.

L'absence de réponse dans le délai de six mois suivant la date de dépôt de la demande vaut rejet de celle-ci.

Lorsque, dans un délai de deux mois, le demandeur le sollicite, les motifs justifiant ce rejet lui sont notifiés dans un délai d'un mois. Dans ce cas, le délai du recours contentieux contre la décision de rejet est prorogé jusqu'à l'expiration d'un délai de deux mois suivant le jour où les motifs lui auront été notifiés.

À défaut de notification des motifs justifiant le rejet de la demande, l'autorisation est réputée acquise.

Art. L. 313-3. – L'autorisation est délivrée :

« b) Les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.

« 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.

« La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets de transformation. » ;

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 » ;

3° Le deuxième alinéa de l'article L. 313-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I et au III de l'article L. 312-1 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 ;

« 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 ; »

b) Par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services mentionnés aux 2°, b du 5°, 6°, 7°, 9°, 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 les organismes d'assurance maladie, ainsi que pour les établissements et services mentionnés au a du 5° du I du même article ;

4° Les quatrième, cinquième, sixième et septième alinéas de l'article L. 313-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

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 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 ;

« 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 ;

d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du b du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

« 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 ;

e) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements

« e) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements,

**Dispositions en vigueur**

et services dont l'autorisation relève simultanément du a et du c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I et du III de l'article L. 312-1 ;

f) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements et services dont l'autorisation relève simultanément du b et du c du présent article.

Art. L. 313-6. – L'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 ou son renouvellement sont valables sous réserve du résultat d'une visite de conformité aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 312-1 dont les modalités sont fixées par décret et, s'agissant des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, de la conclusion de la convention tripartite mentionnée à l'article L. 313-12.

Ils valent, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et, lorsque l'autorisation est accordée par le représentant de l'État ou le directeur général de l'agence régionale de santé, seul ou conjointement avec le président du conseil général, autorisation de dispenser des prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale.

**Texte du projet de loi**

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 ;

« 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. » ;

5° L'article L. 313-6 est ainsi modifié :

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 » ;

b) Après le premier alinéa de l'article L. 313-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « Ils valent » sont remplacés par les mots : « l'autorisation ou son renouvellement valent » ;

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 315-2. – Les établissements et les services sociaux et médico-sociaux publics sont créés par arrêté du ou des ministres compétents, par délibération de la ou des collectivités territoriales compétentes ou d'un groupement ou par délibération du conseil d'administration d'un établissement public.

Lorsque les prestations qu'ils fournissent sont éligibles à une prise en charge par l'aide sociale de l'État ou par les organismes de sécurité sociale, l'avis du représentant de l'État ou du directeur général de l'agence régionale de santé est recueilli préalablement à la délibération mentionnée au premier alinéa.

Lorsque les prestations qu'ils fournissent sont éligibles à une prise en charge par l'aide sociale départementale, l'avis du président du conseil général est recueilli préalablement à la délibération mentionnée au premier alinéa.

La procédure d'appel à projet prévue à l'article L. 313-1-1 n'est pas applicable aux établissements et services de l'État mentionnés au 4° du I de l'article L. 312-1.

Art. L. 531-6. – Des décrets en Conseil d'État fixent en tant que de besoin les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives applicables à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon et notamment celles relatives à la commission de sélection d'appel à projet ou à la conférence territoriale de la santé et de l'autonomie mentionnée à

6° Après le quatrième alinéa de l'article L. 315-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

7° À l'article L. 531-6, les mots : « de sélection » sont remplacés par les mots : « d'information et de sélection » ;

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

l' article L. 1441-4 du code de la santé publique.

Art. L. 581-7. – Sauf dispositions contraires, un décret en Conseil d'État détermine en tant que de besoin les conditions particulières d'application à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin des dispositions relatives :

1° À la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social mentionnée à l'article L. 313-1-1 ;

2° À la commission départementale d'aide sociale mentionnée à l'article L. 134-1 ;

3° À la maison territoriale du handicap mentionnée à l'article L. 581-6.

8° Au deuxième alinéa de l'article L. 581-7, les mots : « de sélection » sont remplacés par les mots : « d'information et de sélection ».

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<b>Code de l'action sociale et des familles</b>	<b>TITRE IV GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE</b>	<b>TITRE IV GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE</b>
	CHAPITRE I <sup>ER</sup>	CHAPITRE I <sup>ER</sup>
	GOUVERNANCE NATIONALE	GOUVERNANCE NATIONALE
	<i>Section 1</i>	<i>Section 1</i>
	<b><i>Le Haut Conseil de l'âge</i></b>	<b><i>Le Haut Conseil de l'âge</i></b>
	Article 46	Article 46
Livres I <sup>er</sup> Dispositions générales Titre IV Institutions	Le chapitre IX du titre IV du livre I <sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :	Le ... ... est ainsi modifié :
		<i>1° Au début de l'intitulé, sont ajoutés les mots : « Haut Conseil de l'âge et » ;</i>
		<i>2° Est insérée une section 2 intitulée : « Comités départementaux des retraités et des personnes âgées » et comprenant l'article L. 149-1, qui devient l'article L. 149-3 ;</i>
		<i>3° Au début, est ajoutée une section 1 ainsi rédigée :</i>
Chapitre IX Institutions	« Chapitre IX « Haut Conseil de l'âge	« Section 1 « Haut Conseil de l'âge
		<b>Amendement AS331</b>
Art. L. 149-1. – Le comité départemental des retraités et personnes âgées est une instance consultative placée auprès du président du conseil général.	« 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.	
La composition et les modalités de fonctionnement des comités départementaux des retraités et personnes âgées qui réunissent notamment des représentants des associations et organisations représentatives, sur le plan local, des retraités et personnes âgées, sont fixées par délibération du conseil général. Les membres du comité sont nommés par arrêté du président du conseil général.	« Dans le cadre de ses missions,	



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

le Haut Conseil de l'âge :

« 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 ;

« 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 ;

« 3° Formule toute proposition de nature à garantir le respect des droits et la bientraitance des personnes âgées, ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;

« 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 ;

« 5° Donne un avis sur tout projet de mesure législative ayant une incidence sur la politique globale de l'autonomie des personnes âgées.

« 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.

« Il peut se saisir de toute question relative aux politiques de l'autonomie des personnes âgées.

« 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

« Art. L. 149-2. 6 Le...

... associations, syndicats et ...

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<b>Code de l'action sociale et des familles</b>	vieillesse, 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.	... médicaux-sociaux.
Livres I <sup>er</sup> Dispositions générales Titre IV Institutions Chapitre X Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	« La composition du Haut Conseil de l'âge, les modalités de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret. »	<b>Amendement AS227</b>
	<i>Section 2</i> <b>Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie</b>	<i>Section 2</i> <b>Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie</b>
	Article 47	Article 47
	Le chapitre X du titre IV du livre I <sup>er</sup> du même code est ainsi modifié :	<i>(Sans modification)</i>
	1° L'article L. 14-10-1 est ainsi modifié :	
Art. L. 14-10-1. – I. – La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :		
1° De contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;	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, » ;	
2° D'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;	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, » ;	
3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie,	c) Au 3° du I, après les mots : « perte d'autonomie », sont insérés les mots : « de la situation et des besoins des proches aidants, » ;	

**Dispositions en vigueur**

ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

4° D'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;

5° De contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ;

6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;

7° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ;

8° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la

**Texte du projet de loi**

d) Le 6° du I est ainsi modifié :

— 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 » ;

— après les mots : « des besoins », sont insérés les mots : « d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations » ;

— après le mot : « compensation », sont insérés les mots : « du handicap et d'aide à l'autonomie » ;

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 ; »

**Texte adopté par la commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
compensation de la perte d'autonomie ;	f) Après le 10° du I, il est ajouté les alinéas ainsi rédigés :	
9° D'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet ;	« 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 ;	
10° De contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux ;	« 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 ;	
11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des	« 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. » ;	

**Dispositions en vigueur**

différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9.

.....

Art. L. 14-10-7. – I. – Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis entre les départements selon des modalités fixées par décrets en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en fonction de tout ou partie des critères suivants :

a) Le nombre de bénéficiaires dans le département, au titre de l'année écoulée, de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1, corrigé, en cas de variation importante, par la valeur de ce nombre sur les années antérieures. Pour les années au cours desquelles cette prestation n'était pas ou pas exclusivement en vigueur, ce nombre est augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice 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 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

b) Les caractéristiques des bénéficiaires et des montants individuels de prestation de compensation qui ont été versés au titre de l'année écoulée, et notamment le nombre de bénéficiaires d'allocations de montant élevé ;

c) Le nombre de bénéficiaires des prestations prévues aux articles L. 341-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale ;

d) Le nombre de bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;

**Texte du projet de loi**

2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

e) La population adulte du département dont l'âge est inférieur à la limite fixée en application du I de l'article L. 245-1 du présent code ;

f) Le potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales.

Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue conformément à une convention entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département concerné, visant à définir des objectifs de qualité de service pour la maison départementale des personnes handicapées et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs.

.....

**Texte du projet de loi**

« 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. » ;

3° Après l'article L. 14-10-7, il est inséré un article L. 14-10-7-1 ainsi rédigé :

« 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 :

« 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 ;

« 2° Des objectifs de qualité ;

« 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 ;

« 4° Les modalités de versement des autres concours.

« À défaut de convention, le département reçoit les concours définis aux articles L. 14-10-6 et L. 14-10-7. »

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

**Code de la sécurité sociale**

Article 48

Article 48

Livre I<sup>er</sup>  
Généralités – Dispositions communes à  
tout ou partie des régimes de base  
Titre I<sup>er</sup>  
Généralités  
Chapitre IV bis  
Organisation comptable

(*Sans modification*)

Art. L. 114-5. – Les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations. Les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement.

Le chapitre IV bis du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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 » ;

Un décret fixe les règles comptables applicables aux régimes et organismes visés au premier alinéa, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes.

Art. L. 114-8. – Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

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 ».

.....

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
Code de l'action sociale et des familles	<p data-bbox="561 316 639 338"><i>Section 3</i></p> <p data-bbox="500 347 699 369"><b>Systèmes d'information</b></p> <p data-bbox="561 420 639 442">Article 49</p> <p data-bbox="434 465 768 538">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 :</p> <p data-bbox="434 560 768 702">« 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 :</p> <p data-bbox="434 724 768 866">« 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 ;</p> <p data-bbox="434 888 768 1030">« 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 ;</p> <p data-bbox="434 1051 768 1212">« 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 ;</p> <p data-bbox="434 1233 768 1284">« 4° Aux caractéristiques de leurs usagers et à la mesure de leur satisfaction ;</p> <p data-bbox="434 1306 768 1403">« 5° Aux ressources et aux dépenses du fonds départemental de compensation du handicap mentionné à l'article L. 146-5 ;</p> <p data-bbox="494 1425 657 1446">« 6° À ses effectifs ;</p> <p data-bbox="434 1468 768 1567">« 7° Au montant et à la répartition des financements reçus par la maison départementale des personnes handicapées.</p>	<p data-bbox="904 316 982 338"><i>Section 3</i></p> <p data-bbox="844 347 1042 369"><b>Systèmes d'information</b></p> <p data-bbox="904 420 982 442">Article 49</p> <p data-bbox="862 465 1024 487"><i>(Sans modification)</i></p>



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

« II. – Aux fins mentionnées au I, les maisons départementales des personnes handicapées recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des usagers.

« 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

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

« Section 3  
« Gestion et suivi statistique

« 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.

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

« 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.

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

« 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

Article 50

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

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.

« 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 :

« 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 ;

« 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 ;

« 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.

« 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

L'article L. 247-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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

Article 51

*(Sans modification)*

Art. L. 247-2. – Dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les maisons départementales des personnes handicapées transmettent à la Caisse

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>nationale de solidarité pour l'autonomie, outre les données mentionnées à l'article L. 146-3, des données :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- relatives à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise œuvre des décisions prises ;</li><li>- relatives à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;</li><li>- relatives aux caractéristiques des personnes concernées ;</li><li>- concernant les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.</li></ul>	<p>nationale de solidarité pour l'autonomie, selon des conditions précisées par décret. »</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;">GOUVERNANCE LOCALE</p> <p style="text-align: center;"><i>Section 1</i></p> <p style="text-align: center;"><b><i>La coordination dans le département</i></b></p> <p style="text-align: center;">Article 52</p> <p>L'article L. 113-3 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>a) Il est précédé d'un I ;</p> <p>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 » ;</p> <p>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 » ;</p> <p>2° Au deuxième alinéa, les mots : « leur fonctionnement » sont remplacés par les mots : « sa mise en œuvre » et les mots : « les méthodes</p>	<p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;">GOUVERNANCE LOCALE</p> <p style="text-align: center;"><i>Section 1</i></p> <p style="text-align: center;"><b><i>La coordination dans le département</i></b></p> <p style="text-align: center;">Article 52</p> <p style="text-align: center;"><i>(Sans modification)</i></p>

**Dispositions en vigueur**

fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.

**Texte du projet de loi**

mises en œuvre » sont remplacés par les mots : « les moyens déployés » ;

3° L'article est complété par les alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« 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.

« 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.

« 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

**Texte adopté par la commission**

Article 53

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 312-4. - Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, établis pour une période maximum de cinq ans en cohérence avec les autres schémas mentionnés au 2° de l'article L. 1434-2 du code de la santé publique :

1° Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population ;

2° Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante ;

3° Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment, ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services et, le cas échéant, d'accueils familiaux relevant du titre IV du livre IV ;

4° Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, à l'exception des structures expérimentales prévues au 12° du I de cet article, ainsi qu'avec les établissements de santé définis à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique ou tout autre organisme public ou privé, afin de satisfaire tout ou partie des besoins mentionnés au 1° ;

5° Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

Un document annexé aux schémas définis au présent article peut préciser, pour leur période de validité, la

**Texte du projet de loi**

Après le 5° de l'article L. 312-4 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

**Texte adopté par la commission**

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs définis au 3°.

Les schémas peuvent être révisés à tout moment à l'initiative de l'autorité compétente pour l'adopter.

**Code de la santé publique**

Première partie :  
Protection générale de la santé  
Livre IV  
Administration générale de la santé  
Titre III  
Agences régionales de santé

Art. L. 1431-2. – Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

.....

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

**Texte du projet de loi**

Article 54

Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi modifié :

**Texte adopté par la commission**

Article 54

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

À ce titre :

a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles L. 441-1 et L. 444-1 du même code ;

b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3 ainsi que des établissements et services médico-sociaux au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 du même code ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au I de l'article L.14-10-5 du même code ;

**Texte du projet de loi**

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 » ;

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 » ;

2<sup>o</sup> L'article L. 1434-12 est ainsi modifié :

**Texte adopté par la commission**

**Dispositions en vigueur**

Art. L. 1434-12. - Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

**Texte du projet de loi**

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 » ;

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 ».

**Texte adopté par la commission**



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

*Section 2*

***Organisation du contentieux de l'aide sociale***

*Section 2*

***Organisation du contentieux de l'aide sociale***

Article 55

Article 55

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 :

*(Sans modification)*

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 ;

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 ;

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.

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.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
Code de l'action sociale et des familles	<p style="text-align: center;"><b>TITRE V</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES À</b> <b>L'OUTRE-MER</b></p> <p style="text-align: center;">Article 56</p> <p>Pour l'application de la présente loi :</p> <p style="padding-left: 2em;">1° En Guyane, en Guadeloupe, à La Réunion et en Martinique :</p> <p style="padding-left: 2em;">a) Au chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V du code de l'action sociale et des familles, il est créé deux articles ainsi rédigés :</p> <p style="padding-left: 4em;">« 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.</p> <p style="padding-left: 4em;">« 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. » ;</p> <p style="padding-left: 2em;">b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;</p> <p style="padding-left: 2em;">c) Les articles 11, 12, 13 et 14 ne sont pas applicables ;</p> <p style="padding-left: 2em;">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 » ;</p>	<p style="text-align: center;"><b>TITRE V</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES À</b> <b>L'OUTRE-MER</b></p> <p style="text-align: center;">Article 56</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>—</p> <p>Livre V Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire Titre VIII Saint-Barthélemy et Saint-Martin Chapitre unique Dispositions communes à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin</p>	<p>2° À Saint-Barthélemy et à Saint-Martin :</p> <p>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 :</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;</p> <p>c) Les articles 11, 12, 13, 14, 15, 16 et 18 ne sont pas applicables ;</p> <p>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 » ;</p> <p>3° À Saint-Pierre-et-Miquelon :</p>	<p>—</p>
<p>Livre V Dispositions particulières applicables à certaines parties du territoire Titre III Saint-Pierre-et-Miquelon Chapitre unique Dispositions générales</p>	<p>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 :</p> <p>« Art. L. 531-10. – Les disposi- tions 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.</p>	<p>—</p>

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

« 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.

« Des décrets en Conseil d'État *fixent* les conditions particulières...

... la conférence *des* financeurs...  
... code.

**Amendements AS213 et AS347**

b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;

c) Les articles 11, 12, 13, 14, 15 et 16 ne sont pas applicables ;

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 » ;

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 ;

4° À Mayotte :

a) À l'article L. 542-3 du code de l'action sociale et des familles, il est créé un III ainsi rédigé :

Art. L. 542-3. - Pour l'application du titre III du livre II :

I. - L'article L. 231-1 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « l'allocation simple et » sont supprimés ;

2° Au quatrième alinéa, les mots : « le taux de l'allocation simple » sont supprimés.

II. - Les dispositions du chapitre II ne sont pas applicables.

« 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.

« L'avant-dernier alinéa de

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par la commission
<p>Art. L. 541-1. - Pour l'application du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> :</p>	<p>l'article L. 233-1 du présent code n'est pas applicable. » ;</p>	
<p>I. - L'article L. 111-2 est ainsi modifié :</p>	<p>b) Le 1<sup>o</sup> 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 ;</p>	
<p>1<sup>o</sup> Au 2<sup>o</sup>, les mots : « ou dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile » sont supprimés ;</p>	<p>c) Au II de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :</p>	
<p>2<sup>o</sup> Le 3<sup>o</sup> est ainsi rédigé :</p>		
<p>« 3<sup>o</sup> De l'accès aux soins, dans les conditions prévues à l'article L. 542-5 » ;</p>		
<p>3<sup>o</sup> Au 4<sup>o</sup>, les mots : « Des allocations » et « en France métropolitaine » sont remplacés respectivement par les mots : « Des aides » et « à Mayotte ».</p>		
<p>II. - À l'article L. 111-3, le mot : « métropolitain » est remplacé par les mots : « de Mayotte ».</p>		
<p>III. - À l'article L. 111-3-1, les mots : « et les centres d'accueil pour demandeurs d'asile » sont supprimés.</p>	<p>« L'article L. 113-2 n'est pas applicable à Mayotte. » ;</p>	
<p>IV. - L'article L. 112-2 est ainsi rédigé :</p>		
<p>« Art. L. 112-2. - Afin d'aider les familles à élever leurs enfants, il leur est accordé notamment des prestations familiales mentionnées à l'article 2 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte et des aides en espèce et en nature définies pour Mayotte, notamment, par le présent code, par le code de l'éducation</p>		

**Dispositions en vigueur**

—  
nationale ou par des dispositions particulières. »

V. – Pour l'application du premier alinéa de l'article L. 114-1-1, avant les mots : « La personne » sont insérés les mots : « Dans les conditions prévues à la section 4 du chapitre II du titre IV du livre V ».

VI. – Aux articles L. 114-3 et L. 114-3-1, les mots : « applicable à Mayotte » sont insérés après les mots : « code du travail ».

VII. – À l'article L. 115-2, les mots : « l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail, les maisons de l'emploi ou, à défaut, les personnes morales gestionnaires des plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi, les établissements publics, » sont remplacés par les mots : « l'institution mentionnée à l'article L. 326-6 du code du travail applicable à Mayotte et les autres organismes publics ou privés locaux concourant à l'insertion et à la lutte contre le chômage ».

VIII. – Au premier alinéa de l'article L. 115-3, les mots : « de son patrimoine, » sont supprimés.

IX. – Abrogé.

**Texte du projet de loi**

—

**Texte adopté par la commission**

—

d) Les articles 11, 12, 13 et 14 ne sont pas applicables ;

e) Au II de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré l'alinéa suivant :

« À l'article L. 113-1-1, les mots : "dans les conditions définies aux articles L. 232-1 et suivants," ne sont pas applicables. » ;

f) Au VIII de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la commission

« 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. » ;

g) L'article 24 n'est pas applicable ;

h) Les dispositions des articles 25 et 26 entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> 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 ;

i) Les articles 29, 30, 33, 36, 37 et 38 ne sont pas applicables ;

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 » ;

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 ;

l) Le b du 3° du I et les II et III de l'article 41 ne sont pas applicables ;

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 :

h) Les articles 26 et 27 entrent en vigueur ...

... des familles ;

**Amendement AS352**

l) Le...  
... l'article 39 ne sont pas applicables ;

**Amendement AS351**

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 543-4. - Pour l'application du titre IV :

I. - L'article L. 342-1 est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « lorsqu'ils ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement » sont remplacés par les mots : « lorsqu'ils ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale » ;

2° Le 3° n'est pas applicable.

II. - Le deuxième alinéa de l'article L. 344-1 n'est pas applicable.

« 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 » ;

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 » ;

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 ;

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 ;

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<sup>er</sup> janvier 2016 ;



**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 541-4. – Pour l'application du titre IV du livre I<sup>er</sup> :

I. – À l'article L. 146-2, les mots : « à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, » sont remplacés par les mots : « à compter de la date d'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte ».

IX. – À l'article L. 14-10-7 :

a) Au c du I, les références aux articles L. 341-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale sont remplacées par les références à l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte et à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ;

b) Au d du I, la référence à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par la référence à l'article 10-1 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

r) L'article 50 n'est pas applicable ;

s) Au IX l'article L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :

« 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

Article 57

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Art. L. 14-10-7. – I. – Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis entre les départements selon des modalités fixées par décrets en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, en fonction de tout ou partie des critères suivants :

L'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le II devient un V ;

2° Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 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.

« 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.

« 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.

« 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 : » ;

a) Le nombre de bénéficiaires dans le département, au titre de l'année écoulée, de la prestation de compensation

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

mentionnée à l'article L. 245-1, corrigé, en cas de variation importante, par la valeur de ce nombre sur les années antérieures. Pour les années au cours desquelles cette prestation n'était pas ou pas exclusivement en vigueur, ce nombre est augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice 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 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;

b) Les caractéristiques des bénéficiaires et des montants individuels de prestation de compensation qui ont été versés au titre de l'année écoulée, et notamment le nombre de bénéficiaires d'allocations de montant élevé ;

c) Le nombre de bénéficiaires des prestations prévues aux articles L. 341-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale ;

d) Le nombre de bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;

e) La population adulte du département dont l'âge est inférieur à la limite fixée en application du I de l'article L. 245-1 du présent code ;

f) Le potentiel fiscal, déterminé selon les modalités définies à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales.

Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue conformément à une convention entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département concerné, visant à définir des objectifs de qualité de service pour la maison départementale des personnes handicapées et à dresser le bilan de réalisation des objectifs antérieurs.

**Dispositions en vigueur**

II. – Le rapport entre, d'une part, les dépenses réalisées au titre de la prestation de compensation de chaque département après déduction du montant réparti conformément au I et, d'autre part, leur potentiel fiscal ne peut être supérieur à un taux fixé par voie réglementaire. Les dépenses correspondant à la fraction de ce rapport qui dépasse ce seuil sont prises en charge en totalité par la caisse.

L'attribution résultant de l'opération définie au I pour les départements autres que ceux ayant bénéficié d'un complément de dotation au titre de l'alinéa précédent est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application dudit alinéa entre ces seuls départements.

Les opérations décrites aux deux alinéas précédents sont renouvelées jusqu'à ce que les dépenses laissées à la charge de chaque département n'excèdent plus le seuil défini au premier alinéa du présent II.

**Texte du projet de loi**

3° Après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

4° Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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. » ;

5° Au V, le mot : « I » est remplacé par le mot : « III ».

**Texte adopté par la commission**

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la commission

**TITRE VI**  
**DISPOSITIONS TRANSITOIRES**  
**ET FINALES**

**TITRE VI**  
**DISPOSITIONS TRANSITOIRES**  
**ET FINALES**

Article 58

Article 58

Le Gouvernement remet au Parlement au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre 2016, puis au plus tard le 1<sup>er</sup> 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.

*(Sans modification)*

Article 59

Article 59

Les dispositions du 3<sup>o</sup> de l'article 4 entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

*(Sans modification)*

Article 60

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.

*(Sans modification)*

Article 61

Article 61

Les dispositions de l'article 14 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article 14 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Amendement AS359**

Article 62

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

*(Sans modification)*

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

dans les dix-huit mois suivant la publication de la présente loi.

Article 63

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.

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.

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

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.

Article 63

*(Sans modification)*

Article 64

**Dispositions en vigueur**

**Texte du projet de loi**

**Texte adopté par la commission**

Les dispositions des II et III de l'article 41 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Les II et III de l'article 39 de la *présente loi* entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

**Amendement AS329**

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 65

*(Sans modification)*

Article 66

Art. L. 146-3. – Afin d'offrir un accès unique aux droits et prestations mentionnés aux articles L. 241-3, L. 241-3-1 et L. 245-1 à L. 245-11 du présent code et aux articles L. 412-8-3, L. 432-9, L. 541-1, L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale, à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation et à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services ainsi que de faciliter les démarches des personnes handicapées et de leur famille, il est créé dans chaque département une maison départementale des personnes handicapées.

L'évaluation des demandes et l'attribution des droits et prestations mentionnés au premier alinéa relèvent de la compétence de la maison départementale des personnes handicapées du département où le demandeur réside, dès lors que cette résidence est acquisitive d'un domicile de secours, dans les conditions prévues aux articles L. 122-2 et L. 122-3 du présent code. Lorsqu'elle n'est pas acquisitive d'un domicile de secours, la maison départementale des personnes handicapées compétente est celle du département du domicile de secours du demandeur.

Article 66

*(Sans modification)*

## Dispositions en vigueur

Le cas échéant, lorsqu'une personne réside dans un département distinct de celui de son domicile de secours et que l'équipe pluridisciplinaire compétente n'est pas en mesure de procéder elle-même à l'évaluation de sa situation, le président du groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 146-4 peut déléguer cette évaluation à la maison départementale des personnes handicapées du département d'accueil selon des modalités définies par convention.

Pour les Français établis hors de France, la maison départementale des personnes handicapées compétente pour instruire leurs demandes est celle par l'intermédiaire de laquelle un droit ou une prestation leur a été antérieurement attribué. En cas de première demande, les Français établis hors de France peuvent s'adresser à la maison départementale des personnes handicapées du département de leur choix.

La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue à l'article L. 146-9, de la procédure de conciliation interne prévue à l'article L. 146-10 et désigne la personne référente mentionnée à l'article L. 146-13. La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap.

## Texte du projet de loi

## Texte adopté par la commission



**Dispositions en vigueur**

—

Pour l'exercice de ses missions, la maison départementale des personnes handicapées peut s'appuyer sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ou des organismes assurant des services d'évaluation et d'accompagnement des besoins des personnes handicapées avec lesquels elle passe convention.

La maison départementale des personnes handicapées organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées.

Chaque maison départementale 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.

Art. L. 232-17. — 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 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1 ;

— 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 et au suivi des conventions visées respectivement aux articles L. 232-3 et L. 232-13.

**Texte du projet de loi**

—

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.

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.

**Texte adopté par la commission**

—



## ANNEXE À L'ARTICLE 2

### Texte du projet de loi

#### Projet de rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillessement

##### INTRODUCTION

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.

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.

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.

### Texte de la commission

#### Projet de rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillessement

## Texte du projet de loi

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.

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.

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.

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<sup>e</sup> siècle.

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.

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.

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

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.

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.

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.

La politique d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers indissociables :

– **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.

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

—

— **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.

— **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.

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.

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.

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

## Texte de la commission

—

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

### VOLET 1 : ANTICIPATION ET PREVENTION

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.

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<sup>e</sup> siècle. Les financements apportés permettront à tous d'y accéder et concourront à réduire les inégalités sociales creusées par la vieillesse.

L'anticipation est la toute première priorité.

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.

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.

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.

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

### **1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie**

Chacun doit prendre à bras le corps son vieillissement et ses conséquences.

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.

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.

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.

#### **1.1. Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière**

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 ».

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



## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

prévention de la pénibilité et le maintien dans l'emploi des seniors.

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).

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.

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.

### 1.2. Faire de la prévention l'affaire de tous

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.

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

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.

Ils s'inscriront dans les orientations définies par la

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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).

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.

### **2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités**

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.

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

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.

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.

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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.

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.

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

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.

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

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.

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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

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.

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.

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.

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.

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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.

### **2.4. Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés**

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.

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 bienveillance 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 :

- 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 ;

- 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 ;

- 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.

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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

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.

– Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

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.

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 télémédecine 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.

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.

– Rester en bonne santé pour bien vieillir : priorité à la prévention

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

– Adapter notre système de santé au vieillissement

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.

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.

– Agir pour le bon usage du médicament

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.

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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.

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.

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

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

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.

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



## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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.).

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

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.

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

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.

– Conforter la coordination de l'action sociale des

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

régimes de retraite

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.

### 5. Réguler le marché de l'assurance dépendance

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.

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.

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,

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

### **VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT**

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 liés à la vie des âgés : logement, urbanisme, déplacements, économie et emploi.

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.

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.

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.

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 leur efforts pour améliorer l'offre de transports, adapter l'urbanisme et accompagner les modes d'habiter et de vivre ensemble.

L'économie de notre pays elle-même doit être davantage tournée qu'aujourd'hui vers les besoins des âgés :

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

création et adaptation des emplois au service des âgés, développement d'une nouvelle filière industrielle, avec la Silver Economic, renforcement de l'effort de recherche et d'innovation ; autant d'opportunités d'emplois et de croissance pour la société française.

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.

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.

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

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.

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.

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

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 ».

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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

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.

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 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...).

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 doit 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.

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

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.

– Lancer un plan national d'adaptation des logements privés

## Texte du projet de loi

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.

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

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

– 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 ;

– 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) ;

– 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 ;

– améliorer les compétences des artisans du bâtiment à travers l'évolution des labels ;

– faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements de l'ANAH et de la CNAV pour prendre en compte la domotique.

– Améliorer le crédit d'impôt pour adaptation des logements

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.

– Faciliter le financement des travaux d'adaptation

Pour celles et ceux qui ont difficilement accès au crédit bancaire et dont le reste à charge demeurerait excessif

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

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.

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.

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.

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.

– Mobiliser les bailleurs sociaux et diffuser les bonnes pratiques

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.

Une convention nationale entre l'État et l'Union Sociale

## Texte de la commission

Pour lever ces obstacles, la Caisse des Dépôts a initié, aux côtés d'autres investisseurs institutionnels, la constitution d'un fonds destiné à l'acquisition de biens immobiliers en viager ; simultanément, en partenariat avec l'Union sociale pour l'habitat, elle travaille à développer des dispositifs de viager ou assimilés, impliquant un bailleur social et un âgé, dans le ...

... social.

**Amendement AS358**

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

– Mieux prévenir les coupures d'énergie

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.

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.

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.

### 1.1.3. Diversifier l'offre de logements

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.

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

« – Développer les logements-foyers ou « résidences autonomie »

**Amendement AS355**

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.



## Texte du projet de loi

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.

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.

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.

– Sécuriser le développement de l'offre de résidences services

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.

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

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

prendre plus facilement les décisions touchant au niveau de services.

– Encourager l’habitat regroupé par l’élaboration d’une charte de bonnes pratiques intergénérationnelles

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.

1.1.4. Préparer l’architecture de demain des établissements pour personnes âgées

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.

### **1.2 Faire place à l’âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle**

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.

– Promouvoir un urbanisme intergénérationnel

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

toutes les générations.

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 Vieillessement (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.

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<sup>er</sup> 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.

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

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.

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

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.

## Texte du projet de loi

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.

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.

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.

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.

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.

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

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

concernés, ses efforts de sensibilisation pour sécuriser les piétons âgés.

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

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.

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.

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

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.

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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.

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 :

- créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver économie ;
- favoriser le développement d'une offre compétitive ;
- exporter les produits et les technologies de la Silver économie ;
- professionnaliser les acteurs de la Silver économie ;
- créer des innovations dans le champ de la Silver économie ;
- communiquer positivement auprès des âgés et sur le bien vieillir auprès du grand public et des distributeurs.

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.

## Texte du projet de loi

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.

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

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.

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 :

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

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.

Auprès 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).

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

Ce secteur représente un investissement d'avenir tant

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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

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.

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.

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.

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

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.



## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

### 3.1. Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés

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.

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.

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.

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.

### 3.2. Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés

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.

Plusieurs instruments sont mis en place pour conforter cet engagement et créer un volontariat civique senior, non

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

rémunéré, pour les âgés qui souhaitent mettre à disposition une grande partie de leurs disponibilités pour un projet associatif.

### – Créer un volontariat civique senior

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.

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.

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.

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.

### – Garantir la qualité et promouvoir le développement de la cohabitation intergénérationnelle

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.

La création d'un label spécifique pour les associations mettant en œuvre ce type de dispositif est un facteur de

La ...

## Texte du projet de loi

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.

– Organiser la transmission et la solidarité intergénérationnelles

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.

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

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.

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

– Encourager le développement des universités du temps libre

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

## Texte de la commission

... pratique. *Les résidences autonomie peuvent également accueillir en leur sein, au même titre que des personnes âgées ou handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, afin d'y poursuivre l'objectif de la cohabitation intergénérationnelle.*

**Amendement AS216**

## Texte du projet de loi

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.

Ces universités sont amenées à se développer dans les années à venir. À cette fin, une convention sera signée au 1<sup>er</sup> 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...

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

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.

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.

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.

### 4. Affirmer les droits et libertés des âgés

#### 4.1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés

Les droits fondamentaux de la personne humaine s'appliquent à tous les citoyens. Cependant, les conditions de

## Texte de la commission

Les ...

... en vacances, qui ...

... permettre à *davantage* de personnes âgées dépendantes de partir en vacances.

**Amendement AS230**

## Texte du projet de loi

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.

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.

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

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.

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.

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

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.

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.

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.

### **4.2. Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement**

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

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

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.

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 bientraitance 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.

### **4.3. Accompagner l'expression du consentement des personnes**

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.

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.

### **4.4. Protéger les personnes vulnérables**

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

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.

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.

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

L'équilibre relatif à la volonté de la personne est cependant respecté dans la mesure où les cadeaux d'usage demeurent possibles.

– Protéger les âgés contre les clauses abusives

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.

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

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.

– Étendre la protection des personnes sous mesure de protection juridique

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

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.

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.

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

### VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE

Le risque de perte d'autonomie est constamment présent dans la politique de l'âge. L'anticiper, le retarder, l'amoindrir 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.

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.

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.

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 renouvelés pour accompagner la transformation profonde de l'offre qui est attendue.

#### **1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent**

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.



## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

### 1.1. Réformer l'APA à domicile

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.

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.

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.

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.

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.

Le texte est donc venu d'un acte II de l'APA à domicile.

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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.

La loi s'appuie sur trois leviers complémentaires :

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

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.

– Augmenter les plafonds des plans d'aide

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 GIR 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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

– Améliorer la qualité de l'intervention à domicile

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.

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

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.

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.

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.

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

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.

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.

La loi prévoit la poursuite de ces expérimentations jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Un rapport d'évaluation sera présenté par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 30 octobre 2015.

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.

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.

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

### 2. Soutenir les aidants

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.

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.

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.

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.

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

## Texte du projet de loi

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.

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

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

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.

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.

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.

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.

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

## Texte de la commission

Il peut ...

... accueil de jour ou de nuit, ou dans le cadre d'un hébergement temporaire.

**Amendement AS232**

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

institution non préparée ou d'hospitalisation non programmée et non justifiée sur le plan médical.

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.

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

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

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...

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

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.

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

## Texte du projet de loi

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.

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.

### 3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain

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.

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'âge 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.

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.

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

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

## Texte de la commission

**Alinéa supprimé**

**Amendement AS231**



## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

établissements, les tarifs appliqués et les aides pouvant être mobilisées.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

pluriannuelle et les mécanismes d'allocation de ressources associés.

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.

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.

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 ».

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.

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.

### **4. Mieux accompagner la fin de vie**

L'âge moyen de décès est aujourd'hui supérieur à 80 ans, les deux sexes confondus, et il augmente continuellement. 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.

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 :

## Texte du projet de loi

— 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) ;

— 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 coordonnateurs, des actions de formation « en équipe » doivent être mises en place en lien avec les équipes mobiles ou les réseaux de soins palliatifs existants ;

— 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 ;

— 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) ;

— 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.

### 5. Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial

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.

#### 5.1. Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire

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

## Texte de la commission

— systématiser le recours ...

... actuellement) ;

### Amendement AS189

— prendre en compte la question de la fin de vie lors de l'élaboration ou de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, encourager chaque personne accueillie à désigner une personne de confiance et à formuler ses souhaits et directives de manière anticipée et accompagnée ;

### Amendement AS321 (Rect)

— systématiser l'accès ...

... vie) ;

### Amendement AS188

## Texte du projet de loi

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 bénéficiaire de périodes de répit.

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.

### 5.2. Encourager le déploiement de l'accueil familial

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.

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.

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.

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

## Texte de la commission

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

accueillie sera inscrite dans le contrat d'accueil.

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

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 salariés. 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.

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

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.

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).

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

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

clarifiant les règles applicables en matière d'autorisation pour les groupements de coopération sociaux et médicaux sociaux.

### VOLET 4 : LA GOUVERNANCE

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.

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.

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.

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.

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

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

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

## Texte du projet de loi

l'autonomie des âgés et d'adaptation de la société au vieillissement, en mobilisant toutes les politiques publiques qui y contribuent.

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 (CNCPH) 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.

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.

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

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.

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.

## Texte de la commission

Ce ...  
... au *Comité* National ...

... institutions.

### **Amendement AS233**

La loi ...

... départementales *des personnes handicapées* (MDPH), ...

... à domicile.

## Texte du projet de loi

## Texte de la commission

### Amendement AS195

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.

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

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.

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.

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

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.



## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

(par ordre chronologique)

➤ **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS) \*** – M. Alain Villez, conseiller technique, responsable du secteur « personnes âgées »

➤ M. Jean-Michel Caudron, consultant en ingénierie gérontologique, Mme Khadija Qesmoun, chargée de mission sur les droits fondamentaux, le développement humain et la société civile et Mme Frédérique Lucet, animatrice du Réseau Euro-Québec, secrétaire générale du Réseau Euro-Québec de coopération autour de Baluchon-Alzheimer

➤ *Audition commune Action sociale des régimes de retraite :*

– **Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV)** – M. Gérard Rivière, président du conseil d’administration, et M. Antonin Blanckaert, directeur national de l’action sociale

– **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) \*** – M. Bruno Lachesnaie, directeur chargé du développement sanitaire et social et M. Christophe Simon, chargé des relations parlementaires

– **Régime social des indépendants (RSI)** – M. Pierre Godet, président de la Commission nationale d’action sanitaire et sociale, et Mme Isabelle Bitouzet, responsable de l’action sanitaire et sociale

– **AGIRC-ARRCO** – M. Jean-Claude Barboul, président des commissions sociales, et Mme Anne Saint-Laurent, directrice de l’action sociale

➤ **Conseil économique, social et environnemental** – Mme Monique Boutrand et M. Daniel Prada, rapporteurs de l’avis du CESE sur le projet de loi

➤ **Le Défenseur des droits** – Mme Maryvonne Lyazid, adjointe du défenseur en charge de la lutte contre les discriminations et pour la promotion de l’égalité, Mme Martine Timsit, chargée des relations avec les élus, Mme Rachel Moutier, chargée de mission au pôle santé, et M. Vincent Lewandowski, responsable du pôle promotion des droits des usagers des services publics et réforme

➤ *Audition commune :*

– **Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées (SYNERPA)** – Mme Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale, M. Antoine Fraysse, responsable du pôle médico-social, et M. Guillaume Lelong, Groupe Aegide Domitys

– **Fédération française des Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP)** – M. Christian Junik, président, et M. Julien Jourdan, directeur

➤ M. Luc Broussy, conseiller général du Val-d’Oise

- **Les petits frères des pauvres** – M. Jean-Pierre Caillibot, délégué général adjoint, M. Daniel Bruneau, directeur de la communication et de la recherche de fonds, et M. François-Xavier Turbet Delof, directeur adjoint de l'association de gestion des établissements
- **Audition commune Engagement associatif des personnes âgées :**
  - **Agence du service civique** – Mme Malissa Marseille, responsable du pôle relations avec les partenaires associatifs et institutionnels
  - **France Bénévolat** – M. Dominique Thierry, président, et Mme Brigitte Duault, déléguée générale
- **Audition commune Concierges et gardiens d'immeubles :**
  - **Syndicat national indépendant des gardiens d'immeubles et concierges (SNIGIC)** – M. Philippe Dolci vice-président
  - **Union nationale pour l'information et la défense des gardiens d'immeubles et des employés de maisons (UDGE)** – Mme Nadina Servo Dos Santos, porte-parole
- **Audition commune Les résidences services :**
  - **Association nationale des copropriétés avec services (ANCS)** – M. Pierrick Dumoulin, président et directeur de la résidence « Les jardins d'arcadie » de Quimper, M. Jean-Louis Magy, vice-président et directeur de la résidence « Les Jardins d'Alsace » à Strasbourg, et Mme Marie-Annick Etrillard, secrétaire et directrice de la résidence « Les Renaissances » à Nantes.
  - **Syndicat national des résidences avec services pour les aînés (SNRA)** – M. François Georges, président
- **La Croix-Rouge française** – Mme Carole Daoud, directrice de la santé et de l'autonomie et Mme Murielle Jamot, déléguée nationale filières personnes âgées et domicile
- **Associations des personnes âgées :**
  - **Fédération nationale des associations de retraités (FNAR)** – M. Roger Barrot, président, et M. Sylvain Denis, président délégué, vice-président du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)
  - **Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles (FNAPAEF)** – M. Joseph Krummenacker, président
  - **Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)** – M. Didier Sapy, directeur général, et Mme Clémence Lacour, chargée relations institutionnelles
  - **Génération Mouvements – Fédération nationale – Les Aînés Ruraux** – M. Jean Pierre Garcia, administrateur

➤ *Audition commune Adaptation des Logements individuels :*

– **Fédération nationale Habitat et développement** – M. Christian Nicol, président, et M. Michel Pelenc, directeur

– **Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)** – M. Éric Trouvé, président, et Mme Élisabeth Hercberg

– **Silverinnov** – M. Serge Smidtas, Docteur ingénieur, Mme Nadia Sahmi, architecte DPLG, et M. Guy Scialom, association « Dessine-moi mon répit »

– **Fédération des PACT** – M. Bernard Lacharme, directeur général et M. Éric Malevergne, chargé de mission

➤ **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** – Mme Paulette Guinchard-Kuntzler, présidente, M. Luc Allaire, directeur, Mme Bernadette Moreau, directrice de la compensation de la perte d'autonomie, M. Xavier Dupont, directeur des établissements et services médico-sociaux, M. Hamid Boukhlof, directeur des systèmes d'information

➤ **Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS)** – Mme Hélène-Sophie Mesnage, adjointe au délégué général, Mme Eleonora Busi, conseillère technique, et Mme Amandine Descamps, conseillère technique

➤ **Agences régionales de santé (ARS)** – Mme Marie-Sophie Desaulle, présidente du collège des directeurs généraux

➤ **Monalisa – Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées** – M. Bertrand Ousset, président et président de la société de Saint-Vincent-de-Paul, Mme Françoise Fromageau, vice-présidente et secrétaire nationale de la Croix-Rouge française, et M. Jean-François Serres, référent national du programme et secrétaire général des Petits frères des pauvres

➤ **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – Mme Nathalie Cuvillier, sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ; **Direction de la sécurité sociale (DSS)** – M. Thomas Fatome, directeur, et Mme Claire Scotton, directrice de projet

➤ **Agence nationale de l'habitat (ANAH)** – Mme Blanche Guillemot, directrice générale, et Mme Soraya Daou, responsable du service des études, de la prospective et de l'évaluation

➤ *audition commune Handicap et vieillissement :*

– **Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI)** – Mme Christel Prado, présidente, Mme Isabelle Chandler, directrice des affaires nationales et internationales, et Mme Séverine Ragon, responsable du département établissements et services

– **Association des paralysés de France (APF)** – Mme Malika Boubekeur, conseillère nationale « Autonomie et compensation »

➤ **Audition commune vieillissement et Santé :**

– Dr Claude Jeandel, Professeur des universités de gériatrie et président du Conseil national professionnel de gériatrie

– Dr Jean-Pierre Aquino, président du Comité avancée en âge : prévention et qualité de vie

– Pr Daniel Rivière, service d’exploration de la fonction respiratoire et de médecine du sport, Clinique des voies respiratoires, Hôpital Larrey

– **Collectif interassociatif sur la santé (CISS)** – M. Daniel Carré, Secrétaire Général et M. François Berdougo, chargé de mission santé

➤ **Agence nationale de l’évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)** – M. Didier Charlanne, directeur et Mme Agnès Jeannet, inspectrice générale des affaires sociales et présidente de l’assemblée générale de l’Anesm.

➤ **Association Famidac** – Mme Belén Alonso, présidente, et M. Étienne Frommelt, secrétaire général

➤ **Institut de formation, de recherche et d’évaluation des pratiques médico-sociales (IFREP)** – M. Jean-Claude Cebula, directeur

➤ **Assemblée des départements de France (ADF)** – M. Luc Broussy, conseiller général du Val-d’Oise, M. Jérôme Guedj, président du conseil général de l’Essonne, M. Gérard Roche, sénateur de la Haute-Loire, Mme Frédérique Cadet, conseillère du groupe Droite, centre et indépendants, M. Jean-Pierre Hardy, directeur des politiques sociales, et Mme Marylène Jouvien, chargée des relations avec le Parlement.

➤ **Audition commune. Directeurs d’établissements et de services pour personnes âgées :**

– **Groupe de Réflexion et Réseau pour l’Accueil Temporaire des Personnes en situation de Handicap (GRATH)** – M. Jean-François Chossy, président, membre honoraire du parlement et M. Loïc Guilcher, directeur d’un établissement médico-social, ancien président du GRATH

– **Fédération nationale des associations de directeurs d’établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)** – M. Claude Jarry, président

– **Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)** – M. Pascal Champvert, président

➤ **Audition commune – protection juridique des majeurs :**

– **Fédération nationale des associations tutélaires (FNAT)** – M. Patrice Gauthier, président, Mme Anne-Marie David, vice-présidente et M. Hadeel Chamson, responsable du service juridique

– **Fédération nationale des mandataires judiciaires indépendants à la protection des majeurs** – Mme Anne-Laure Arnaud, présidente de la Fédération régionale des MJPM de Midi-Pyrénées

- **Union nationale ADMR** – M. Thierry d’Aboville, secrétaire général ;
  - **Union nationale de l’aide, des soins et des services à domicile (UNA)** – M. Yves Verollet, délégué général, et M. Nicolas Pailloux, conseiller politiques publiques et financement
  - **Fédération nationale des Associations de l’aide familiale populaire (FNAAFP/CSF)** – M. Guy Fontaine, secrétaire général
  - **Fédération nationale Aide, accompagnement et soins à la personne (Adessadomicile)** – M. Hugues Vidor, directeur général et M. Duplan, directeur général adjoint
- **Union nationale des associations familiales (UNAF)** – M. François Fondard, président et Mme Claire Ménard, chargée des relations parlementaires
- *La couverture privée du risque de perte d’autonomie :*
  - **Fédération française des sociétés d’assurances (FFSA)** – M. Brice Leibundgut, membre de la commission exécutive, M. Gilles Cossic, directeur des assurances de personnes, Mme Agnès Canarelli, sous-directeur assurances de personnes, et M. Jean-Paul Laborde, directeur des affaires parlementaires
- **Fédération 3977 contre la maltraitance** – Mme Solange Girard, présidente et Mme Catherine Maury, directrice
- *Audition commune Particuliers employeurs et entreprises de services à la personne :*
  - **Fédération des particuliers-employeurs de France (FEPEM)** – Mme Marie Béatrice Levaux, présidente et M. Adrien Dufour, chargé de mission à la direction des affaires publiques
  - **Fédération des entreprises de services à la personne (FESP)** – M. Olivier Peraldi, directeur général, M. Romain Michel, directeur juridique, et M. Guillaume Staub, directeur du développement de la société Amelis
- *Audition commune. Le soutien aux aidants :*
  - **Association française des aidants (AFA)** – Mme Florence Leduc
  - **La compagnie des aidants** – Mme Claudie Kulak, directrice
  - **Macif mutualité** – M. Jean-Francois Boulat, vice-président, M. Nicolas Leblanc, directeur des relations institutionnelles et mutualistes
  - **Collectif inter-associatif d’aide aux aidants familiaux (CIAAF)** – Mmes Brigitte Lamarre et Anne Khelfat
- **Centre d’analyse stratégique et membre du conseil scientifique du Réseau francophone des villes amies des aînés (RFVAA)** – Dr Pierre-Marie Chapon, auteur de l’étude « Adapter les villes au vieillissement, enjeux d’aménagement et de gouvernance » et M. Pierre-Olivier Lefèbvre, conseiller technique sur la politique de l’âge, cabinet du maire de Dijon, délégué général du RFVAA

- **Association nationale des coordinateurs et directeurs de CLIC (ANC-CLIC)** – Mme Monica Yunes, vice-présidente
  
- **Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif (FEHAP)** – M. Yves-Jean Dupuis, directeur général, Mme Adeline Leberche, directrice du secteur social et médico-social et M. Simon Verna, stagiaire ;  
– **Fédération hospitalière de France (FHF)** – Mme Élodie Hemery, chargée du secteur vieillesse et handicap et M. Cédric Arcos, directeur de cabinet.
  
- **Mutualité française** – Dr Jean-Martin Cohen Solal, délégué général de la Fédération nationale de la Mutualité Française, Mme Michelle Dange, présidente de Générations Mutualistes, M. Olivier Bachellery, directeur-adjoint à la direction santé de la Fédération nationale de la Mutualité Française, et Mme Isabelle Millet-Caurier, directrice des affaires publiques de la Fédération nationale de la Mutualité Française
  
- **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)** – M. Jean-Paul Lacam, délégué général, M. Bertrand Boivin-Champeaux, directeur prévoyance et retraite supplémentaire, Mme Miriana Clerc, directrice communication et relations extérieures, et M. Jean-Manuel Kupiec, directeur général adjoint de l’OCIRP

**\* Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de l’Assemblée nationale, s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.**