

N° 322

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 mars 2015

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, relatif à l'adaptation de la société au vieillissement,

Par MM. Gérard ROCHE et Georges LABAZÉE,

Sénateurs

Tome I : rapport.

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; MM. Michel Amiel, Claude Bérit-Débat, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mme Pascale Gruny, M. Claude Haut, Mme Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mme Catherine Procaccia, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 1994, 2119, 2155 et T.A. 403

Sénat : 804 (2013-2014), 305, 306 et 323 (2014-2015)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES	11
AVANT-PROPOS	13
EXPOSÉ GÉNÉRAL	15
I. LE VIEILLISSEMENT CONSTITUE UN ENJEU QUI DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE APPROCHE TRANSVERSALE DE NOS POLITIQUES PUBLIQUES	15
A. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE EST À LA FOIS SOURCE D'OPPORTUNITÉS ET DE BESOINS NOUVEAUX EN TERMES D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET D'ADAPTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES	15
1. <i>L'allongement de l'espérance de vie des Français a pour corollaire une augmentation de la part des personnes âgées dans la population</i>	15
a) La France connaît un allongement continu de l'espérance de vie depuis la seconde moitié du XX ^{ème} siècle.	15
b) La structure démographique évolue fortement.....	16
2. <i>Ce phénomène fait naître des problématiques nouvelles</i>	17
a) Le financement de la perte d'autonomie.....	17
b) Le vieillissement de la population entraîne des besoins nouveaux	18
c) La transition démographique représente une opportunité économique qu'il convient de saisir	19
B. SI LES POLITIQUES PUBLIQUES ONT INTÉGRÉ L'ENJEU DU VIEILLISSEMENT DEPUIS LES ANNÉES 1990, UNE RÉPONSE LÉGISLATIVE AMBITIEUSE EST ATTENDUE DEPUIS BIENTÔT DIX ANS	19
1. <i>Les politiques publiques ont cherché, dès les années 1990, à répondre aux défis du vieillissement et de la perte d'autonomie</i>	19
a) La création d'allocations spécifiques visant à solvabiliser la demande des personnes âgées en perte d'autonomie	19
b) Le développement de l'offre d'accompagnement, à domicile et en établissement.....	22
c) La création d'une ressource spécifique et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	23
2. <i>Le constat partagé d'une insuffisance des politiques actuellement menées</i>	24
a) L'urgence d'une réforme ambitieuse de l'allocation personnalisée d'autonomie	24
b) L'enjeu du maintien au domicile.....	25
c) Une gouvernance encore perfectible des politiques de l'autonomie	26
3. <i>En dépit de vastes travaux préparatoires, la grande loi annoncée sous le quinquennat précédent n'a finalement pas vu le jour</i>	26

II. LA RÉFORME PROPOSÉE PAR LE GOUVERNEMENT : UNE APPROCHE NOUVELLE DE LA QUESTION DU VIEILLISSEMENT MALGRÉ DES FINANCEMENTS CONTRAINTS	29
A. LE PROJET DE LOI ADOPTE UNE APPROCHE TRANSVERSALE DU VIEILLISSEMENT DONT IL FAIT UNE PRIORITÉ DE L'ENSEMBLE DES POLITIQUES PUBLIQUES	29
1. <i>Des travaux préparatoires poussés pour une approche renouvelée de la question du vieillissement</i>	29
2. <i>Un premier pas vers un changement du regard porté sur la question du vieillissement</i>	30
B. LE FINANCEMENT DU PROJET DE LOI EST ASSURÉ PAR UNE ENVELOPPE BIEN IDENTIFIÉE MAIS DONT L'AMPLEUR EST LIMITÉE	31
1. <i>Un projet de loi intégralement financé par le produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie</i>	31
2. <i>Une enveloppe fermée qui limite nécessairement les ambitions des réformes proposées</i>	33
III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION	35
A. CONFORTER LE VOLET FINANCIER DU PROJET DE LOI ET LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE	35
1. <i>Une utilisation désormais clairement définie et stabilisée du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie</i>	35
2. <i>La clarification de la gouvernance nationale et locale</i>	36
B. RENFORCER LES DROITS ET LA PROTECTION DES AÎNÉS	37
1. <i>L'engagement associatif et citoyen des aînés</i>	37
2. <i>L'encadrement juridique du fonctionnement des résidences-services</i>	38
3. <i>La protection des droits des personnes âgées</i>	38
C. ÊTRE PLUS AMBITIEUX DANS LA RÉFORME DE L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES	39
1. <i>La réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie</i>	39
2. <i>La reconnaissance et le soutien des aidants</i>	39
3. <i>La refonte du secteur de l'aide à domicile</i>	40
EXAMEN DES ARTICLES	41
TITRE PRÉLIMINAIRE - DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION	41
• Article 1^{er} Place de la politique d'adaptation de la société au vieillissement	41
• Article 1^{er} bis (art. L. 863-3 du code de la sécurité sociale) Renouvellement automatique du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les bénéficiaires du minimum vieillesse	42
• Article 2 Approbation du rapport annexé définissant les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement de la population	43
TITRE 1^{ER} - ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE	46
• Article 3 (art. L. 233-1 à L. 233-5 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées	46

• 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 par la section V du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	51
• Article 5 (art. L. 14-10-10 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Répartition des concours de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie entre départements. 54	54
• Article 6 (art. L. 115-2-1 et L. 115-9 [nouveaux] du code de la sécurité sociale) Action sociale interrégimes des caisses de retraite et échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale	55
• Article 7 (art. L. 113-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie selon la grille Aggir entre départements et caisses de retraite	60
• 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 caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	62
TITRE II – ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT	64
• Article 9 (art. L. 120-17 du code du service national) Attestation de tutorat	64
• Article 10 (art. L. 480-1 à L. 480-4 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) Volontariat civique senior	65
• Article 11 (art. L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles) Résidences autonomie	67
• Article 12 (art. 633-3 du code de la construction et de l'habitation) Contrat de séjour dans les résidences autonomie	72
• Article 13 (art. L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles) Règles relatives au tarif de l'hébergement dans les résidences autonomie	74
• Article 14 (art. L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation) Intégration des résidences autonomie au répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux	75
• Article 15 (art. 41-1 à 41-5 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965) Fonctionnement des résidences-services	77
• Article 15 bis A [nouveau] (art. L. 631-13 [nouveau] du code de la construction et de l'habitation et art. L. 7232-1-2 du code du travail) Résidences-seniors	83
• Article 15 bis Demande de rapport sur le logement intergénérationnel	85
• Article 16 (art. L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation) Intégration des enjeux liés au vieillissement dans les programmes locaux de l'habitat	86
• Article 16 bis (art. L. 122-1-2 du code de l'urbanisme) Prise en compte du vieillissement dans les schémas de cohérence territoriale	87
• Article 17 (art. 2143-3 du code général des collectivités territoriales) Représentation des personnes âgées dans les commissions communales d'accessibilité	88
• Article 18 (art. L. 1214-2 et L. 1231-8 du code des transports) Accessibilité des transports en commun	89
• Article 19 A (art. 1er de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations) Discrimination en raison de la perte d'autonomie	90
• Article 19 (art. L. 113-1, L. 113-1-1 [nouveau] et L. 113-1-2 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Droit des personnes âgées en perte d'autonomie à un accompagnement et à une information adaptés	91
• Article 20 Substitution de la notion d'« accueil » à celle de « placement » des personnes âgées dépendantes	94
• Article 21 (art. L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles) Remplacement de la notion de « placement » par celles d'« accueil » et d'« admission » des personnes âgées dépendantes	94

• 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) Droits et libertés garantis aux personnes âgées accueillies dans les établissements et services médico-sociaux	95
• 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 de recevoir des dons et legs	102
• Article 24 (art. 911 du code civil) Extension de la nullité de certaines libéralités consenties à des personnes morales	105
• Article 25 (art. L. 331-8-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Obligation de signalement des établissements et services médico-sociaux	106
• Article 25 bis (art. 2-8 du code de procédure pénale) Possibilité pour les associations de défense des personnes âgées de se porter partie civile	108
• Article 26 (art. L. 471-6 et L. 471-8 du code de l'action sociale et des familles) Généralisation du document individuel de protection des majeurs	110
• Article 26 bis (art. L. 471-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Incompatibilité des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel et en tant que délégué d'un service	114
• Article 27 (art. L. 472-1, L. 472-1-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Nouvelle procédure d'agrément des mandataires individuels	116
• Article 27 bis (art. 477 du code civil) Durée maximale de validité et modalités d'enregistrement du mandat de protection future	119
• Article 27 ter (art. 311-12 du code pénal) Suppression de l'immunité pénale en cas de vol commis par un tuteur ou curateur membre de la famille proche	123
• Article 28 (art. L. 3211-6 du code de la santé publique) Extension du dispositif de sauvegarde de justice par déclaration médicale aux médecins d'établissements sociaux et médico-sociaux	124
• Article 28 bis (art. 21-13-1 [nouveau], 21-28, 26, 26-1, 26-3 et 26-4 du code civil) Acquisition de la nationalité française par des ascendants de ressortissants français	126
• Article 28 ter (art. L. 816-1 du code de la sécurité sociale) Vérification de la condition d'antériorité de résidence pour le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées	129
• Article 28 quater [nouveau] (art. L. 863-3 du code de la sécurité sociale) Renouvellement automatique du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les bénéficiaires du minimum vieillesse	130
TITRE III - ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE	132
• 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, art. L. 3142-26 du code du travail) Réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie	132
• Article 29 bis (art. L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales) Délégation du paiement des chèques d'accompagnement personnalisé	138
• Article 30 (art. L. 153 A [nouveau] du livre des procédures fiscales) Transmission d'informations des administrations fiscales vers les départements	139
• Article 30 bis Rapport sur l'impact des seuils pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap	140
• Article 31 (art. L. 313-11-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les services d'aide à domicile	142
• Article 32 Expérimentation tarifaire pour les services d'aide à domicile	146

• Article 32 bis [nouveau] (art. L. 312-7, L. 313-1-2, L. 313-1-3, L. 313-22, L. 347-1, L. 347-2, et L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 7232-1 et L. 7232-7 du code du travail, art. L. 141-1 du code de la consommation, art. L. 2123-18-4, L. 4135-19-1, L. 7125-23 et L. 7227-24 du code général des collectivités territoriales) Création d'un régime unique d'autorisation pour les services d'aide à domicile	148
• Article 33 Passage à l'autorisation pour les services agréés	149
• Article 34 Expérimentation pour les services polyvalents d'aide et de soins à domicile	152
• Article 35 (art. L. 113-1-3 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Définition de la notion de proche aidant	155
• Article 36 (art. L. 232-3-2 et L. 232-3-3 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) Aide au répit et en cas d'hospitalisation du proche aidant	156
• Article 37 Expérimentation du baluchonnage	159
• Article 38 (art. L. 14-10-5 et L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles) Conséquences financières de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie	161
• Article 39 (art. L. 441-1 à L. 441-3, L. 442-1, L. 443-11 et L. 544-4 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 1271-1 à L. 1271-3 du code du travail, art. L. 133-8 du code de la sécurité sociale) Réforme de l'accueil familial à titre onéreux de personnes âgées et handicapées	165
• Article 40 (art. L. 342-2, L. 342-3 et L. 342-4 du code de l'action sociale et des familles) Tarifification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	169
• Article 41 (art. L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles) Transmission d'informations à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	172
• Article 42 (art. L. 315-16 et L. 314-12-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Saisine du juge aux affaires familiales en cas d'impayés	173
• Article 43 (art. L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles) Compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale	174
• Article 44 (art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles) Développement des groupements de coopération sociale ou médico-sociale	175
• Article 45 (art. L. 313-1-1, L. 313-2, L. 313-3, L. 313-5, L. 313-6, L. 313-8, L. 315-2, L. 531-6 et L. 581-7 du code de l'action sociale et des familles) Réforme de la procédure d'appel à projets des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	178
• Article 45 bis Rapport sur la procédure de renouvellement des autorisations d'établissements et services sociaux et médico-sociaux	183
• Article 45 ter [nouveau] (art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Aide à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	184
TITRE IV - GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE	186
• Article 46 (art. L. 142-1 [nouveau], L. 142-2 [nouveau] et L. 146-1 du code de l'action sociale et des familles) Création du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie	186
• Article 47 (art. L. 14-10-1, L. 14-10-3, L. 14-10-7 et L. 14-10-7-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Extension des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	195
• Article 47 bis [nouveau] (art. L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles) Composition du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	202
• Article 48 (art. L. 114-5 et L. 114-8 du code de la sécurité sociale) Règles comptables applicables à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	203
• Article 49 (art. L. 146-3 et L. 146-3-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Transmission de données par les maisons départementales des personnes handicapées	204

• Article 50 (art. L. 232-21 à L. 232-21-4 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles) Collecte, conservation et transmission de données relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie et à l'aide sociale à l'hébergement par les départements	207
• Article 51 (art. L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles) Système d'information des maisons départementales des personnes handicapées	210
• Article 52 A [nouveau] (art. L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles) Rôle du département dans la prise en charge des personnes âgées	211
• Article 52 (art. L. 113-3 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles) Évolution des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer	212
• 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 et des centres locaux d'information et de coordination gérontologique à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale ...	217
• Article 53 bis (art. L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles) Contenu des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie	220
• Article 54 (art. L. 1431-2 et L1434-12 du code de la santé publique) Prise en compte des proches aidants dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale	221
• Article 54 bis (art. L. 114-3, L. 114-3-1, L. 149-1, L. 149-2 [nouveau], L. 146-1, L. 146-2, L. 531-7, L. 541-4 et L. 581-1 du code de l'action sociale et des familles) Création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie	223
• Article 54 ter (art. L. 149-3 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles) Création des maisons départementales de l'autonomie	229
• Article 55 Demande d'habilitation pour réformer le contentieux de l'aide sociale ...	232
TITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE MER	236
• Article 56 Application de la loi outre-mer	236
• Article 57 (art. L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles) Modalités d'intervention de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie outre-mer	240
TITRE VI – DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES	243
• Article 58 Remise au Parlement par le Gouvernement de deux rapports sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi	243
• Article 59 Suppression de la section V bis du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	244
• Article 60 Entrée en vigueur de l'article 11	245
• Article 61 Entrée en vigueur de l'article 14	246
• Article 61 bis [nouveau] Entrée en vigueur de l'article 15	247
• Article 62 Entrée en vigueur de l'article 22	248
• Article 63 Délai de réexamen des situations et droits des bénéficiaires actuels de l'allocation personnalisée d'autonomie	248
• Article 64 Entrée en vigueur des dispositions relatives aux accueillants familiaux	250
• Article 65 Entrée en vigueur de l'article 40	251
• Article 66 (art. L. 146-3 et L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles) Entrée en vigueur des articles 49 et 50	252
• Article 67 Ratification d'ordonnance	253
• Article 68 Demande au Gouvernement d'un rapport sur l'allocation de solidarité aux personnes âgées	254

TRAVAUX DE LA COMMISSION	257
I. AUDITION DES MINISTRES	257
II. EXAMEN DU RAPPORT	273
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	321
LISTE DES ORGANISMES AYANT FAIT PARVENIR UNE CONTRIBUTION ÉCRITE	329

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Réunie le mercredi 4 mars 2015 sous la présidence de **M. Alain Milon**, président, la commission des affaires sociales a examiné, sur le rapport de **MM. Georges Labazée et Gérard Roche**, et après avoir entendu **Mme Catherine Di Folco**, rapporteur pour avis de la commission des lois, et **M. Daniel Grémillet**, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, le projet de loi n° 804 (2013-2014) relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Elle a adopté plus de 140 amendements et le texte ainsi modifié.

Organisé autour de trois volets - anticipation, adaptation et accompagnement -, le projet de loi adopte une approche transversale du vieillissement dont il fait une priorité des politiques publiques. Son financement repose sur la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie** (Casa), créée en 2013, et dont le produit est estimé à 680 millions d'euros en 2015.

La commission a tout d'abord **conforté le financement** du projet de loi en fléchissant, au sein du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les dépenses qui seront engendrées par son adoption (**articles 4, 8 et 38**) : l'utilisation du produit de la Casa est désormais définie de façon claire et stable. Elle a également créé une nouvelle section au sein du budget de la CNSA destinée à recevoir des financements pérennes pour l'aide à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (**article 45 ter [nouveau]**).

Concernant le **volet adaptation**, la commission a supprimé le « volontariat civique senior », jugeant qu'il ne permettait pas de valoriser d'une manière pertinente l'engagement bénévole des aînés (**article 10**). Elle a étendu le bénéfice du forfait autonomie à l'ensemble des résidences autonomie (**article 11**). S'agissant des résidences services, elle a veillé à ce que les évolutions apportées au droit de la copropriété ne déstabilisent pas les résidences qui fonctionnent de manière satisfaisante dans le cadre actuel (**article 15**). Elle a enfin posé les bases d'un encadrement juridique des résidences services dites de « deuxième génération » (**article 15 bis A [nouveau]**).

Pour ce qui est de l'accueil des personnes âgées en établissement (**article 22**), la commission a précisé que le consentement de la personne sur son admission devait être recueilli par le directeur avec la participation du médecin coordonnateur. Toute mesure apportant une restriction à la liberté d'aller et venir du résident pour assurer sa sécurité devra être définie dans le cadre d'une procédure collégiale et pluridisciplinaire. La protection des résidents a été renforcée en cas de résiliation du contrat de séjour. La commission a renvoyé à un décret en Conseil d'État le soin de définir les cas dans lesquels le cumul des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) selon plusieurs modes d'exercice est autorisé (**article 26 bis**). Les règles applicables devront garantir à la fois l'indépendance professionnelle des MJPM et le respect des droits et libertés de la personne protégée ainsi que la continuité de sa prise en charge.

Concernant **l'accompagnement de la perte d'autonomie**, la commission a engagé une nouvelle étape dans la refonte du secteur de l'aide à domicile en créant, à un horizon de cinq ans, un régime unique d'autorisation de l'ensemble des services d'aide à domicile, publics, associatifs et privés (**article 32 bis [nouveau]**). Ces services devront respecter un cahier des charges national et auront l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec leur autorité de tarification. L'estimant prématurée, la commission a supprimé l'expérimentation de dispositifs de suppléance des aidants inspirée du « baluchonnage » québécois (**article 37**) tout en demandant, dans le rapport annexé, le lancement d'une concertation avec les partenaires sociaux du secteur de l'aide à domicile et d'une étude préalable sur son financement.

Enfin, s'agissant de **la gouvernance des politiques de l'autonomie**, la commission a rétabli le Haut Conseil de l'âge, indispensable pour accompagner une politique ambitieuse d'adaptation de la société au vieillissement (**article 46**). Elle a prévu que les régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse feront partie du conseil de la CNSA et que celui-ci comprendra trois vice-présidents élus respectivement parmi les représentants des conseils généraux, des personnes âgées et des personnes handicapées (**article 47 bis [nouveau]**). Enfin, elle a réaffirmé le pilotage des départements dans la prise en charge des personnes âgées au niveau local, en leur confiant également un rôle moteur dans le soutien, l'accompagnement et la valorisation des proches aidants (**article 52 A [nouveau]**).

Mesdames, Messieurs,

La réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie a été longtemps attendue. En 2011, un grand débat national organisé sur la dépendance avait permis de tracer les pistes de la création d'un cinquième risque de la sécurité sociale. Cette réforme n'a jamais pu voir le jour et l'évolution de nos finances publiques en rend aujourd'hui la perspective plus qu'incertaine.

L'objet du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement est à la fois plus circonscrit et plus ambitieux en raison de son caractère transversal. Centré sur le maintien à domicile, qui correspond au souhait d'une très grande majorité de Français, il n'aborde qu'à la marge la question d'une réforme de la prise en charge en établissement. Mais en faisant de l'adaptation de la société au vieillissement « *un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation* » (article 1^{er}), il pose les bases d'une prise en compte, dans l'ensemble du champ de l'action publique, des différentes formes du vieillissement. Le vieillissement individuel, qui doit être anticipé et préparé par des politiques de prévention adaptées. L'augmentation du nombre de personnes âgées, qui suppose un renforcement des politiques d'accompagnement et des moyens humains et financiers consacrés à celles-ci. Enfin, le vieillissement proprement dit, c'est-à-dire l'accroissement de la part des personnes âgées au sein de la population française, qui doit s'accompagner d'une adaptation de l'ensemble des politiques publiques et d'un changement du regard porté par la société sur ses aînés.

Dès le début du quinquennat, ce texte a fait l'objet sous la conduite de Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, de travaux préparatoires puis d'une concertation poussée avec l'ensemble des parties prenantes entre novembre 2013 et février 2014. Dans les mois suivants, le projet de loi a été examiné par le Conseil économique, social et environnemental (Cese) avant d'être discuté, puis adopté par l'Assemblée nationale le 17 septembre 2014.

Le financement de la réforme est connu. Il s'agit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Son produit, estimé à 680 millions d'euros en 2015, sera en majeure partie consacré à la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Il viendra également alimenter les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, créées par le projet de loi, et qui seront chargées de financer dans chaque département des dépenses de prévention destinées en priorité aux personnes âgées les moins dépendantes. Il aura enfin vocation à accompagner, de façon transitoire, la mise en œuvre par l'Agence nationale de l'habitat (Anah) d'un plan national d'adaptation de 80 000 logements privés ainsi qu'un plan d'aide à l'investissement dans les logements-foyers, renommés « résidences autonomie ». Votre commission a souhaité conforter ces financements en inscrivant dans la loi une clé de répartition claire et stable du produit de la Casa au sein du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Dans la même logique, elle a créé au sein du budget de la CNSA une nouvelle section destinée à recevoir des financements pérennes pour l'aide à l'investissement dans le secteur médico-social.

Le processus de décentralisation a permis aux départements de s'affirmer comme l'échelon de collectivité territoriale indispensable au maintien de la solidarité sociale, notamment par la mise en œuvre de politiques d'accompagnement des personnes âgées innovantes et ambitieuses. Votre commission a tenu à réaffirmer leur rôle de pilotage des politiques de l'autonomie au niveau local et à renforcer leur présence au sein du conseil de la CNSA. Concernant la gouvernance nationale, elle est également revenue à l'idée initiale d'un Haut Conseil de l'âge, l'estimant mieux adapté pour accompagner une politique ambitieuse d'adaptation de la société au vieillissement qu'une structure qui serait compétente sur l'ensemble des champs relatifs à la famille.

S'agissant des autres changements apportés par votre commission aux 84 articles qui composent le projet de loi ainsi qu'à son rapport annexé, ils ont été guidés par deux principes : supprimer les dispositions les plus contestables et les moins opérationnelles ; renforcer les points forts sur lesquels il était possible d'être plus ambitieux. Votre commission a en particulier posé les bases d'un développement sécurisé des résidences services de « deuxième génération », renforcé les garanties juridiques offertes aux personnes âgées accueillies en établissement et engagé une étape attendue dans la refonte du secteur de l'aide à domicile en créant, à un horizon de cinq ans, un régime unique d'autorisation de l'ensemble des services d'aide à domicile, publics, associatifs et privés.

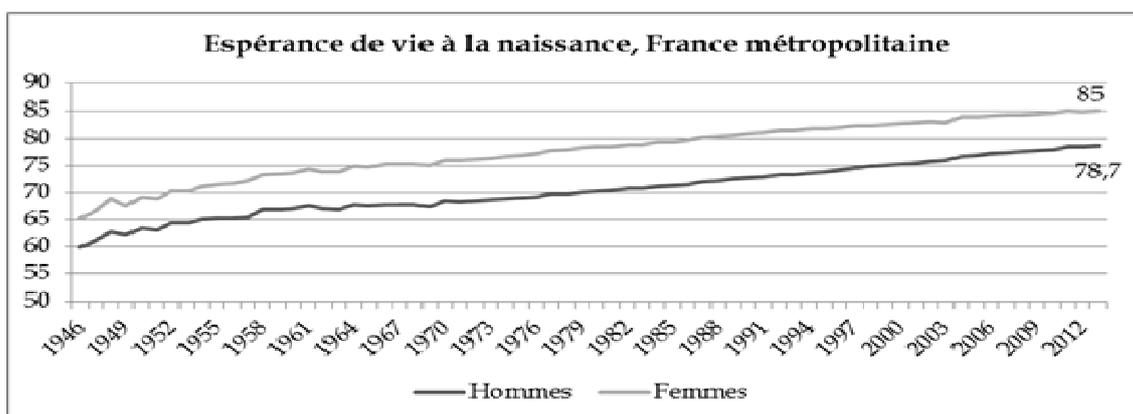
I. LE VIEILLISSEMENT CONSTITUE UN ENJEU QUI DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE APPROCHE TRANSVERSALE DE NOS POLITIQUES PUBLIQUES

A. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE EST À LA FOIS SOURCE D'OPPORTUNITÉS ET DE BESOINS NOUVEAUX EN TERMES D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET D'ADAPTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

1. L'allongement de l'espérance de vie des Français a pour corollaire une augmentation de la part des personnes âgées dans la population

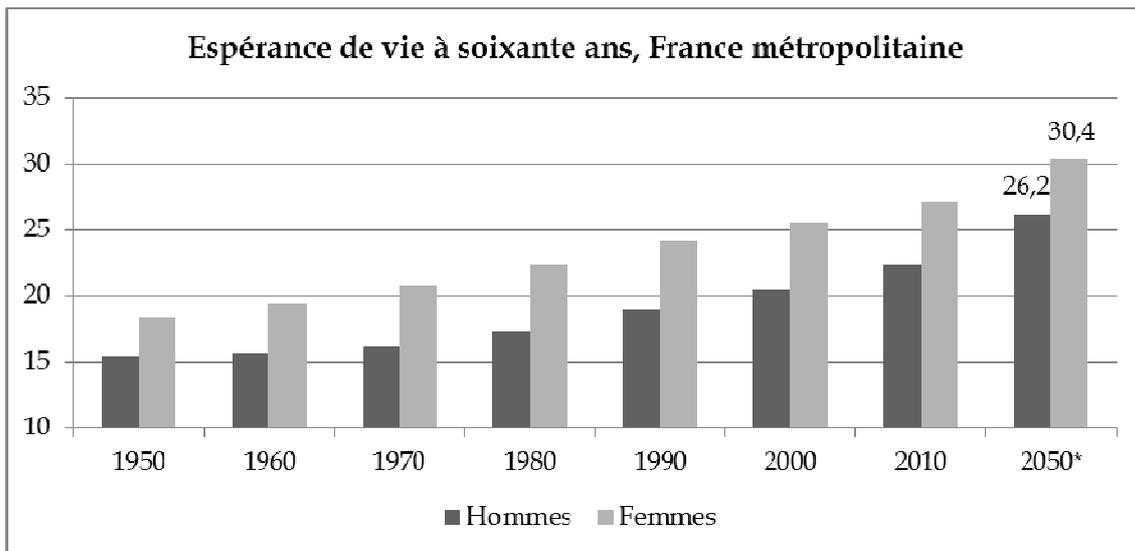
a) La France connaît un allongement continu de l'espérance de vie depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

L'amélioration des conditions de vie matérielles et les progrès de la médecine et en santé publique, constants au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, permettent aux Françaises et aux Français de vivre de plus en plus longtemps. Selon les chiffres de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'espérance de vie à la naissance est ainsi passée dans notre pays d'environ 60 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes en 1946 à respectivement 78,7 ans et 85 ans en 2013.



Source : Commission des affaires sociales d'après données Insee

L'espérance de vie à 60 ans a également progressé de manière spectaculaire depuis 1946, même si cette tendance est appelée à ralentir au cours des prochaines décennies. L'espérance de vie à 60 ans a progressé entre 1946 et 2014 de 50 % pour les hommes (de 15,4 années à 23,2 années) et de 53 % pour les femmes (de 18 à 27,7 années). Les projections permettent d'envisager une progression de 12 % pour les hommes (26,2 années) et de 9,7 % pour les femmes (30,4 années) à l'horizon 2050.

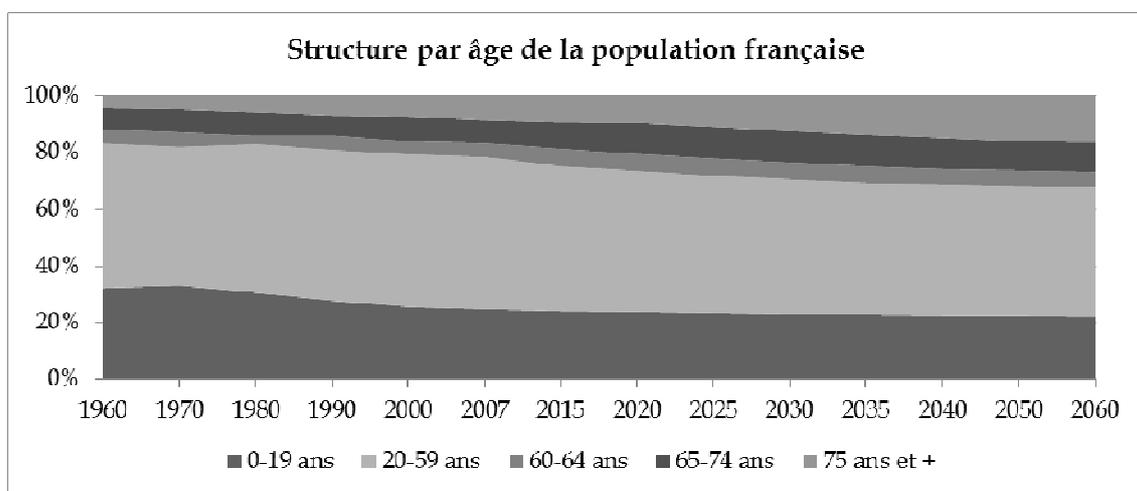


* projection.

Source : Commission des affaires sociales d'après données Insee

b) La structure démographique évolue fortement

Cet allongement de l'espérance de vie s'ajoute à un effet de génération, soixante ans après le « baby-boom » de l'après-guerre. L'effet cumulé de ces deux phénomènes modifie la structure de la population française de manière substantielle. Selon les projections réalisées par l'Insee, les plus de 60 ans pourraient représenter 23,6 millions de personnes, soit un tiers de la population, en 2060, contre un quart aujourd'hui (16 millions de personnes). Le nombre des plus de 75 ans pourrait, lui, selon ces mêmes projections, doubler, passant de 5,7 à 12 millions et le nombre des plus de 85 ans pourrait quadrupler (de 1,4 à 5,4 millions).



Source : Commission des affaires sociales d'après données Insee

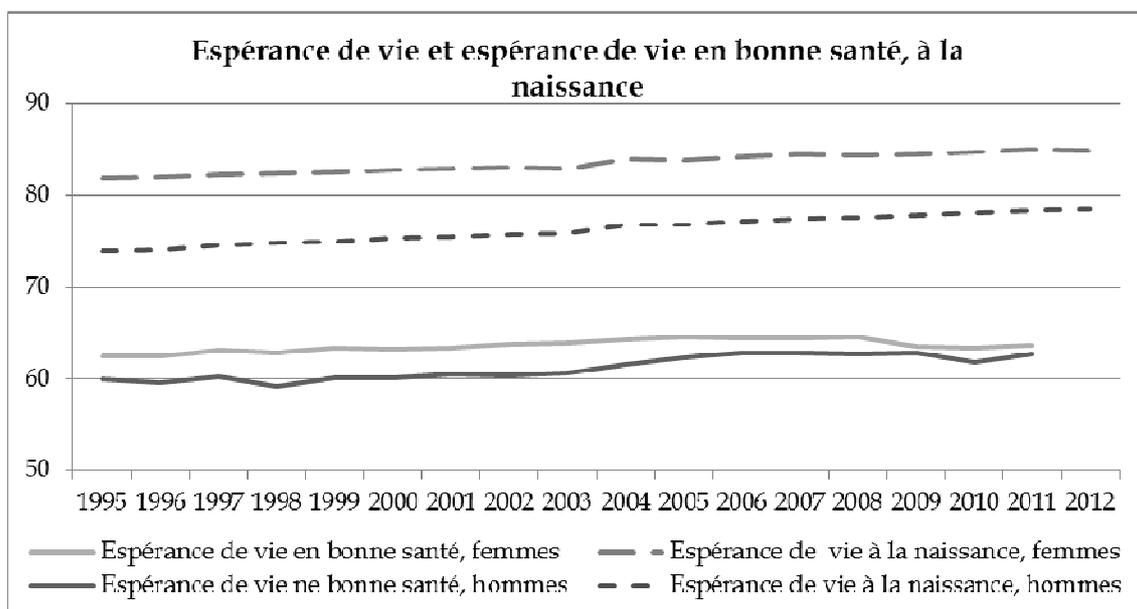
Il s'agit là d'une évolution sociale majeure, qui aura des répercussions sur de nombreux aspects de notre modèle social et économique. Cette évolution ne touche d'ailleurs pas uniquement la France, mais l'ensemble des pays industrialisés dans des proportions diverses, liées notamment au dynamisme de leur natalité. L'Union européenne et l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) ont ainsi identifié ce phénomène comme l'un des défis des décennies à venir.

On peut à ce sujet noter la persistance d'inégalités importantes face à l'allongement de l'espérance de vie selon la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, l'espérance de vie à 35 ans des femmes et des hommes cadres est respectivement de 52 ans et 47 ans contre 49 ans et 41 ans pour les ouvriers¹.

2. Ce phénomène fait naître des problématiques nouvelles

a) Le financement de la perte d'autonomie

Il est possible, et c'est de plus en plus courant, de vieillir en bonne santé. Toutefois, l'espérance de vie sans incapacité progresse moins rapidement que l'espérance de vie à la naissance. La question de la santé des personnes âgées est donc essentielle pour analyser les conséquences socioéconomiques du vieillissement, et celles de la perte d'autonomie et de sa prise en charge sont appelées à prendre une acuité croissante.



Source : Insee

¹ Insee, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », octobre 2011.

L'avancée en âge est en effet propice à l'apparition de limitations motrices ou cognitives qui entraînent une perte d'autonomie plus ou moins importante. Le nombre de personnes en situation de perte d'autonomie, qui s'élevait à 1,15 million en 2010, pourrait, selon les différents scénarios retenus par les prévisionnistes, atteindre entre 1,7 et 2,2 millions à l'horizon 2040¹.

La prise en charge de la dépendance induit des coûts sociaux et privés qui sont importants. Selon les évaluations de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance s'élevaient à 28,3 milliards d'euros en 2011, dont 75 % (21,1 milliards d'euros) financés par les pouvoirs publics et environ 7,2 milliards d'euros restant à la charge des ménages. Cet effort, qui équivaut à 1,41 % du PIB, pourrait atteindre 1,8 % à l'horizon 2040².

b) Le vieillissement de la population entraîne des besoins nouveaux

Les enjeux liés au vieillissement ne se limitent pas à la prise en charge de la perte d'autonomie. La majorité des personnes âgées sont en effet autonomes. Elles connaissent néanmoins des besoins nouveaux en matière d'équipement, de logement ou encore de transport. La prise en compte de ces besoins spécifiques est un impératif pour notre pays, afin de répondre au défi posé par la transition démographique.

Par ailleurs, le vieillissement est également un enjeu social. Le départ à la retraite est souvent un moment de rupture difficile pour les personnes concernées. 1,2 million de personnes âgées de plus de 75 ans souffrent d'isolement relationnel³. Compte tenu des évolutions démographiques, ce chiffre pourrait atteindre 4 millions au cours des 25 prochaines années selon la mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (Monalisa).

Par ailleurs, si la pauvreté des seniors s'est considérablement réduite au cours du dernier quart du XX^{ème} siècle, le taux de pauvreté des âgés semble s'accroître à nouveau. La pauvreté des personnes âgées est particulièrement préoccupante dans la mesure où les personnes concernées n'ont que peu de chances de voir leur situation s'améliorer ainsi qu'en raison des dépenses occasionnées par les besoins spécifiques liés à leur âge, qui réduisent souvent leur reste à vivre de manière considérable.

¹ Drees, *Dossiers solidarité et santé* « Projection des populations âgées dépendantes », n° 43 septembre 2013.

² Drees, *Dossiers solidarités et santé*, « Les comptes de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », n° 50, février 2014.

³ Fondation de France « Les solitudes en France », juillet 2014.

Il est donc nécessaire d'apporter une réponse à ces problématiques, d'autant plus qu'un cadre de vie adapté est de nature à retarder l'entrée dans une situation de dépendance, alors que l'isolement et la pauvreté des personnes âgées sont en effet des facteurs pouvant accélérer la perte d'autonomie.

c) La transition démographique représente une opportunité économique qu'il convient de saisir

La prise en compte des besoins spécifiques liés au vieillissement ne correspond pas seulement à un impératif de nature sociale et médicale, elle représente également une opportunité économique qu'il convient de saisir. C'est dans cet esprit qu'a été signé en décembre 2013 le contrat de filière « silver économie ». Les potentialités économiques qui découlent du vieillissement de la population touchent à un large spectre d'activités, du développement de la domotique et des nouvelles technologies aux secteurs de l'assurance et du crédit. L'objectif affiché par le Gouvernement dans son soutien à la filière de la « silver économie » est de positionner la France dans un rôle de précurseur sur un marché qui représente aujourd'hui 900 millions de personnes âgées à l'échelle mondiale.

B. SI LES POLITIQUES PUBLIQUES ONT INTÉGRÉ L'ENJEU DU VIEILLISSEMENT DEPUIS LES ANNÉES 1990, UNE RÉPONSE LÉGISLATIVE AMBITIEUSE EST ATTENDUE DEPUIS BIENTÔT DIX ANS

1. Les politiques publiques ont cherché, dès les années 1990, à répondre aux défis du vieillissement et de la perte d'autonomie

a) La création d'allocations spécifiques visant à solvabiliser la demande des personnes âgées en perte d'autonomie

Dès 1962, la commission d'études sur les problèmes de la vieillesse présidée par Pierre Laroque avait mis en lumière les enjeux spécifiques posés par l'avancée en âge de la population¹. Cependant, ce n'est qu'à partir des années 1990 que la prise en charge collective de la perte d'autonomie des personnes âgées s'est véritablement développée.

¹ Haut comité consultatif de la population et de la famille, politique de la vieillesse, rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque, 1962, Paris.

La loi du 24 janvier 1997 créant la prestation spécifique dépendance (PSD), issue d'une initiative sénatoriale, a mis en place pour la première fois une allocation visant à compenser directement la perte d'autonomie des personnes âgées¹. Cette initiative, conçue comme une première étape vers la mise en place d'une allocation universelle plus ambitieuse, a été suivie de la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001².

Destinée à toute personne âgée de 60 ans et plus 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 » sans condition de ressources, l'APA est aujourd'hui financée à 70 % par les départements et à 30 % par l'État, par l'intermédiaire de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En 2013, les dépenses brutes d'APA des départements s'élevaient à 5,3 milliards d'euros, en diminution de 0,8 % par rapport à l'année précédente³. Elle est versée à domicile ou en établissement et son montant est calculé en prenant en compte à la fois les ressources de la personne et son niveau de dépendance. L'APA n'est pas soumise à recouvrement sur succession, ce qui était le cas de la PSD.

Le montant d'APA que perçoit une personne âgée est déterminé par une évaluation menée par une équipe médico-sociale du conseil général selon la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) qui classe les personnes en six groupes iso-ressources (GIR) selon leur degré d'autonomie. Contrairement à la PSD qui ne concernait que les GIR 1 à 3, l'APA est versée aux personnes relevant des GIR 1 à 4. Celles qui n'entrent pas dans le champ de l'APA (GIR 5 et 6) peuvent être prises en charge par leur caisse de retraite, dans le cadre de la politique d'action sociale menée par celles-ci.

La grille Aggir

La grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) permet une évaluation de la perte d'autonomie de la personne en repérant ce qu'elle fait et ce qu'elle ne fait pas seule. « Seule » signifie que l'on exclut ce que font les aidants et les soignants ; en revanche, les aides matérielles et techniques (comme les lunettes, prothèses, fauteuil roulant, poche de colostomie, etc.) sont prises en compte. La grille distingue six niveaux de groupes iso-ressources (GIR) :

- Le GIR 1 regroupe les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

¹ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.

² Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et portant création de l'allocation personnalisée d'autonomie.

³ Drees, Etudes et résultats, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 : une hausse soutenue par le RSA », n° 905, février 2015.

- Le GIR 2 comprend 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, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

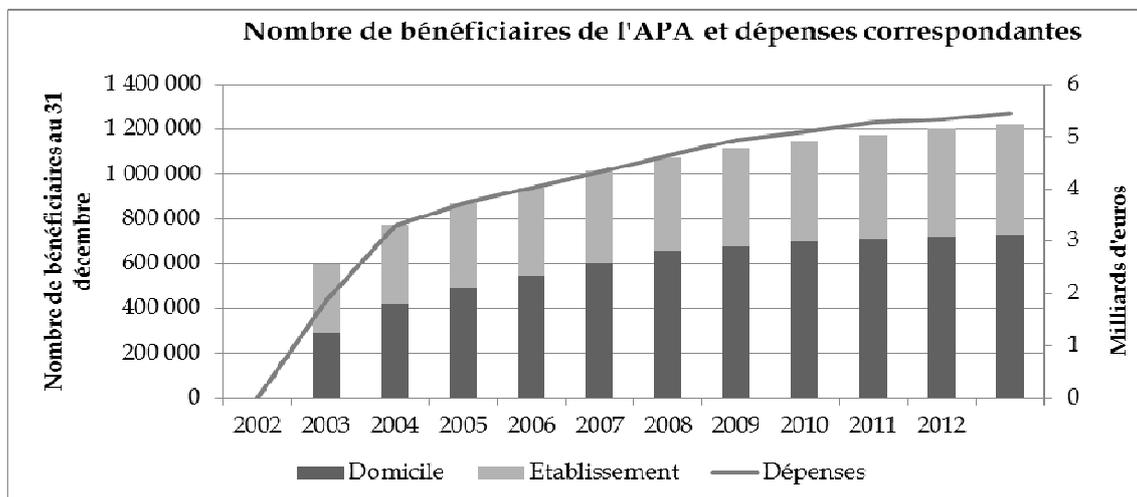
- Le GIR 3 correspond essentiellement aux personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

- Le GIR 4 comprend deux groupes de personnes. D'une part, celles qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule. D'autre part, celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que pour les repas.

- Les GIR 5 et 6 recouvrent les personnes peu ou pas dépendantes.

Source : Drees.

Dès sa création, l'APA a connu une montée en charge rapide. A la fin de l'année 2001, 140 000 personnes étaient allocataires de la PSD. Elles étaient 722 000 à bénéficier de l'APA à domicile en 2011, soit environ 60 % du nombre total de bénéficiaires de l'APA.



Source : Drees

En complément de l'APA, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) prend en charge, sous conditions de ressources, les frais d'hébergement des personnes de plus de 65 ans accueillies dans des établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. De plus, l'aide personnalisée au logement peut être versée aux personnes dépendantes à domicile ou en établissement.

b) Le développement de l'offre d'accompagnement, à domicile et en établissement

Les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile peuvent faire appel au secteur de l'aide à domicile, qui recouvre deux champs distincts.

L'aide à la vie quotidienne, qui a pour objet l'assistance des personnes âgées en perte d'autonomie dans l'accomplissement des tâches et des activités de la vie courante. Cette prise en charge peut être assurée selon trois modes d'intervention : l'emploi direct d'un salarié ; l'intervention d'un salarié d'une association prestataire, d'une entreprise ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS) ; l'emploi direct d'une personne qui dépend en partie d'une structure d'aide à domicile pour certaines de ses formalités administratives (mode mandataire). L'aide à domicile est par ailleurs organisée selon deux régimes juridiques. Le régime de l'autorisation, qui s'inscrit dans le cadre de la politique d'action sociale menée dans chaque département et soumet les services concernés à une tarification administrée du conseil général. Le régime de l'agrément, délivré par les unités territoriales des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), après avis du président du conseil général. Les services déterminent alors librement leurs tarifs au moment de la signature du contrat avec l'utilisateur. Ces tarifs peuvent ensuite augmenter dans la limite d'un plafond défini chaque année par arrêté.

L'offre de soins à domicile, qui relève de l'assurance maladie, s'articule quant à elle autour services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou de l'hospitalisation à domicile (HAD). Depuis 2004, les services d'aide à domicile et les Ssiad peuvent se regrouper au sein de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), chargés de fournir une offre intégrée d'aide et de soins.

La loi du 2 janvier 2002 a prévu la médicalisation des différentes structures accueillant des personnes âgées dépendantes et la signature de convention tripartites avec le département et l'Etat¹. Cette évolution a conduit à une amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées hébergées en établissement, en permettant aux anciennes maisons de retraite de mieux répondre aux besoins spécifiques des personnes dépendantes, notamment en matière de soins. Le plan solidarité grand âge, lancé en 2006, a conduit à un renforcement du processus de médicalisation des Ehpad grâce à la mise en place d'une tarification fondée sur le GIR moyen pondéré soins, destinée à mieux prendre en compte les besoins des personnes hébergées². Ce renforcement de l'encadrement en soins dans les Ehpad, coûteux pour l'assurance maladie, devait se terminer en 2015 avec l'achèvement du renouvellement de l'ensemble des conventions tripartites.

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

² La tarification au GIR moyen pondéré soins conduit à une majoration des dotations soins allouées aux établissements, fondée à la fois sur l'analyse du degré de dépendance des résidents (le GIR moyen pondéré, apprécié à l'aide de la grille Aggir) et sur celle de leurs besoins en soins médico-techniques (le Pathos moyen pondéré). La tarification au GMPS doit se substituer à un mode de financement plus forfaitaire, la dotation minimale de convergence (Dominic).

c) La création d'une ressource spécifique et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Dans un contexte de prise de conscience de la nécessité d'augmenter l'effort public en faveur de l'autonomie des personnes âgées, après notamment la grave crise sanitaire due à la canicule de l'été 2003, la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a créé une journée de solidarité nationale en faveur des personnes âgées¹. Cette journée s'est matérialisée par la mise en place d'une contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

La CSA abonde la CNSA créée par cette même loi. La CNSA est compétente sur l'ensemble du champ des politiques de l'autonomie. Elle agit comme un fonds de péréquation, afin de lutter contre les inégalités entre les territoires.

La CNSA a notamment pour missions de répartir en dotations régionales l'« objectif global de dépenses » (OGD) destiné à financer les soins délivrés par les établissements et services médico-sociaux. Cet OGD, dont le niveau est défini chaque année par voie réglementaire après le vote de la loi de financement de la sécurité sociale, est constitué de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-social ainsi que d'une partie des ressources propres de la CNSA.

Cette dernière contribue également à la prise en charge des dépenses d'APA et de prestation de compensation du handicap (PCH) versées par les départements ainsi que des dépenses de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) avec ses ressources propres.

Les ressources de la CNSA

Le budget prévisionnel pour 2015 adopté par le conseil du 18 novembre 2014 prévoit que la CNSA sera alimentée à hauteur de :

- 79 % par l'Ondam médico-social ; 9,2 milliards d'euros seront consacrés aux personnes handicapées, 8,7 milliards d'euros aux personnes âgées ;
- 11 % par le produit de la CSA, soit 2,5 milliards d'euros ;
- 6 % par une fraction de la CSA de 1,3 milliard d'euros ;
- 3 % par le produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), soit 680 millions d'euros ;
- 1 % par les régimes d'assurance vieillesse.

Au total, les ressources de la CNSA devraient s'élever à 22,55 milliards d'euros en 2015.

Source : CNSA – Dossier de presse du conseil du 18 novembre 2014

¹ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

La CNSA exerce par ailleurs une mission d'expertise et d'appui technique auprès des départements. Elle est tout à la fois une agence d'élaboration, d'évaluation et de diffusion des bonnes pratiques et un espace public de propositions sur l'évolution, la modernisation et l'organisation des politiques conduites dans le champ du vieillissement et du handicap.

L'action de la CNSA est complétée par celle des caisses de retraite, qui consacrent une partie de leurs ressources à des dépenses d'aides sociales, centrée sur les personnes âgées faiblement dépendantes (GIR 5 et 6), pour lesquelles elles financent des plans d'action personnalisés à domicile.

2. Le constat partagé d'une insuffisance des politiques actuellement menées

a) L'urgence d'une réforme ambitieuse de l'allocation personnalisée d'autonomie

Malgré ces avancées successives, les politiques relatives à l'accompagnement de la perte d'autonomie souffrent toujours de nombreuses insuffisances qui sont aujourd'hui clairement identifiées.

La première tient au reste à charge qui pèse de façon de plus en plus lourde sur les personnes âgées en situation de perte d'autonomie. La notion de reste à charge désigne le coût qui reste à la charge de la personne et de sa famille après intervention de la collectivité.

Selon une étude de la Drees, en 2007, le ticket modérateur sur le plan d'aide attribué par le conseil général était acquitté par 77 % des bénéficiaires de l'APA à domicile, pour un montant moyen de 123 euros par mois, soit environ un quart du plan d'aide moyen¹. En 2013, 84 % des bénéficiaires de l'APA acquittaient un ticket modérateur².

En établissement, le reste à charge est composé pour l'essentiel du tarif hébergement, auquel s'ajoute la participation laissée à la charge du bénéficiaire sur le tarif dépendance. Une étude de février 2011 de la Drees sur le reste charge en établissement réalisée dans la perspective du débat national sur la dépendance évaluait la dépense en établissement, en 2007, à 1 938 euros par mois. Avec une aide publique totale moyenne de 470 euros par mois, soit un quart de la dépense, le reste à charge moyen s'élevait ainsi à 1 468 euros par mois.

La modernisation des établissements entreprise depuis une décennie a nécessité des investissements qui ont constitué le facteur principal de hausse du tarif d'hébergement. Les normes techniques architecturales et de

¹ Drees Enquête trimestrielle 2011 n° 2 – Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie réalisée par la Drees auprès des conseils généraux

² Drees, *Etudes et résultats*, « Les bénéficiaires de l'APA à domicile et leurs ressources en 2011 », n° 876, février 2014.

sécurité appliquées aux établissements contribuent également au renchérissement des prix.

Au poids du reste à charge s'ajoute l'incapacité des plans d'aide à satisfaire l'ensemble des besoins des personnes prises en charge à domicile. En 2007, 26 % des plans d'aide APA étaient « saturés », c'est-à-dire d'un montant égal au plafond fixé au niveau national, ce qui laisse penser que ce plan ne couvrirait pas l'intégralité de leurs besoins¹. La saturation des plans d'aide était supérieure pour les GIR 1 et 2 puisqu'elle s'établissait respectivement à 44 % et 36 % des plans. Certaines personnes, dans les catégories les plus dépendantes, ne sont donc pas en mesure de bénéficier de toutes les aides dont elles ont besoin. De surcroît, les plans d'aide, essentiellement composés d'heures d'intervention humaine, s'avèrent trop peu diversifiés. En particulier, le financement d'aides techniques ou de dispositifs de répit demeure insuffisant. Dans une période où les difficultés financières rencontrées par les conseils généraux les conduisent à contraindre de plus en plus leurs dépenses d'APA, cette tendance tend à s'accroître.

De surcroît, la variabilité des pratiques d'attribution de l'APA selon les départements est source d'inégalités territoriales. Ainsi, le nombre de bénéficiaires de l'APA rapporté aux personnes de 75 ans et plus varie fortement selon les départements. Cette situation s'explique pour partie par des différences dans l'état de santé de la population mais également par des politiques plus ou moins « généreuses » d'utilisation de la grille Aggir par les services départementaux.

Enfin, le secteur de l'aide à domicile, malgré les besoins croissants de la population, est confronté à des difficultés financières récurrentes auxquelles s'ajoute un environnement juridique complexe, qui nuit à la lisibilité de l'offre proposée.

b) L'enjeu du maintien au domicile

Le maintien au domicile se heurte en premier lieu au manque de logements adaptés pour faire face au vieillissement de la population. Un rapport de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) et de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) paru en 2013 indiquait ainsi que seulement 6 % des logements sont aujourd'hui adaptés au vieillissement de leurs occupants. Selon ce rapport, deux millions de logements auraient besoin d'être adaptés afin d'y permettre le maintien de leurs occupants dans des conditions satisfaisantes.

Les aidants jouent par ailleurs un rôle central dans la prise en charge à domicile de la perte d'autonomie. Ils sont aujourd'hui 4,3 millions, dont 800 000 à accompagner un bénéficiaire de l'APA. Or les aidants sont

¹ Drees, *Etudes et résultats*, « Une analyse des montants des plans d'aide APA accordés à domicile au regard des plafonds nationaux applicables », n° 748, février 2011.

confrontés à des difficultés nombreuses. La charge physique et psychologique que représente le soutien en continu d'une personne âgée dépendante est en effet très lourde et conduit souvent les personnes concernées à mettre de côté leurs activités personnelles ou professionnelles. Cette charge devient d'autant plus difficile à supporter lorsque les aidants font face à leur propre vieillissement. Si les dispositifs de soutien existent, ils doivent être davantage structurés et développés dans le cadre d'une politique structurée de soutien et de valorisation des aidants.

Enfin, l'offre de logements intermédiaires entre le domicile et l'Ehpad n'est pas suffisante. Si la transformation de nombreux établissements en Ehpad a permis une amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées hébergées en établissement, elle a également contribué dans une large mesure à la disparition de l'offre de logement intermédiaire. Or les Ehpad ne sont pas adaptés à des personnes autonomes ou dont la perte d'autonomie est légère. Pour celles-ci, l'entrée dans ce type d'établissement est au contraire de nature à accélérer la perte d'autonomie. De plus, l'hébergement en Ehpad représente une solution coûteuse pour la personne accueillie comme pour la collectivité.

c) Une gouvernance encore perfectible des politiques de l'autonomie

La gouvernance des politiques de l'autonomie souffre d'une trop grande complexité et d'un manque de coordination entre les acteurs.

Au niveau national, il n'existe pas de lieu unique de débat et de proposition sur les politiques de l'autonomie et la CNSA n'est pas en mesure d'assurer un véritable rôle d'expertise et de conseil auprès des équipes médico-sociales des départements en charge de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées et de l'élaboration des plans d'aide à domicile.

Au plan local, les relations entre le département, chef de file de l'action gérontologique, et les agences régionales de santé (ARS), mais aussi entre les centres locaux d'information et de coordination (Clic) et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) ne sont pas toujours suffisamment coordonnées. Cela nuit à la lisibilité des politiques menées pour les personnes âgées et leurs aidants et peut engendrer un manque de coordination, voire des ruptures dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

3. En dépit de vastes travaux préparatoires, la grande loi annoncée sous le quinquennat précédent n'a finalement pas vu le jour

Le 18 septembre 2007, à l'occasion du 40^{ème} anniversaire de l'Association des journalistes de l'information sociale, le Président de la République Nicolas Sarkozy a annoncé au palais du Luxembourg son souhait qu'un projet de loi sur la prise en charge de la dépendance soit

prochainement soumis au Parlement. Il a évoqué à cette occasion la possibilité de consacrer un cinquième risque à la dépendance des personnes âgées et handicapées.

La question du cinquième risque

Le handicap comme la perte d'autonomie des personnes âgées ont fait l'objet depuis quinze ans de plusieurs réformes majeures visant à améliorer la prise en charge des personnes concernées. Une réflexion s'est engagée à cette occasion sur la proximité des situations auxquelles les personnes âgées et handicapées sont confrontées, et sur l'opportunité d'unifier leur prise en charge au sein d'un « cinquième risque ». La création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004 a constitué un premier pas important dans cette direction.

Toutefois, comme le soulignait en 2008 la mission sénatoriale sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque, un alignement des prestations, passant en particulier par une convergence de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), entraînerait un surcroît de dépenses que l'état des finances sociales ne permet pas d'envisager à moyen terme. En outre, un tel alignement ne serait pas nécessairement pertinent au vu des différences de situation entre personnes âgées et personnes handicapées.

C'est donc davantage par un rapprochement des méthodes d'évaluation, quel que soit l'âge, qu'il serait possible d'avancer vers la création d'un cinquième risque, avec notamment :

- la mise en place de maisons départementales de l'autonomie (MDA) rassemblant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les équipes médico-sociales des départements ;

- la constitution de la CNSA en véritable « maison commune de l'autonomie », dotée de pouvoirs d'expertise et d'animation analogues dans le domaine de la perte d'autonomie des personnes âgées à ceux qu'elle possède déjà dans le secteur du handicap.

Dès le 12 décembre 2007, le Sénat a créé une mission commune d'information, présidée par M. Philippe Marini rapportée par M. Alain Vasselle et composée de membres des commissions des affaires sociales et des finances, sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque.

Cette mission commune a adopté un rapport d'étape en juillet 2008, dont elle a livré une version actualisée en juillet 2011 préconisant¹ :

- de renforcer la démarche de prévention de la perte d'autonomie, en maintenant le GIR 4 dans le dispositif APA pour éviter une aggravation de la perte d'autonomie et un basculement en GIR 1 à 3 ;

- d'améliorer l'évaluation des besoins et la solvabilisation des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile (harmoniser les processus d'instruction, de décision et de contrôle de l'APA, relever les plafonds d'aide de façon ciblée, solliciter les patrimoines les plus élevés) ;

- de maîtriser le reste à charge des familles et d'assurer une dépense plus efficace en établissement ;

- de rechercher de nouvelles recettes en prenant en considération la situation globale des finances publiques (seconde journée de solidarité, extension de la CSA aux non-salariés) ;

- de favoriser la généralisation de la couverture assurantielle sur une base volontaire ;

- d'aménager la gouvernance actuelle du système de prise en charge, en affirmant notamment un principe de parité de financement de l'APA entre l'Etat et les conseils généraux.

Le Président de la République ayant réaffirmé le souhait d'une réforme de la prise en charge de la dépendance, un grand débat national a été lancé le 8 février 2011, animé par quatre groupes de travail consacrés aux thématiques société et vieillissement, enjeux démographiques et financiers, accueil et accompagnement des personnes âgées et stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes.

Pour autant, les attentes et espoirs suscités par ces nombreux travaux sont demeurés sans réponse. En effet, le contexte économique et la situation des finances publiques ont conduit le Gouvernement à renoncer à une réforme d'envergure.

¹ Rapport d'information de M. Alain Vasselle, fait au nom de la mission commune d'information dépendance, « Dépendance des personnes âgées : le Sénat prépare le débat », n° 263 (2010-2011), 26 janvier 2011.

II. LA RÉFORME PROPOSÉE PAR LE GOUVERNEMENT : UNE APPROCHE NOUVELLE DE LA QUESTION DU VIEILLISSEMENT MALGRÉ DES FINANCEMENTS CONTRAINTS

A. LE PROJET DE LOI ADOPTE UNE APPROCHE TRANSVERSALE DU VIEILLISSEMENT DONT IL FAIT UNE PRIORITÉ DE L'ENSEMBLE DES POLITIQUES PUBLIQUES

1. Des travaux préparatoires poussés pour une approche renouvelée de la question du vieillissement

Le présent projet de loi est issu de travaux préparatoires lancés dès l'année 2012. Trois rapports, remis au début de l'année 2013 à Mme Michèle Delaunay, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, ont permis d'en tracer les principaux contours.

Les travaux de Mme Martine Pinville, aujourd'hui rapporteure du projet de loi à l'Assemblée nationale, soulignaient que, si aucun pays de l'OCDE n'avait jusqu'à présent été en mesure de développer une véritable politique de l'âge globale et transversale, la France était en mesure de jouer un rôle pionnier en la matière¹.

Le rapport du docteur Jean-Pierre Aquino sur l'anticipation de la perte d'autonomie a quant à lui insisté sur la nécessité de mener des actions de prévention à la fois dans des moments de rupture (départ à la retraite, maladie, isolement, notamment) mais également tout au long de la vie². Le rapport souligne également que la prévention ne doit pas se limiter à la sphère sanitaire et médico-sociale, mais avoir une dimension pluridisciplinaire.

Enfin, le rapport de Luc Broussy souligne que les générations actuelles de personnes âgées, davantage sensibilisées à la question du vieillissement, sont également mieux à même de l'anticiper et de définir, pour elles-mêmes, un véritable projet de vie avant leur perte d'autonomie³. Pour ces générations, le maintien à domicile est une exigence. Il doit par conséquent devenir une priorité de l'ensemble des politiques publiques, en particulier de celles du logement et de l'urbanisme.

¹ Martine Pinville, députée de la Charente, « Relever le défi de l'avancée en âge : perspectives internationales », mars 2013.

² Rapport du Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie, présidé par le Dr Jean-Pierre Aquino, « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », février 2013.

³ Luc Broussy, conseiller général du Val d'Oise, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France, année zéro », janvier 2013.

A la suite de ces travaux, une concertation a été lancée avec l'ensemble des parties prenantes des politiques du vieillissement à la fin de l'année 2013. Ses travaux ont été restitués le 12 février 2014. Le texte qui en est inspiré, initialement intitulé « *projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement* », a été transmis, conformément aux règles fixées par la Constitution s'agissant des lois de programmation, au Conseil économique, social et environnemental (Cese) le 14 février 2014. Ce dernier a rendu un avis le 26 mars 2014.

2. Un premier pas vers un changement du regard porté sur la question du vieillissement

Le projet de loi est organisé autour de trois piliers que sont l'anticipation du vieillissement, l'adaptation de la société à celui-ci et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Il est accompagné d'un projet de rapport annexé qui, au-delà de la présentation des mesures de nature législative, embrasse l'ensemble du champ des politiques relatives au vieillissement et dresse les grandes lignes des actions qu'entend mener le Gouvernement au cours des prochaines années. Les préoccupations larges et diverses qui y sont exposées trouvent un écho dans l'article 1^{er} du projet de loi, dont la portée est davantage programmatique que normative : « *l'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation* ».

Il s'agit bien d'affirmer que la question du vieillissement ne doit plus être appréhendée sous le seul angle de la prise en charge sanitaire et médico-sociale de la perte d'autonomie mais de façon transversale, dans une logique intégrant l'ensemble des politiques publiques. Si le Cese, dont deux sections se sont saisies du projet de loi – la section de l'aménagement durable des territoires et celle des affaires sociales et de la santé –, a salué ses orientations, il a également souligné la nécessité d'aller vers davantage de transversalité en la matière. De façon symbolique, il suggère de rattacher le ministère délégué aux personnes âgées « *à un ministère plus large de l'égalité et de la solidarité, afin d'intégrer la question du vieillissement dans toutes les politiques publiques* ». Une telle évolution constituerait selon lui l'une des conditions d'un véritable changement du regard de la société sur la question du vieillissement.

L'approche transversale adoptée par le projet de loi a été saluée à plusieurs reprises au cours des auditions organisées par vos rapporteurs. Ainsi, l'observatoire décentralisé de l'action sociale (Odas) a souligné l'aspect positif de ce changement de regard qui incite à ne plus voir le vieillissement comme un problème mais met au contraire l'accent sur l'utilité sociale des personnes âgées. Le souci du projet de loi de favoriser l'engagement associatif des personnes âgées et la transmission intergénérationnelle leur a, à ce titre, paru important. Pierre-Henri Tavoillot, maître de conférence à la Sorbonne et

président du collège de philosophie, a de son côté remarqué le regard positif que porte le texte sur la vieillesse, qui n'est pas une maladie mais une période de la vie où apparaissent des fragilités, et par conséquent des risques, qui doivent être pris en compte. Dès lors, les politiques de l'âge ne doivent plus aborder celui-ci sous le seul angle médico-social et sanitaire mais prendre en compte le lien social des personnes âgées avec le reste de la société et mieux valoriser leur trajectoire existentielle, notamment leur souhait de rester à domicile le plus longtemps possible.

C'est également la volonté de dépasser la seule sphère médico-sociale et les questionnements traditionnels sur le vieillissement qui a conduit vos rapporteurs à solliciter l'ensemble des membres de la commission des affaires sociales afin qu'ils puissent leur faire part de leurs témoignages et d'expériences innovantes dont ils auraient eu connaissance sur leurs territoires. Vos rapporteurs remercient leurs collègues pour ces contributions qui ont permis d'enrichir considérablement leur réflexion. Elles prouvent, s'il en était besoin, que les grandes orientations définies par le projet de loi et son rapport annexé pourront s'appuyer sur le dynamisme d'acteurs de terrain engagés et innovants.

Une politique ambitieuse du vieillissement doit également pouvoir s'appuyer sur des travaux de recherche poussés. A cet égard, Mme Florence Weber, MM. Bernard Ennuyer, Serge Guérin et Pierre-Henri Tavoillot ont alerté vos rapporteurs sur les menaces qui pèsent, à très court terme, sur le fonds documentaire de la Fondation nationale de gérontologie, en raison de la destruction programmée des locaux de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris qui abritaient les 20 000 documents qui composent ce fonds. Vos rapporteurs formulent le vœu qu'une solution puisse être trouvée dans les tous prochains mois afin que soient préservés des outils indispensables aux chercheurs qui travaillent sur les questions du vieillissement.

B. LE FINANCEMENT DU PROJET DE LOI EST ASSURÉ PAR UNE ENVELOPPE BIEN IDENTIFIÉE MAIS DONT L'AMPLEUR EST LIMITÉE

1. Un projet de loi intégralement financé par le produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

La contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Fixée à un taux de 0,3 %, elle est assise sur une partie des pensions de retraite et d'invalidité ainsi que sur les préretraites¹.

¹ Sont exonérés du paiement de la contribution les retraités qui bénéficient du taux réduit de CSG de 3,8 %, c'est-à-dire dont la contribution d'impôt sur le revenu de l'année précédente n'atteint pas le seuil de 61 euros applicable pour la mise en recouvrement de celle-ci. Selon les estimations du Gouvernement, l'application de ce seuil revenait à exclure 44 % des retraités du paiement de la Casa en 2013.

Elle correspond en pratique à une extension de l'assiette de la CSA qui repose sur la seule masse salariale. Cette ressource est appelée à connaître une évolution dynamique dans les années à venir.

Perspectives d'évolution du produit de la Casa 2015-2020

2015	2016	2017	2018	2019	2020
683	702	722	750	779	792

Source : DGCS – Réponses aux questionnaires budgétaires PLFSS 2015

Initialement, le produit de la Casa devait être mis en réserve au sein d'une nouvelle section du budget de la CNSA afin de préparer la réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie. Les lois de financement pour 2013 et 2014 ont cependant prélevé, à due concurrence, une partie du produit de la CSG affecté à la CNSA afin de l'orienter vers le fonds de solidarité vieillesse (FSV). Si un amendement parlementaire a permis de conserver 100 millions d'euros issus de la Casa au sein du budget de la CNSA en 2014, près d'un milliard d'euros, initialement destinés à financer la réforme en cours, *in fine*, été utilisés pour combler le déficit du FSV.

En 2015, le Gouvernement s'est engagé à ce que le produit de la Casa soit intégralement versé à la CNSA. Les incertitudes relatives au calendrier d'examen du projet de loi laissent malgré tout planer un doute quant à la façon dont sera utilisée une partie de cette ressource. Pour le moment, 300 millions d'euros doivent permettre de reconduire, pour les années 2015 à 2017, le plan d'aide à l'investissement qui était jusque-là financé chaque année en loi de financement par 2 % du produit de la CSA. 20 millions d'euros seront également débloqués dès cette année pour accompagner l'Anah dans le lancement du plan national d'adaptation des logements. Enfin, le Gouvernement a agréé un avenant à la convention collective de l'aide à domicile qui doit permettre de revaloriser à hauteur de 1 % la valeur du point d'indice dans la branche. La mesure coûtera 25 millions d'euros en 2015.

L'étude d'impact du projet de loi se fonde sur l'hypothèse d'un produit de la Casa égal à 645 millions d'euros par an. Elle envisage une phase transitoire durant laquelle une partie de ce produit sera consacrée au financement du volet adaptation du projet de loi. Comme cela a été indiqué précédemment, 20 millions d'euros sur les 84 millions prévus par l'étude d'impact seront affectés dès 2015 à l'Anah.

**Prévision d'utilisation du produit de la Casa
pour le financement des trois volets du projet de loi**

Volet anticipation et prévention de la perte d'autonomie	185 000 000 €
Aides techniques / Actions collectives de prévention	140 000 000 €
Forfait-autonomie en logements-foyers	40 000 000 €
Contribution au fonds de compensation du handicap	5 000 000 €
Volet adaptation de la société au vieillissement (dépenses temporaires)	84 000 000 €
Plan d'adaptation de 80 000 logements privés par l'Anah	40 000 000 €
Fonds de garantie du microcrédit	4 000 000 €
Plan d'aide à l'investissement dans les résidences autonomie	40 000 000 €
Volet accompagnement de la perte d'autonomie	460 000 000 €
APA domicile : revalorisation des plafonds d'aide	153 000 000 €
APA domicile : diminution du ticket modérateur	197 000 000 €
APA domicile : amélioration des conditions de travail du secteur de l'aide à domicile	25 000 000 €
Actions de soutien et d'accompagnement des aidants financées par la CNSA	5 000 000 €
Appui et formation pour l'accueil familial	1 000 000 €
Droit au répit pour les aidants et prise en charge des bénéficiaires de l'APA lorsque l'aidant est hospitalisé	78 000 000 €

Source : Etude d'impact annexée au projet de loi

2. Une enveloppe fermée qui limite nécessairement les ambitions des réformes proposées

Vos rapporteurs saluent la démarche consistant à consacrer une enveloppe de financement dédiée à la mise en œuvre de la réforme de l'accompagnement à domicile des personnes en situation de perte d'autonomie. Compte tenu de la situation actuelle de nos finances publiques, l'effort est loin d'être négligeable.

Néanmoins, ils ne peuvent que regretter le report, à une date plus qu'incertaine, de la réforme de la prise en charge en établissement. Le projet de loi engage une évolution timide vers une meilleure maîtrise des tarifs hébergement à travers la création d'un « tarif socle » à l'article 40. Vos rapporteurs souhaitent que cette démarche puisse être confortée dans le cadre du groupe de travail qui a été lancé sur la tarification des Ehpad. Ils soulignent par ailleurs l'enjeu essentiel que revêt, pour les personnes hébergées et pour leurs familles, la mise en place d'un portail d'information par la CNSA.

Une autre déception, souvent exprimée au cours des auditions menées par vos rapporteurs, tient à l'absence de convergence entre les politiques du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées. La question de la suppression des barrières d'âge de soixante et soixante-quinze ans est abordée par le projet de loi à travers une demande de rapport introduite à l'Assemblée nationale (article 30 *bis*). Vos rapporteurs se satisfont de cette demande tout en soulignant que le rapprochement des politiques du handicap et de la prise en charge des personnes âgées, s'il

apparaît intellectuellement stimulant, se heurtera nécessairement à des difficultés financières et de principe nombreuses dont les enjeux relatifs à la mise en place de maisons départementales de l'autonomie (MDA) constituent une première illustration. De façon corollaire, c'est la question très spécifique du vieillissement des personnes handicapées qui apparaît insuffisamment abordée par le projet de loi.

De tels constats conduisent nécessairement à s'interroger sur la façon dont pourraient être assuré, à l'avenir, le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie. Le développement du recours aux assurances privées, s'il constitue une piste qui peut être étudiée, ne pourra apporter qu'une réponse partielle et qui ne doit pas conduire à une aggravation des inégalités face au risque de perte d'autonomie.

Vos rapporteurs privilégient donc la voie d'un financement socialisé des dépenses relatives à la prise en charge de la perte d'autonomie. La création d'une deuxième journée de solidarité ou l'alignement du taux de CSG des retraités sur celui des actifs ont été évoquées à plusieurs reprises au cours de leurs travaux. Vos rapporteurs ont souhaité proposer à la commission des affaires sociales une solution plus mesurée consistant à parachever l'élargissement de la CSA entamé avec la création de la Casa, en y incluant les travailleurs indépendants. Il leur a en effet semblé inéquitable qu'une catégorie de la population demeure encore exonérée de toute participation à l'effort collectif en faveur de la prise en charge de la perte d'autonomie. Un tel élargissement aurait permis de compléter le produit de la Casa à hauteur de 250 millions d'euros. Cette enveloppe de financement supplémentaire aurait pu être entièrement fléchée vers la réforme de l'APA. La commission des affaires sociales a cependant estimé que la période actuelle n'était pas propice à une augmentation des prélèvements, qui plus est pour une catégorie de la population qui a été confrontée à une lourde augmentation de ceux-ci au cours des dernières années.

III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION

A. CONFORTER LE VOLET FINANCIER DU PROJET DE LOI ET LA GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

1. Une utilisation désormais clairement définie et stabilisée du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

Votre commission a adopté plusieurs amendements présentés par ses rapporteurs aux **articles 4, 8 et 38** du projet de loi. Les modifications introduites permettent de flécher de façon précise et stable la répartition du produit de la Casa entre les différentes sections du budget de la CNSA. Cela n'est pas le cas dans le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale dans la mesure où le pouvoir réglementaire dispose d'une large marge d'appréciation pour définir, une fois la loi adoptée, les modalités d'utilisation du produit de la Casa.

La clé de répartition proposée se fonde sur les données fournies par l'étude d'impact. Elle respecte donc les orientations fixées par le Gouvernement concernant l'utilisation de la Casa. Le produit de la Casa connaissant une évolution dynamique, le fait d'avoir fixé des pourcentages stables pour le financement de chacun des volets de la réforme permettra de leur garantir des recettes en augmentation continue au cours des années à venir.

Règles d'utilisation du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) définies par votre commission

Article du texte	Objet	Montants indiqués par l'étude d'impact (en euros)	Part de la Casa	Section de la CNSA
4	Enveloppe allouée aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie	180 000 000	28 %	V
4	Contribution au fonds de compensation du handicap	5 000 000	0,5 %	V
8	Formation des aidants, des accueillants familiaux et des bénévoles intervenant dans la lutte contre l'isolement	6 000 000	1 %	IV
38	Réforme de l'APA à domicile	453 000 000	70,5 %	II

Votre commission a procédé de la même façon, à l'article 38, concernant l'utilisation de la fraction de la Casa consacrée à la réforme de l'APA : 34 % iront à la revalorisation des plafonds d'aide, 43 % à la diminution du reste à charge, 17 % au financement des mesures de répit et 6 % au secteur de l'aide à domicile.

La réforme de l'APA ne pourra monter en charge que de façon progressive, à mesure que seront réexaminés les plans d'aide des bénéficiaires. La part du produit de la Casa qu'il est prévu de lui consacrer en année pleine - 70,5 % - ne sera donc pas entièrement utilisée au cours des premières années. Votre commission a tenu compte de cet élément afin de soustraire, pendant les deux années qui suivront l'adoption de la loi, de la fraction de Casa affectée à la CNSA les dépenses temporaires consacrées au volet adaptation.

Autre mesure structurante, votre commission a créé une nouvelle section au sein du budget de la CNSA destinée à recevoir des financements pérennes pour l'aide à l'investissement dans le secteur médico-social (**article 45 ter [nouveau]**). Il s'agit là d'une proposition déjà formulée à plusieurs reprises par le Sénat à l'occasion de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale. Les besoins du secteur sont en effet grandissants et les établissements et services sociaux et médico-sociaux ont le droit de disposer d'une visibilité sur la façon dont ils pourront être accompagnés par la CNSA dans leurs projets de rénovation et de modernisation.

2. La clarification de la gouvernance nationale et locale

En premier lieu, votre commission a souhaité replacer les départements au cœur de la définition et de la mise en œuvre des politiques de l'autonomie. Pour cela, elle a adopté un amendement réaffirmant le rôle de pilote des départements dans la prise en charge des personnes âgées (**article 52 A [nouveau]**). Ces dispositions, qui figuraient dans l'avant-projet de loi élaboré au mois de février 2014, avaient été supprimées par la suite en raison des incertitudes qui pesaient sur l'avenir des départements en tant que collectivités territoriales. Le débat sur ces questions s'étant apaisé, votre commission a estimé nécessaire de rétablir cet article.

Votre commission a également renforcé la place des départements au sein du conseil de la CNSA en leur confiant une vice-présidence (**article 47 bis [nouveau]**). Les représentants des personnes âgées et ceux des personnes handicapées disposeront également chacun d'une vice-présidence. En outre, votre commission a prévu que les régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse feront partie du conseil de la CNSA.

En première lecture, l'Assemblée nationale a, sur proposition du Gouvernement, transformé le Haut Conseil de l'âge, dont la création était prévue par le projet de loi initial, en Haut Conseil de la famille et des âges de

la vie, compétent pour trois politiques : la politique familiale, la protection de l'enfance et l'adaptation de la société au vieillissement (**article 46**). Votre commission estime au contraire que les liens entre ces trois politiques sont trop ténus pour que ce Haut conseil puisse avoir une action cohérente. De surcroît, elle craint que l'objectif de simplification ne se traduise en réalité par la création de deux structures au sein d'une structure « chapeau » nouvelle. Votre commission a donc décidé de rétablir le Haut Conseil de l'âge, qui sera un outil de gouvernance indispensable pour soutenir une politique ambitieuse d'adaptation de la société au vieillissement et montrer la détermination des pouvoirs publics à prendre cette question à bras-le-corps.

B. RENFORCER LES DROITS ET LA PROTECTION DES AÎNÉS

1. L'engagement associatif et citoyen des aînés

Deux articles du projet de loi se fixent pour objectif d'encourager et valoriser l'engagement associatif des aînés. L'**article 9** limite aux seules personnes âgées de soixante ans et plus le droit de se voir délivrer une attestation de tutorat d'un jeune en service civique. L'**article 10** crée un « volontariat civique senior ». Votre commission a estimé qu'en l'état, ces dispositions risquaient de s'avérer contre-productives.

Elle a donc supprimé la condition d'âge fixée à l'**article 9** pour bénéficier de l'attestation de tutorat. Elle estime en effet la délivrance de ce type d'attestation au moins aussi utile pour des personnes engagées dans la vie active et qui pourront ainsi valoriser leur engagement citoyen auprès d'un employeur. Par pragmatisme, elle a également supprimé le caractère obligatoire de la délivrance des attestations. L'agence du service civique a en effet des moyens humains limités. Elle n'est pas, à l'heure actuelle, en mesure de fournir de façon systématique des attestations de tutorat à l'ensemble des tuteurs de jeunes en service civique.

L'ensemble des associations auditionnées par vos rapporteurs ont fait part de leurs réticences voire de leur franche opposition au « volontariat civique senior » proposé à l'**article 10**. Sa dénomination introduit une confusion avec le service civique des jeunes alors que les deux dispositifs sont en réalité très éloignés. En outre, délivrer un certificat de « bon volontariat » pourrait conduire à une hiérarchisation malvenue entre bénévoles. Comme l'ont souligné les représentants du collectif « Combattre la solitude des personnes âgées » devant vos rapporteurs, les seniors souhaitant s'engager dans une association ont avant tout besoin d'être mieux informés, davantage encouragés et valorisés, non pas individuellement, mais à travers les projets qu'ils peuvent mener en commun. Pour ces raisons, votre commission a supprimé l'article 10 tout en introduisant dans le rapport annexé des pistes de nature à encourager et à valoriser l'engagement

associatif des seniors. Cette reconnaissance de la communauté nationale pourrait par exemple s'exprimer au travers de la remise d'une récompense à des bénévoles particulièrement investis, sur la proposition des acteurs associatifs. La journée internationale des volontaires, le 5 décembre de chaque année pourrait être l'occasion de cette cérémonie.

2. L'encadrement juridique du fonctionnement des résidences-services

Votre commission, en lien avec les commissions des affaires économiques et des lois, a modifié l'**article 15** rénovant le cadre juridique applicable aux résidences-services qui relèvent du droit de la copropriété. Cet article doit permettre de répondre aux failles identifiées dans le droit applicable et qui ont pu conduire à des abus préjudiciables aux résidents. Votre commission a sécurisé le dispositif envisagé afin de ne pas déstabiliser les résidences existantes lorsqu'elles fonctionnent de façon satisfaisante.

Votre commission a par ailleurs adopté deux amendements identiques de ses rapporteurs et du rapporteur de la commission des affaires économiques introduisant un article additionnel qui pose les bases d'une définition des « résidences seniors » (**article 15 bis A [nouveau]**). Il s'agit d'apporter un cadre juridique aux résidences dites de « deuxième génération » qui se développent aujourd'hui en marge du droit. A l'avenir, ce cadre pourra être complété par la création, par la voie réglementaire, d'une charte ou d'un label permettant de garantir la qualité des services offerts.

3. La protection des droits des personnes âgées

A l'**article 22** relatif à l'accueil des personnes âgées en établissement, votre commission a précisé que le consentement de la personne sur son admission devrait être recueilli par le directeur avec la participation du médecin coordonnateur. Il s'agit à la fois d'assurer une meilleure prise en compte des droits de la personne accueillie et de ne pas faire peser sur le seul directeur de l'établissement la responsabilité de s'assurer du consentement. Les mesures conduisant à restreindre la liberté d'aller et venir du résident afin d'assurer sa sécurité devront être définies dans le cadre d'une procédure collégiale et pluridisciplinaire permettant d'apprécier les bénéfices et les risques des mesures envisagées. De nombreuses précisions ont en outre été apportées aux conditions de résiliation du contrat de séjour afin de renforcer la protection des personnes âgées résidentes.

A l'**article 23**, elle a prévu que l'interdiction de recevoir des dons et legs pour les intervenants à domicile, professionnels ou bénévoles, ne s'appliquerait que lorsque ceux-ci fournissent une assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité.

L'Assemblée nationale avait introduit un **article 19 A** qui élargissait à la perte d'autonomie le champ des motifs susceptibles de fonder une discrimination. L'âge et le handicap figurant déjà parmi ces motifs, votre commission a supprimé cet article, rejoignant ainsi le Défenseur des droits pour considérer qu'en l'état, l'ajout de la perte d'autonomie n'apporterait pas d'amélioration au droit actuel.

En ce qui concerne le cumul des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) selon plusieurs modes d'exercice (à titre individuel ou en tant que délégué d'un service), votre commission a renvoyé à un décret en Conseil d'État le soin de définir les cas dans lesquels un tel cumul est autorisé (**article 26 bis**). Les règles applicables devront garantir à la fois l'indépendance professionnelle des MJPM et le respect des droits et libertés de la personne protégée ainsi que la continuité de sa prise en charge.

C. ETRE PLUS AMBITIEUX DANS LA RÉFORME DE L'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES

1. La réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie

A l'**article 29**, qui met en place une évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie, votre commission est revenue sur la suppression qui y était envisagée de la commission chargée de proposer les plans d'aide et d'intervenir en cas de litiges relatifs à l'APA. Elle a en effet estimé nécessaire de la préserver, notamment au regard des enrichissements qui sont apportés à la procédure d'évaluation des besoins du demandeur d'APA, afin que l'élaboration du plan d'aide ne relève pas de la seule responsabilité de l'équipe médico-sociale. L'article 29 supprimait l'exigence fixée par le droit existant de recueillir l'accord du bénéficiaire avant tout versement de l'APA directement au service d'aide à domicile. Votre commission a rétabli cette exigence et l'a étendue au versement des aides ponctuelles.

2. La reconnaissance et le soutien des aidants

L'**article 35** du projet de loi introduit en droit français une définition du proche aidant d'une personne âgée. Cette définition englobe, au-delà du seul aidant familial, toute personne qui apporte, de façon stable et régulière, et à titre non professionnel, un soutien dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. De la définition du proche aidant découle, à l'**article 36**, la mise en place de dispositifs de répit et de prise en charge d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant, pour les seuls aidants de bénéficiaires de l'APA. Votre commission a étendu à l'ensemble des proches aidants la possibilité ouverte par l'article 36 de bénéficier de dispositifs de droit au répit.

L'**article 37** proposait d'expérimenter, sur une durée de cinq ans, des dispositifs de suppléance des aidants inspirés du « baluchonnage » québécois. Votre commission a estimé qu'une telle expérimentation, dont le financement n'a pas été précisé et qui est largement dérogoratoire au droit du travail, serait prématurée. Aussi a-t-elle supprimé l'article 37 tout en inscrivant dans le rapport annexé la nécessité d'engager une étude préalable ainsi qu'une concertation avec les partenaires sociaux sur la question du baluchonnage.

3. La refonte du secteur de l'aide à domicile

S'agissant des articles relatifs à la refonte du secteur de l'aide à domicile, votre commission a généralisé à l'**article 31** l'utilisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) et inséré un article additionnel créant, à un horizon de cinq ans, un régime unique d'autorisation des services d'aide à domicile (**article 32 bis [nouveau]**). Le droit d'option entre autorisation et agrément qui caractérise depuis 2005 le secteur de l'aide à domicile et pourrait être très prochainement remis en cause par la Commission européenne sera ainsi supprimé. L'ensemble des structures devront respecter un cahier des charges commun, défini au niveau national, et conclure un Cpom avec leur autorité de tarification.

Cet article additionnel s'inspire très largement de l'une des propositions centrales du rapport de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin publié en juin 2014 sur l'aide à domicile auprès des publics fragiles¹. Le délai de cinq ans permettra de ménager une période transitoire, afin que les services agréés puissent changer de régime progressivement, dans les conditions qui ont été prévues à l'article 33.

* *
*

Au cours de sa réunion du mercredi 4 mars 2015, votre commission a adopté l'ensemble du projet de loi dans la rédaction issue de ses travaux.

¹ MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, « L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence », n° 575 (2013-2014), juin 2014.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PRÉLIMINAIRE

DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION

Article 1^{er}

Place de la politique d'adaptation de la société au vieillissement

Objet : Cet article comporte des dispositions d'ordre programmatique visant à faire de l'adaptation de la société au vieillissement un impératif national et une priorité des politiques publiques.

I - Le dispositif proposé

Le présent article 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 s'agit là d'affirmer une volonté politique, dont le rapport annexé est également la traduction, et de mettre en exergue le caractère prioritaire et transversal des politiques relatives au vieillissement. Dépourvu de portée normative, cet article constitue avant tout la traduction des intentions qui ont guidé le Gouvernement dans la rédaction du projet de loi.

Selon les indications fournies par celui-ci, l'insertion de l'article au sein d'un titre préliminaire « Dispositions d'orientation et de programmation », qui ne figurait pas dans l'avant-projet de loi, aurait pour but d'éviter une censure de la part du Conseil constitutionnel pour défaut de portée normative des dispositions en question. Une telle censure est déjà intervenue dans une décision du 21 avril 2005 sur un article de la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école¹. Le présent article en serait protégé du fait de son intégration, tout comme l'article approuvant le rapport annexé, dans un titre consacré à l'orientation et à la programmation de l'action publique.

¹ *Décision n° 2005-512 DC du 21 avril 2005, Loi d'orientation et de programmation pour l'avenir de l'école. Avaient été censurées des dispositions prévoyant que : « l'objectif de l'école est la réussite de tous les élèves. - Compte tenu de la diversité des élèves, l'école doit reconnaître et promouvoir toutes les formes d'intelligence pour leur permettre de valoriser leurs talents. - La formation scolaire, sous l'autorité des enseignants et avec l'appui des parents, permet à chaque élève de réaliser le travail et les efforts nécessaires à la mise en valeur et au développement de ses aptitudes, aussi bien intellectuelles que manuelles, artistiques et sportives. Elle contribue à la préparation de son parcours personnel et professionnel ».*

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission estime qu'il est difficilement concevable de s'opposer, en soi, à un objectif aussi large – mais également ambitieux – que celui affiché par le présent article. Elle est en revanche réservée quant à la portée pratique d'une disposition dont elle considère qu'elle aurait plus utilement trouvé sa place dans le rapport annexé. Elle aurait alors pu y être précisée et complétée. Votre commission s'interroge en particulier sur le fait que l'article 1^{er} ne fasse référence qu'à l'un des trois volets du projet de loi : l'anticipation de la perte d'autonomie et son accompagnement pourraient tout aussi bien constituer des impératifs nationaux et des priorités de l'ensemble des politiques publiques de la Nation.

Sous ces réserves, votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 1^{er} bis

(art. L. 863-3 du code de la sécurité sociale)

Renouvellement automatique du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les bénéficiaires du minimum vieillesse

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que les bénéficiaires du minimum vieillesse bénéficient d'un renouvellement automatique de leur aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Cet article, issu d'un amendement déposé par la députée Huguette Bello et adopté par l'Assemblée nationale en séance publique, n'a pas vocation à figurer dans les dispositions d'orientation et de programmation du projet de loi.

Votre commission a supprimé cet article pour le réintroduire après l'article 28 *ter*.

*Article 2***Approbation du rapport annexé définissant les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement de la population**

Objet : Cet article a pour objet d'approuver le rapport annexé au projet de loi, qui définit les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement de la population.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet d'approuver le rapport annexé au projet de loi. Ce rapport détaille les objectifs de la politique gouvernementale en matière d'adaptation de la société au vieillissement de la population. Les dispositions qu'il contient traduisent une orientation et des engagements politiques qui n'ont pas nécessairement à être pourvus de portée normative, comme l'a confirmé la jurisprudence constitutionnelle¹.

Le présent projet de loi, bien que son intitulé ne le précise plus, appartient à la catégorie des lois de programmation, telle que définie à l'article 34 de la Constitution. Ce statut justifie que lui soit joint un rapport annexé et a rendu nécessaire la saisine du Conseil économique, social et environnemental (Cese) le 18 février 2014. Ce dernier a rendu un avis le 26 mars 2014 sur les deux documents².

Le rapport annexé est organisé autour de quatre volets que sont l'anticipation et la prévention, l'adaptation, l'accompagnement et la gouvernance. Aucun volet n'est consacré à la programmation financière de la mise en œuvre des réformes envisagées. Une telle absence est regrettable, d'autant plus que les modalités d'allocation de la contribution additionnelle de solidarité (Casa) au financement des mesures prévues par le projet de loi sont pour le moins complexes et évolueront au fil du temps : une partie de l'enveloppe sera consacrée, de façon transitoire, au financement du volet adaptation ; la répartition définitive du produit de la Casa n'interviendra que dans un délai de deux à trois ans suivant l'adoption du projet de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa rapporteure Mme Martine Pinville, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements ainsi qu'un amendement visant à reconnaître la place des immigrés âgés.

¹ Décision n° 2011-625 DC du 10 mars 2011, Loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure.

² Dans sa décision n° 2005-512 DC du 21 avril 2005, Loi d'orientation et de programmation pour l'avenir de l'école, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article approuvant le rapport annexé contraire à la constitution en raison de l'absence de saisine du Cese sur ce rapport annexé.

D'autres ajouts ont été apportés au rapport annexé :

- les amendements portés par Michèle Delaunay et certains de ses collègues visent à : encourager la cohabitation intergénérationnelle au sein des résidences-autonomie ; systématiser le recours aux équipes de soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ainsi que l'accès à une infirmière de nuit ; mieux prendre en compte la question de la fin de vie au moment de l'élaboration puis de l'actualisation du projet de vie en Ehpad ;

- deux amendements de Fanny Dombre-Coste, rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques, ont pour objet d'encourager le développement d'un modèle de « résidences-services à coût social » et celui de la « silver économie » ;

- un amendement de Jean-Louis Roumegas et de ses collègues écologistes mentionne la nécessité d'assurer le respect de la vie privée, de l'intimité et de la vie sexuelle des résidents en Ehpad ;

- un amendement du groupe socialiste, républicain et citoyen porte sur le développement des plateformes de mobilité, un autre sur les métiers du secteur de l'aide à domicile et un dernier vise à renforcer les liens entre les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (Ereri) et les Ehpad ;

- un amendement de Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes, et plusieurs de ses collègues prévoit la réalisation régulière d'enquêtes sur les violences et les maltraitances à l'encontre des personnes âgées, et sur celles commises en raison des spécificités de genre.

III - La position de la commission

Sur proposition de ses rapporteurs, votre commission a adopté **vingt-huit amendements** au rapport annexé. Outre de nombreux amendements rédactionnels, de précision et de coordination avec les modifications introduites au projet de loi – notamment sur le retour à un Haut Conseil de l'âge –, elle a adopté deux amendements visant à assurer la reconnaissance de l'engagement associatif des personnes âgées ainsi qu'à prévoir le lancement d'une étude préalable et d'une concertation avec les partenaires sociaux sur le dispositif du baluchonnage. Elle a également adopté un amendement réaffirmant le rôle de pilote des départements en matière de pilotage des politiques de l'autonomie.

Votre commission a également adopté **trois amendements** de M. Daniel Grémillet, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques. Le premier invite le Gouvernement à étudier l'opportunité de permettre aux descendants d'une personne âgée de bénéficier du crédit d'impôt pour adaptation du logement lorsqu'ils s'acquittent des dépenses.

Le deuxième indique que l'Etat doit veiller à maintenir un niveau de ressources suffisant à l'agence nationale de l'habitat (Anah) pour que celle-ci puisse continuer à financer l'adaptation de 15 000 logements au moins chaque année. Le dernier prévoit que la mise en place de « bourses aux logements adaptés », constituées avec l'aide des bailleurs privés, doit être encouragée au niveau départemental. S'agissant du logement social, votre commission souligne l'intérêt de la démarche engagée par le département du Vaucluse qui a travaillé à la mise en place d'une charte permettant de valoriser les opérations d'habitat adapté grâce à l'attribution d'un label « Mieux vieillir, bien vivre ensemble ».

Votre commission a adopté cet article approuvant le rapport annexé ainsi modifié.

TITRE 1^{ER}

ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Article 3

(art. L. 233-1 à L. 233-5 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles)

Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Objet : Cet article a pour objet de créer, dans chaque département, une instance chargée de financer des actions de prévention de la perte d'autonomie auprès des personnes âgées de soixante ans et plus.

I - Le dispositif proposé

• Missions et moyens de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Le présent article constitue la disposition centrale du titre I^{er} relatif à l'anticipation de la perte d'autonomie. Il crée, dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ayant pour mission d'assurer le financement et la programmation d'actions individuelles ou collectives de prévention auprès des personnes âgées de soixante ans et plus. Ces actions ont vocation à intervenir en complément des prestations légales et réglementaires.

L'objectif est de réunir, au sein d'une structure unique, l'ensemble des organismes susceptibles de contribuer au financement de la perte d'autonomie. Un tel dispositif doit également permettre de mutualiser les moyens de ces organismes pour davantage d'efficacité.

Un chapitre III, composé de cinq articles, est inséré au sein du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles. L'article L. 233-5 (nouveau), dernier de ces cinq articles, prévoit que les modalités d'application de l'ensemble des dispositions du nouveau chapitre seront définies par décret en Conseil d'Etat.

L'article **L. 233-1 (nouveau)** définit les missions et le champ d'action de la conférence des financeurs. Dans le texte du Gouvernement, ces missions sont au nombre de cinq :

- améliorer l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile ; il est précisé que cette mission peut notamment s'effectuer par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition ;

- programmer les aides correspondant au forfait autonomie dont l'article 11 prévoit qu'il a vocation à être versé aux logements-foyers - rebaptisés résidences autonomie - qui ne perçoivent pas le forfait soins, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) avec le département ;

- coordonner et appuyer des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

- encourager des actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

- favoriser le développement d'autres actions collectives de prévention.

Pour exercer ces missions, les conférences disposeront d'une enveloppe de financement correspondant à une partie du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) dont l'article 4 prévoit qu'elle sera versée à la section V du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). L'étude d'impact, qui détaille les modalités d'utilisation de la Casa sur la base d'un produit estimé de 645 millions d'euros, indique que 140 millions d'euros devraient être consacrés aux aides individuelles et collectives de prévention et 40 millions d'euros au forfait autonomie.

Rien n'empêche que s'ajoutent à ces enveloppes des financements complémentaires qui seraient attribués par les membres de la conférence des financeurs. La logique même de cette conférence est de permettre la mise en commun des expertises, des projets et des financements dans une optique de mutualisation et, *in fine*, d'amélioration de l'offre et de la lisibilité des dispositifs de prévention destinés aux personnes âgées de soixante ans et plus.

S'agissant du suivi de l'activité de la conférence des financeurs, l'article **L. 233-4 (nouveau)** du code de l'action sociale et des familles prévoit la transmission annuelle, par le président du conseil général, d'un rapport d'activité. L'absence de transmission après mise en demeure par la CNSA empêchera tout nouveau versement au titre de la conférence des financeurs.

• **Les modalités d'allocation des financements accordés par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées**

L'article L. 233-2 (nouveau) précise qu'au moins 40 % des dépenses consacrées aux aides techniques individuelles et aux autres actions collectives de prévention devront être réservées à des personnes ne remplissant pas les conditions d'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), c'est-à-dire relevant des GIR 5 et 6. L'objectif d'une telle disposition est d'assurer qu'une part substantielle des financements puisse être distribuée en amont de la perte d'autonomie.

S'agissant du bénéfice des seules aides techniques individuelles, des conditions de ressources, variables selon la zone géographique de résidence, seront définies par décret. Ces critères d'allocation s'appliqueront également aux financements complémentaires alloués par la conférence des financeurs.

• **La composition de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées**

Dans sa rédaction initiale, le présent article dispose que la conférence des financeurs sera présidée par le président du conseil général. Celui-ci dispose d'une voix prépondérante dans la prise de décision. Elle sera composée :

- de représentants des collectivités territoriales : département et autres collectivités territoriales contribuant au financement ;
- de représentants de l'agence nationale de l'habitat (Anah) et de l'agence régionale de santé (ARS) dans le département ;
- de représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations des institutions de retraite complémentaire ;
- de représentants des organismes régis par le code de la mutualité.

Le nombre de participants à la conférence des financeurs est volontairement restreint aux seuls organismes directement impliqués dans le financement de la prévention de la perte d'autonomie. Votre commission partage ce choix qui doit permettre de faire de la conférence des financeurs un groupe de travail, réactif et doté d'une véritable capacité de décision.

La gouvernance de la conférence n'est cependant pas fermée puisque ses membres de droit pourront décider, à la majorité, d'autoriser « toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie » à participer à ses travaux. Une telle disposition pourrait par exemple concerner les représentants des personnes âgées et des retraités. Il convient par ailleurs de noter que l'article 54 *bis* relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), qui regroupera de façon très large l'ensemble des parties prenantes aux politiques du vieillissement, prévoit sa consultation sur le programme défini par la conférence des financeurs.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa rapporteure, Mme Martine Pinville, la commission des affaires sociales a précisé l'intitulé du chapitre créé au sein du code de l'action sociale et des familles. Celui-ci s'intitule désormais « Prévention de la perte d'autonomie » et non plus seulement « Prévention ».

A l'initiative de Mme Michèle Delaunay et des commissaires socialistes, il a été prévu, à l'article L. 233-2 (nouveau), que le conseil général puisse déléguer à l'un des membres de la conférence des financeurs la gestion des dépenses relatives aux aides techniques et aux actions collectives de prévention. Les modalités de cette délégation devront alors être fixées par convention, selon des principes définis par décret.

Les missions de la conférence des financeurs ont été complétées en séance publique. A l'initiative de plusieurs députés UMP, il a été ajouté que la conférence des financeurs serait chargée de recenser les initiatives locales. L'Assemblée nationale a également adopté un amendement du Gouvernement indiquant que la conférence des financeurs pourrait appuyer et coordonner les actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) lorsque ceux-ci interviennent auprès des personnes âgées. Une telle mission d'appui et de coordination était déjà prévue par le texte initial concernant les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Toujours sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a modifié la gouvernance de la conférence des financeurs en confiant sa vice-présidence au directeur général de l'ARS. De cette façon est instauré un copilotage qui reproduit, au niveau de la conférence des financeurs, l'organisation existante en matière de gouvernance du secteur médico-social. Les situations de blocage dans la prise de décision devraient être évitées grâce à la voix prépondérante dont disposera le président.

Enfin, à l'initiative de Mme Catherine Coutelle, présidente de la délégation aux droits des femmes, et des membres du groupe socialiste, il a été précisé que les données transmises chaque année par le conseil général à la CNSA devraient comporter des indicateurs sexués.

III - La position de la commission

Votre commission salue la création, dans chaque département, d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Sa gouvernance resserrée et ses missions clairement définies devraient permettre d'en faire un outil pleinement opérationnel pour mettre en place des mesures ambitieuses pour anticiper les effets du vieillissement.

Sur proposition de ses rapporteurs, elle a adopté **un amendement** tendant à préciser le contenu des missions de la conférence des financeurs en distinguant ce qui relève du rôle général de la conférence des financeurs et ce qui doit être contenu dans le programme de financement. Le présent article dispose pour le moment que ce programme doit permettre de répondre aux besoins des personnes âgées de soixante ans et plus qui résident dans le département, recensés notamment dans le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et dans le projet régional de santé. L'Assemblée nationale a par ailleurs ajouté que la conférence devait recenser les initiatives locales. L'évaluation des besoins et le recensement des initiatives locales doivent intervenir en amont de la définition du programme de financement. C'est ce que prévoit l'amendement adopté par votre commission qui réécrit le premier alinéa de l'article L. 233-1 (nouveau) : « *Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires.* » Le contenu du programme de financement, organisé autour de six missions, est ensuite clairement énuméré dans le respect de la position adoptée par l'Assemblée nationale.

Votre commission a ensuite adopté **deux amendements** de clarification rédactionnelle et de précision ainsi qu'**un amendement** visant à mieux définir le contenu des rapports d'activité de chaque conférence. Devront y figurer des données sur : le nombre et le type de demandes adressées à la conférence des financeurs ; le nombre et les types d'actions financées ainsi que la répartition des dépenses par type d'actions ; le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires de ces actions, cette dernière disposition étant inchangée par rapport à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

Votre commission a adopté cet article ainsi 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
par la section V du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article vise à prévoir, au sein du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les modalités de financement des actions de prévention.

I - Le dispositif proposé

• **Le budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

Le budget de la CNSA est construit selon des règles définies à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Il est initialement composé de six sections. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 en a créé une septième à titre transitoire, destinée à assurer la mise en réserve du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa). Cette recette a en effet été créée dans la perspective de la mise en œuvre du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

Présentation simplifiée du budget de la CNSA

	Produits	Charges
Section I	Financement des établissements et services médico-sociaux, des Maia et des GEM	
Sous-section 1	Entre 10% et 14% du produit de la CSA Contribution de l'assurance maladie	Financement des établissements et services pour personnes handicapées et des GEM
Sous-section 2	40% du produit de la CSA Contribution de l'assurance maladie	Financement des établissements et services pour personnes âgées et des Maia
Section II	20% du produit de la CSA Une participation des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse Une part du produit de CSG affecté à la CNSA	Contribution au financement de l'APA
Section III	Entre 26% et 30% du produit de la CSA	Contribution au financement de la PCH
Section IV	Entre 5% et 12% du produit de CSG affecté à la CNSA Au maximum 12% du produit de la CSA	Actions innovantes Formation des aidants et accueillants familiaux Professionnalisation des métiers de services auprès des personnes âgées et handicapées
Section V		Autres dépenses, notamment d'animation, de prévention et d'études Section utilisée pour le financement des plans d'aide à l'investissement (PAI)
Sous-section 1	Fraction, définie par arrêté, des produits alloués à la sous-section 2 de la section I	
Sous-section 2	Fraction, définie par arrêté, du produit de la CSA	
Section V bis	Produit de la Casa	Mise en réserve en vue de l'adoption du projet de loi vieillissement
Section VI	Prélèvement sur les ressources de la CNSA	Frais de gestion

• **L'affectation du produit de la Casa à la mise en œuvre de la loi**

Le présent article doit être analysé en regard des articles 8 et 38 qui modifient, eux aussi, l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale, respectivement pour prévoir le financement par la section IV d'actions de formation et celui par la section II de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Le présent article concerne quant à lui le volet prévention du projet de loi.

Ses 1° et 3° font passer de sept à six le nombre de sections au sein du budget de la CNSA et suppriment la section V *bis* consacrée à la mise en réserve du produit de la Casa.

Le 2° complète l'objet de la section V du budget de la CNSA.

Son *a)* ajoute aux frais d'étude financés par la section V des frais d'expertise. Ce changement s'inscrit dans la logique de l'affirmation du rôle de pilote de la CNSA concernant la mise en œuvre des politiques de l'autonomie.

Son *b)* mentionne explicitement comme relevant de la section V les dépenses consacrées par la conférence des financeurs au financement d'aides techniques individuelles, au forfait autonomie et aux actions collectives de prévention. Le champ des dépenses financées par la Casa n'a donc pas vocation à couvrir entièrement celui des missions de la conférence des financeurs : sont exclus la coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile ainsi que l'encouragement des actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie.

La section V est composée de deux sous-sections, l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées. Le *b)* du 2° complète la sous-section consacrée aux personnes âgées. Il indique en premier lieu que le montant des dépenses de prévention financées par la conférence des financeurs sera fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget. En second lieu, il complète les recettes de cette sous-section par une partie du produit de la Casa. La fraction de Casa affectée à la sous-section sera définie selon un principe de vases communicants entre sections, peu lisible mais qui s'applique déjà à d'autres dispositions de l'article L. 14-10-5. Ainsi, la sous-section personnes âgées est à l'heure actuelle alimentée par une partie des produits alloués à la sous-section 2 de la section I, qui retrace l'objectif global de dépenses (OGD) pour les personnes âgées. S'agissant de la fraction de Casa qui ira à la sous-section personnes âgées de la section V, la règle d'affectation envisagée est la suivante :

Part de la Casa allouée aux conférences des financeurs pour leurs dépenses de prévention :

= Produit total de la Casa

- Fraction de la Casa consacrée à la réforme de l'APA

- Fraction de la Casa allouée au fonds de compensation du handicap

L'affectation d'une partie du produit de la Casa au fonds de compensation du handicap est elle-même prévue au c) du 2°. Elle doit être fixée par arrêté des ministres chargés des personnes handicapées et du budget.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement résultant de l'extension des missions de la conférence des financeurs à laquelle il a été procédé à l'article 3. Il a ainsi été prévu que les dépenses de prévention des Spasad puissent être financées par les conférences des financeurs.

III - La position de la commission

Sur proposition de ses rapporteurs, votre commission a tout d'abord adopté **un amendement** tendant à effectuer, au sein des dispositions qui définissent l'objet de la section V, une coordination avec l'élargissement des missions de la conférence des financeurs aux Spasad, tel qu'il a été proposé par Gouvernement, ainsi qu'avec les changements introduits à l'article 3 par votre commission.

Elle a ensuite adopté **un amendement** visant à définir précisément quelle part du produit de la Casa ira au financement d'actions de prévention ainsi qu'au fonds de compensation du handicap. La répartition proposée se fonde sur les indications fournies par l'étude d'impact concernant l'utilisation du produit de la Casa : 28 % du produit de la Casa pour les conférences des financeurs ; 0,5 % pour le fonds de compensation du handicap.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5

(art. L. 14-10-10 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

**Répartition des concours de la caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie entre départements**

Objet : Cet article a pour objet de définir les modalités de répartition entre départements des financements alloués par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

I - Le dispositif proposé

Le présent article crée un article **L. 14-10-10 (nouveau)** au sein du code de l'action sociale et des familles. Celui-ci a pour objet de définir les modalités selon lesquelles les financements alloués par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie seront répartis entre départements.

S'agissant du forfait autonomie, les enveloppes seront allouées en fonction du nombre de places dans les résidences autonomie éligibles.

Pour ce qui est des autres actions de prévention (financement des aides techniques individuelles, financement des autres actions collectives de prévention), les concours seront définis en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus dans chaque département.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Sur proposition de ses rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** rédactionnel.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 6

(art. L. 115-2-1 et L. 115-9 [nouveaux] du code de la sécurité sociale)

Action sociale interrégimes des caisses de retraite et échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article vise à inscrire dans la loi l'action interrégimes des caisses de retraite en faveur de l'autonomie des personnes âgées en prévoyant que celles-ci signent une convention pluriannuelle avec l'Etat sur ce thème et en autorisant des échanges d'information entre elles, ainsi qu'avec les caisses d'assurance maladie, afin d'améliorer l'accès de leurs ressortissants à des prestations et avantages sociaux qu'elles servent ainsi qu'aux actions qu'elles mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie.

I - Le dispositif proposé

• L'action sociale interrégimes des caisses de retraites, une dynamique impulsée dès 2011 et qui s'est pleinement concrétisée en 2014

Les caisses de retraite mènent depuis de longues années une politique d'action sociale centrée sur l'accompagnement de l'avancée en âge et la prévention de la perte d'autonomie des retraités. Dans cette perspective, elles prennent notamment en charge grâce à leurs crédits d'action sociale les personnes âgées fragilisées mais non dépendantes (GIR 5 et 6), afin d'éviter qu'elles ne perdent leur autonomie.

Les caisses de retraite peuvent en effet répondre efficacement aux objectifs d'anticipation du vieillissement et de prévention de la perte d'autonomie car elles connaissent précisément les retraités, avec qui elles sont en relation étroite avant même la liquidation de leur pension, et sont capables de repérer ceux d'entre eux qui sont les plus fragilisés pour les sensibiliser au bien vieillir et leur venir en aide afin d'empêcher, ou tout du moins de retarder, la perte d'autonomie.

**L'action des caisses de retraite
en faveur de l'autonomie des personnes âgées en chiffres**

En 2012, la Cnav, la CCMSA et le RSI ont réalisé pour leurs retraités :

- 550 000 aides au maintien à domicile ;
- 280 000 évaluations globales de leurs besoins ;
- 65 000 aides au retour à domicile après hospitalisation ;
- 200 000 actions collectives de prévention.

Elles ont accordé plus de 80 millions d'euros de prêts à taux zéro pour financer des lieux de vie collectifs, tels que les foyers-logements ou les Marpa (Maison d'accueil rural pour personnes âgées).

Source : Cnav, MSA et RSI

Depuis l'adoption par leurs conseils d'administration d'une délibération commune en mai 2011, la Cnav et les Carsat, qui forment le réseau de l'assurance retraite, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) ont impulsé une dynamique interrégimes à l'ensemble de leur action de prévention de la perte d'autonomie, qui a donné lieu à la création d'un comité de pilotage de coordination des politiques d'action sociale et de prévention de la perte d'autonomie en faveur des retraités fragilisés Cnav-CCMSA-RSI, le 17 juillet 2012. Cette instance se réunit à échéances régulières pour définir les priorités et actions à mener sur les territoires.

Parallèlement, des structures locales interrégimes ont été créées sous forme de groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), de groupement d'intérêt économique (GIE) ou d'associations au niveau des territoires et couvrent désormais la quasi-totalité des départements.

**Un exemple de coordination interrégimes dans les territoires :
le Programme régional interinstitutionnel de prévention Aquitain (PRIP)**

Dès 2010, la Carsat Aquitaine, les trois MSA de l'Aquitaine et le RSI Aquitaine ont signé un accord les impliquant conjointement dans l'élaboration d'un programme régional de prévention en faveur des seniors, visant à informer les retraités et futurs retraités sur les thématiques de l'autonomie, à prévenir la perte d'autonomie des personnes fragilisées et à favoriser leur maintien à domicile en proposant aux seniors un parcours de prévention coordonné. La Mutualité Française Aquitaine a rejoint ce partenariat en janvier 2012 et la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) en septembre de la même année.

Les caisses ont délégué la mise en œuvre de ce programme régional sur le terrain aux associations santé éducation et prévention sur les territoires (Asept), opérateur traditionnel de la MSA, et qui sont au nombre de quatre en Aquitaine (Gironde, Dordogne, Lot-et-Garonne et Sud-Aquitaine, c'est-à-dire Landes et Pyrénées Atlantiques). Les Asept signent des conventions avec les opérateurs locaux (Clic, Ccas, associations d'aide à domicile) pour former leurs salariés à l'animation d'ateliers de prévention. Elles assurent également des missions d'information (conférences-débats, réunions de sensibilisation) et des ateliers du « bien vieillir » consacrés à la forme physique, à la nutrition, au sommeil ou bien encore à la mémoire.

Ces actions ont ainsi touché 6 000 seniors en Aquitaine en 2013 grâce à 72 conférences-débats, 113 réunions de sensibilisation et 252 ateliers.

Source : Cnav, MSA et RSI

L'action sociale interrégimes des caisses de retraite est particulièrement pertinente car elle :

- apporte des gains d'efficacité, grâce à une mutualisation de l'offre de prévention, des outils et des prestations des caisses et à la suppression de dispositifs redondants ;

- garantit une plus grande équité dans la prise en charge des personnes fragiles, quel que soit le régime auquel elles sont affiliées ;

- permet une couverture plus large du territoire et un meilleur accès des retraités à l'aide sociale, grâce à l'utilisation simultanée des trois réseaux des principaux régimes (les Carsat sont davantage présentes en milieu urbain et les caisses locales de la MSA en milieu rural).

Dans le cadre de la concertation relative au présent projet de loi, les trois caisses nationales ont participé aux travaux du comité Avancée en âge présidé par le docteur Jean-Pierre Aquino, au sein d'un groupe de travail dédié à la formalisation d'une offre commune de prévention de la perte d'autonomie.

Les travaux de ce groupe ont abouti à l'élaboration de la convention « *La retraite pour le bien vieillir – L'offre commune interrégimes pour la prévention et la préservation de l'autonomie* ». A travers cette offre commune, la Cnav, la CCMSA et le RSI ont pris cinq engagements pour aider leurs retraités à bien vivre leur retraite et à préserver leur autonomie :

- informer et conseiller les retraités sur des thématiques telles que la nutrition, la mémoire, l'équilibre, le sommeil, l'activité physique ou le logement, en proposant sur l'ensemble du territoire des supports d'information (brochures, vidéos) et des conférences de sensibilisation ainsi que des ateliers en petit groupe pour des conseils personnalisés. Cette mission d'information est assurée en partenariat avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ;

- proposer une évaluation globale des besoins à domicile pour les retraités fragilisés (GIR 5 et 6). En fonction de l'évaluation, les caisses de retraite proposeront des prestations utiles au bien-être (aides à la vie quotidienne, aux loisirs, aux transports, assistance sécurité) et des aides pour améliorer la qualité de vie à domicile (participation financière à l'achat et à la pose d'aides techniques, aides pour les travaux d'adaptation du logement) ;

- accompagner les retraités dans les situations de rupture (retour à domicile après hospitalisation, perte d'un proche) ;

- favoriser le développement de logements adaptés au vieillissement ;

- simplifier les démarches en collaborant avec de nombreux partenaires dont les collectivités territoriales.

• **Définir, dans le cadre d'un contrat pluriannuel signé par l'Etat et les caisses de retraite, l'action sociale interrégimes des caisses visant à prévenir la perte d'autonomie de leurs ressortissants**

Afin de reconnaître et consacrer par la loi la dynamique interrégimes des caisses de retraite impulsée depuis 2011 et renforcée par la convention adoptée en janvier 2014, le présent article dispose que la Cnav, la CCMSA et la Caisse nationale du RSI concluent avec l'Etat une convention pluriannuelle fixant 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.

Cette convention pluriannuelle devra respecter les conventions d'objectifs et de gestion (COG) que ces organismes signent par ailleurs avec l'Etat.

Elle pourra également être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et par les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite, à savoir l'Agirc et Arrco.

Cette convention pluriannuelle signée par la Cnav, la CNMSA et le RSI avec l'Etat permettra de définir des orientations communes à l'ensemble des régimes de base, en conformité avec les stipulations des COG respectives, d'inciter d'autres régimes à rejoindre l'action sociale interrégimes et de mieux coordonner la participation des caisses de retraite aux politiques de l'autonomie avec celle de l'Etat et celle des collectivités territoriales, en particulier les départements.

• **Permettre les échanges entre les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale d'informations nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants**

Pour mener à bien leur action sociale interrégimes en faveur de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, les caisses de retraite ont besoin de se doter d'outils de détection des personnes présentant un risque élevé de perte d'autonomie, en raison de leur situation sociale, de leur état de santé ou de leur environnement (personnes de retour d'une hospitalisation, qui ont perdu leur conjoint, en situation de précarité par exemple). Ces personnes sont en effet souvent les plus éloignées de l'accès aux droits alors qu'elles devraient au contraire bénéficier en priorité des prestations d'action sociale.

Pour alimenter ces outils, les caisses de retraite (Cnav, MSA, RSI) ont besoin d'échanger entre elles des informations sur leurs ressortissants, notamment lorsque elles interviennent auprès de retraités qui relèvent de plusieurs régimes (polypensionnés) ou auprès de couples dont les membres relèvent de régimes différents.

Elles peuvent également avoir besoin d'échanger des informations avec les caisses d'assurance maladie, et en particulier avec la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

Or, en l'état actuel du droit, ces échanges d'information sont limités par la protection de la vie privée des retraités ainsi que par le secret professionnel auxquels sont soumis les organismes de sécurité sociale.

C'est pourquoi le présent article prévoit que les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale - en l'occurrence, les caisses de retraite que sont la Cnav, la MSA et le RSI mais aussi la Cnam par exemple - échangent les renseignements, autres que médicaux, qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès aux prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Ces dispositions permettront de mieux repérer les retraités en situation de fragilité afin de leur proposer une aide adaptée à leurs difficultés et de prévenir leur perte d'autonomie.

Afin de bien encadrer juridiquement ces échanges de renseignements entre les caisses de retraite, le présent article dispose qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les organismes susceptibles d'en être destinataires.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel à cet article.

III - La position de la commission

Vos rapporteurs considèrent que la dynamique interrégimes des caisses de retraite en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, clairement perceptible sur le terrain, mérite pleinement d'être consacrée par la loi et d'être formalisée dans une convention pluriannuelle signée avec l'Etat.

Votre commission a adopté **un amendement** rédactionnel présenté par ses rapporteurs.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 7

(art. L. 113-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

**Reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie
selon la grille Aggir entre départements et caisses de retraite**

Objet : *Cet article prévoit que les départements et les caisses de retraite définissent les modalités assurant la reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie des personnes âgées selon la grille Aggir.*

I - Le dispositif proposé

Depuis 2001, les départements prennent en charge, *via* l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), les personnes dépendantes (GIR 1 à 4)¹.

Dans une démarche de prévention de la perte d'autonomie, les caisses de retraite prennent en charge sur leurs crédits d'action sociale les personnes âgées fragilisées mais non dépendantes (GIR 5 et 6), afin d'éviter qu'elles ne perdent leur autonomie.

Si les départements et les caisses de retraite utilisent le même outil – la grille Aggir – pour évaluer la perte d'autonomie d'une personne âgée, cette évaluation ne fait pas toujours l'objet d'une culture partagée entre eux. Ces différences d'approche peuvent induire de ce fait des disparités non justifiées dans les prises en charge. Ainsi, une même personne pourra être considérée par les évaluateurs de sa caisse de retraite comme ressortissant du GIR 4, donc éligible à l'APA, alors que leurs homologues du département la situeront en GIR 5, de la compétence de l'action sociale des caisses de retraite.

La grille Aggir

L'APA et l'aide sociale des caisses de retraite sont attribuées par référence à la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) qui classe les personnes en six groupes iso-ressources (GIR) selon leur degré d'autonomie :

- GIR 1 : perte de l'autonomie motrice et mentale ;
- GIR 2 : besoin de prise en charge de la plupart des activités de la vie courante ;
- GIR 3 : besoin d'aide à l'autonomie corporelle ;
- GIR 4 : besoin d'aide à l'activité corporelle et repas ;
- GIR 5 et 6 : personnes fragiles mais peu ou pas dépendantes.

L'aide sociale aux personnes en GIR 1 à 4 relève des départements tandis que l'aide sociale aux personnes en GIR 5 et 6 relève des caisses de retraite.

¹ 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.

Dans un contexte financier rendu de plus en plus contraint, les départements comme les caisses de retraite ont parfois pu rechercher des moyens de réguler le nombre de prestations accordées, ainsi que le contenu des plans d'aide, d'où l'existence dans un certain nombre de cas de contestations pour les situations sécantes GIR 5/4, certains départements estimant que les caisses de retraite classaient intentionnellement des personnes fragiles mais non dépendantes en GIR 4 afin qu'elles relèvent de l'APA et vice-versa.

Comme l'a expliqué à vos rapporteurs l'observatoire national de l'action sociale décentralisée (Odas), des éléments de réponse ont été apportés au cours du temps à ce problème qui tend à devenir de plus en plus résiduel.

Ainsi, les évaluations de la perte d'autonomie des personnes âgées sont désormais réalisées par une seule et même équipe dans un département sur cinq (en général, par les équipes médico-sociales des départements).

En outre, les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic), lorsqu'ils sont à la fois proches du département et de la Carsat, peuvent contribuer à l'analyse des besoins.

Enfin, un certain nombre de départements et de Carsat ont mis en place des modalités de reconnaissance de leurs évaluations réciproques. Cette reconnaissance des évaluations est ainsi pleinement réciproque dans 25 % des départements, auxquels s'ajoutent 15 % des départements dans lesquels les Carsat reconnaissent les évaluations réalisées par les équipes médico-sociales du département sans que l'inverse soit valable.

Afin de définitivement résoudre ce problème et de garantir aux personnes fragiles ou en perte d'autonomie un *continuum* et plus de fluidité dans leur accompagnement, le présent article prévoit que 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 Aggir.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article permettra de mettre fin aux dernières difficultés entre les départements et les caisses de retraite en matière de reconnaissance mutuelle de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Au-delà de cette règle nouvelle d'opposabilité des évaluations de la perte d'autonomie entre départements et caisses retraite, vos rapporteurs soulignent qu'il sera également indispensable à l'avenir de mieux former les

équipes médico-sociales pour réduire les ambiguïtés inhérentes aux évaluations des situations sévères GIR 5/4. Ces formations devront favoriser une appropriation commune de la grille Aggir et sensibiliser les équipes départementales au repérage des critères de fragilité et à l'évaluation globale pratiquée par les caisses de retraite.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

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 caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Objet : Cet article a pour objet de prévoir le financement, par une partie du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, des dépenses de formation des bénévoles qui interviennent dans le cadre de la lutte contre l'isolement des personnes âgées.

I - Le dispositif proposé

Le présent article modifie la section IV du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Celle-ci est jusqu'à présent consacrée à la promotion d'actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, des accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et handicapées.

Deux ressources viennent l'alimenter :

- une fraction comprise entre 5 % et 12 % de la part de contribution sociale généralisée (CSG) affectée à la CNSA ;

- une fraction de 12 % maximum du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA).

Le 1° du présent article ajoute une troisième ressource correspondant, au maximum, à 4 % de la part du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) affectée à la sous-section a) de la section V du budget de la CNSA.

Le 2° précise que, parmi les charges retracées dans cette section IV, seront comprises :

- des dépenses de professionnalisation des personnels des services d'aide à domicile ; ces dépenses n'étaient jusqu'à présent pas explicitement définies comme des charges supportées par la section IV mais étaient incluses dans l'objet de celle-ci ;

- des dépenses de professionnalisation des intervenants directs au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et handicapées ;

- des dépenses de formation et de soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Sur proposition des rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** visant à inscrire dans la loi le fait que 1% du produit de la Casa financera ces actions de formation. L'affectation prévue correspond aux données fournies l'étude d'impact et évite le renvoi à des dispositions réglementaires.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

TITRE II

ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

Article 9

(art. L. 120-17 du code du service national)

Attestation de tutorat

Objet : *Cet article modifie les dispositions du code du service national relatives à l'attestation de service civique senior.*

I - Le dispositif proposé

Issue d'une initiative sénatoriale, la loi du 10 mars 2010 a créé le service civique¹. Aux termes de l'article L. 120-1 du code du service national, « *Le service civique a pour objet de renforcer la cohésion nationale et la mixité sociale et offre à toute personne volontaire l'opportunité de servir les valeurs de la République et de s'engager en faveur d'un projet collectif en effectuant une mission d'intérêt général auprès d'une personne morale agréée* ». Ce service civique est ouvert aux jeunes de 16 à 25 ans. Les jeunes volontaires signent une convention avec l'organisme d'accueil, et bénéficient d'un accompagnement personnalisé de la part d'un tuteur (article L. 120-14).

Issu d'un amendement parlementaire, l'article L. 120-17 du même code prévoit à son deuxième alinéa la remise d'une « attestation de service civique senior » délivrée « *à la personne qui contribue à la formation civique et citoyenne ou au tutorat des personnes effectuant un engagement de service civique* ». Le présent article modifie cet alinéa afin de remplacer l'attestation de service civique senior par une attestation de tutorat. Un critère d'âge est introduit, restreignant la délivrance de cette attestation aux personnes de plus de 60 ans. Par ailleurs, alors que la rédaction actuelle dispose que l'attestation « *peut être délivrée* », la rédaction proposée rend cette délivrance automatique (« *est délivrée* »).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La rédaction initiale prévoyait la délivrance de l'attestation aux personnes de plus de 60 ans retraitées. Sur la proposition des commissaires du groupe SRC, l'Assemblée nationale a supprimé la condition liée à l'activité mais conservé celle liée à l'âge.

¹ Loi n° 2010-241 du 10 mars 2010.

III - La position de la commission

Malgré son nom qui peut prêter à confusion, la délivrance de l'attestation de service civique « senior » n'est actuellement soumise à aucune condition d'âge. Dans la pratique, les tuteurs ne sont pas nécessairement des personnes âgées. Il peut notamment s'agir d'anciens volontaires qui ont gardé des liens avec la structure qui les a accueillis, permettant ainsi une certaine continuité dans ce service. Pour ces personnes, l'engagement dans le tutorat peut s'inscrire dans une démarche d'insertion et une attestation pourrait permettre de valoriser leur engagement aux yeux d'un potentiel employeur. Il ne semble donc pas souhaitable de réserver cette attestation aux seules personnes âgées de plus de 60 ans.

Par ailleurs, la rédaction proposée pourrait être interprétée comme créant une obligation opposable pour l'Agence du service civique, ce qui est susceptible de créer des difficultés compte tenu des moyens dont elle dispose et qui ne lui permettent pas encore, au demeurant, de délivrer d'attestation.

Les dispositions de cet article 9 n'apparaissent donc pas pertinentes. Votre commission a toutefois maintenu l'article en ne conservant que les dispositions utiles à ses yeux, visant à changer le nom de l'attestation de « service civique senior » en attestation « de tutorat », afin de lever toute ambiguïté quant à sa nature. Elle a donc adopté **un amendement** des rapporteurs en ce sens.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 10

(art. L. 480-1 à L. 480-4 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles)

Volontariat civique senior

Objet : Cet article crée un cadre spécifique pour le bénévolat des seniors.

I - Le dispositif proposé

Le présent article crée, au sein du livre IV du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif aux professions et activités sociales, un titre VIII relatif au volontariat civique senior, composé des **articles L. 480-1 à L. 480-4 [nouveaux]**.

L'article L. 480-1 [nouveau] précise que le volontariat civique senior a pour objet de « renforcer le lien social et intergénérationnel ». Il est ouvert aux personnes volontaires, âgées d'au moins soixante ans, qui s'engagent dans la réalisation d'une mission d'intérêt général auprès d'une personne morale à but non lucratif, en France ou à l'étranger. Les missions confiées doivent concourir à la transmission des savoirs « dans des domaines d'intervention reconnus prioritaires pour la Nation ». La délivrance d'un certificat de volontaire civique senior est également prévue.

L'article 480-2 [nouveau] précise que ce volontariat est exclusif de tout lien de subordination et ne relève pas du code du travail. Il s'agit d'un engagement « libre et désintéressé » qui n'est pas nécessairement réalisé sur une période continue.

L'article L. 480-3 [nouveau] permet le remboursement des frais réels engagés et prévoit que la personne morale peut faire bénéficier le volontaire de chèques-repas.

L'article L. 480-4 [nouveau] renvoie à un décret la fixation des conditions d'application de ce titre.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen du texte en commission, l'Assemblée nationale a supprimé, sur la proposition des commissaires du groupe SRC, la disposition du texte initial réservant le volontariat civique senior aux seuls retraités.

Un amendement rédactionnel de la rapporteure a également été adopté en séance publique.

III - La position de la commission

Les personnes âgées, et notamment les jeunes retraités, représentent un réservoir important pour les associations et sont nombreuses à s'engager dans des missions au service de l'intérêt général, que cet engagement soit ancien ou qu'il ait débuté après le départ à la retraite. Cet engagement des seniors constitue un facteur de lien intergénérationnel ainsi qu'un vecteur de transmission de l'expérience acquise. A l'inverse, l'implication des seniors dans le monde associatif permet d'éviter les phénomènes d'isolement et le sentiment de relégation qui s'observent souvent avec l'avancée en âge.

Le dispositif proposé semble proche de celui qui existe actuellement dans le code du service national concernant le service civique. Le volontariat civique senior est toutefois un engagement bénévole et désintéressé quand le service civique ouvre droit à une rémunération (573 euros net par mois). Si le service civique qui a, en un sens, pris la suite du service militaire, s'inscrit dans la logique de la formation des citoyens et a donc sa place dans le code du service national, le volontariat civique senior correspond à une valorisation de l'engagement associatif des aînés. C'est pourquoi il est prévu dans le code de l'action sociale et des familles.

Toutefois, le dispositif proposé ne se démarque pas clairement, hormis par la délivrance d'une attestation, des formes de bénévolat actuellement permises par les dispositions légales et réglementaires, contenues notamment dans le CASF. Le droit existant permet déjà aux bénévoles associatifs de se faire rembourser les frais qu'ils engagent pour le compte d'une association, voire de bénéficier d'une réduction fiscale s'ils

abandonnent leur créance. De même, l'article 12 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006, visé par le présent article, qui permet aux bénévoles de bénéficier de chèques-repas, est d'ores et déjà applicable à tout bénévole, quels que soient son âge ou la nature de son engagement associatif.

On peut donc s'interroger sur l'utilité d'un tel dispositif.

Par ailleurs, la référence à la notion indéfinie de « *domaines d'intervention reconnus prioritaires pour la Nation* » tend à créer une hiérarchisation entre les bénévoles selon la cause pour laquelle ils s'engagent et selon la forme que prend leur engagement.

L'introduction d'une telle distinction n'apparaît pas souhaitable et le mode associatif y est globalement défavorable. D'autres mesures, qui ne sont pas nécessairement de nature législative, pourraient être envisagées afin de valoriser l'engagement des aînés. Votre commission a modifié dans cet esprit le rapport annexé à l'article 2.

Votre commission a donc supprimé cet article.

Article 11

(art. L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles)

Résidences autonomie

Objet : *Cet article vise à rénover le cadre légal des logements-foyers pour personnes âgées en créant la catégorie juridique des « résidences autonomie ».*

I - Le dispositif proposé

- **Le dispositif existant**

- a) *Le cadre juridique des logements-foyers*

Aux termes de l'article L. 633-1 du code de la construction (CCH) et de l'habitation, 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 privés meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective* ». Ce type de logement peut accueillir différents publics et notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des migrants ou des personnes défavorisées.

Le code de l'action sociale et des familles (CASF) régit notamment les établissements et services sociaux ou médico-sociaux tels que définis à son article L. 312-1. Aux termes du 6° de cet article, sont des établissements et services sociaux ou médico-sociaux « *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* ».

Les logements-foyers pour personnes âgées sont donc régis à la fois par des dispositions issues du CCH et par des dispositions issues du CASF.

b) L'accueil de personnes dépendantes

Si les logements-foyers pour personnes âgées ont vocation à accueillir essentiellement des personnes autonomes, il arrive que certains résidents ayant perdu leur autonomie demeurent dans ces structures, voire que des personnes déjà dépendantes y soient accueillies.

Lorsque la proportion de personnes dépendantes accueillies dépasse un seuil fixé par décret, les établissements concernés doivent être transformés en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) conventionnés, conformément à l'article L. 313-12 du CASF.

A cette fin, les établissements concernés devaient conclure, avant le 31 décembre 2007, une convention tripartite avec le conseil général et l'Agence régionale de santé (ARS) définissant notamment les objectifs de l'établissement en matière de prise en charge, de qualité, de sécurité et d'efficacité¹. Les établissements n'ayant pas signé à temps la convention prévue, qualifiés dans la rédaction actuelle de « retardataires », se sont vu fixer des objectifs et appliquer une tarification par voie d'arrêté.

Les I bis et I ter de l'article L. 313-12 introduisent toutefois une souplesse dans l'obligation de conventionnement. Les établissements qui accueillent des personnes dépendantes dans une proportion supérieure au seuil prévu au I mais inférieure à un second seuil également fixé par décret, peuvent ainsi déroger à l'obligation de conventionnement. Cette dispense vaut pour tout ou partie de leur capacité d'accueil, selon qu'ils disposent ou non de l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux.

• **Le dispositif proposé**

Le présent article modifie l'article L. 313-12 du CASF afin de rénover le cadre applicable aux logements-foyers accueillant des personnes âgées.

a) Modifications rédactionnelles et de coordination

Les 1° à 3° du présent article opèrent les actualisations rendues nécessaires par la fin de la période de transition prévue par la loi de financement pour 2006.

¹ Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, article 48.

Le 1° supprime la référence à la date butoir du 31 décembre 2007 pour la signature des conventions tripartites et supprime la notion d'établissements « retardataires ».

Le 2° modifie la rédaction du I bis en supprimant, pour l'avenir, la possibilité de dérogation, tout en précisant que les établissements qui en bénéficient au moment de l'entrée en vigueur du présent texte en conservent le bénéfice, sous réserve que la proportion de personnes dépendantes hébergées ne vienne pas à dépasser le seuil fixé par décret.

Le 3° opère au I *ter* des modifications rédactionnelles rendues nécessaires par les modifications précédentes.

b) Définition des « résidences autonomie » et de leur cadre juridique

Le 4° du présent article modifie le III de l'article L. 313-12 du CASF, qui prévoit actuellement un cahier des charges, fixé par arrêté ministériel, pour encadrer de manière plus approfondie le fonctionnement des logements-foyers pour personnes âgées.

La nouvelle rédaction crée la notion de « résidence autonomie », qui désigne les établissements relevant de façon combinée de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et du 6° du I de l'article L. 312-12 du code de l'action sociale et des familles accueillant des personnes âgées dépendantes dans une proportion inférieure à certains seuils ou relevant des exceptions prévues au I bis ou au I *ter*.

c) Calcul de la proportion de résidents dépendants

Parallèlement, la nouvelle rédaction du I et du I bis doit conduire à simplifier les règles en vigueur concernant la mesure de la proportion de personnes dépendantes accueillies dans chaque établissement. Conformément à l'article D. 313-15 du CASF, la proportion de personnes dépendantes accueillies est actuellement calculée à l'aide de la notion de GIR moyen pondéré (GMP). La rédaction proposée par le présent article renvoie à « *des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret* ». Deux seuils, calculés en pourcentage du nombre total de résidents seraient ainsi fixés. Les résidences autonomie pourraient accueillir des personnes âgées dépendantes sans dépasser la proportion de 15 % de résidents relevant du GIR 3 et 10 % de résidents relevant des GIR 1 et 2.

d) Prévention de la perte d'autonomie

Le 4° précise également que les résidences autonomie devront proposer à leurs résidents, et éventuellement à des non-résidents, des prestations concourant à la prévention de la perte d'autonomie et dont le niveau minimal doit être fixé par décret. Elles doivent par ailleurs faciliter l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile.

e) Financement

Les résidences autonomie bénéficieront, pour l'exercice de leur mission de prévention, d'un « forfait autonomie » dont le montant sera modulé selon des modalités précisées par voie réglementaire. Ce forfait, versé par les départements, est financé au moyen d'un concours versé par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le versement de cette aide est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (Cpom), mais pourra être effectué, sans attendre l'entrée en vigueur du décret précisant les prestations minimales fournies par les résidences autonomie. Toutefois, il est prévu que les résidences autonomie qui bénéficient par ailleurs de financements provenant de la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam) au titre du forfait-soins ne pourront pas bénéficier du forfait autonomie.

Le besoin de financement généré par ce forfait est estimé à près de 40 millions d'euros par an, soit 438 euros par place. La conférence des financeurs prévue à l'article 3 du projet de loi est chargée de programmer, dans chaque département, les aides correspondant au forfait autonomie.

f) Accueil de nouvelles personnes dépendantes

L'accueil de nouvelles personnes dépendantes est possible, conformément au projet de l'établissement, à condition que des conventions de partenariat avec des professionnels de santé ou des services de soins à domicile (SSIAD ou SPASAD) ainsi qu'avec un établissement médicalisé (Ehpad) aient été signées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen en commission, deux amendements de la rapporteure ont été adoptés, visant à ce que le décret qui fixe les seuils de personnes dépendantes pouvant être accueillies, fixe également la périodicité de l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents et à inclure les services d'hospitalisation à domicile dans le champ des conventions signées par les résidences autonomie dans le but d'accueillir des personnes en perte d'autonomie légère. Un amendement déposé par Mme Poletti et plusieurs de ses collègues visant à ce que les prestations proposées puissent être mutualisées ou externalisées a également été adopté au stade de l'examen en commission.

En séance publique, deux amendements, l'un déposé par les membres du groupe CRC, l'autre d'origine gouvernementale, ont été adoptés, visant à étendre, d'une part, aux étudiants et jeunes travailleurs et, d'autre part, aux personnes handicapées le champ des personnes pouvant être accueillies dans les résidences autonomie dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.

L'Assemblée nationale a enfin adopté un amendement de Mmes Linkenheld, Delaunay et Khirouni créant un II au présent article, qui prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport sur les possibilités de développer une offre d'hébergement temporaire, destinées aux personnes en perte d'autonomie.

III - La position de la commission

On dénombre aujourd'hui 2 200 logements-foyers pour personnes âgées pour près de 110 000 places. Ces structures offrent une alternative à l'entrée dans un établissement médicalisé pour des personnes qui demeurent autonomes tout en ayant besoin de services spécifiques afin de conserver leur autonomie. Il s'agit donc d'une solution intéressante tant du point de vue de la qualité de vie des résidents que du point de vue de la maîtrise des dépenses publiques liées à la prise en charge de la dépendance.

Le dispositif proposé permet de définir de manière plus claire le statut juridique de ces structures et de préciser leur place dans la gamme des solutions de logement offertes aux personnes âgées. Le rôle de ces résidences dans la prévention de la perte d'autonomie est affirmé au travers du socle minimal de prestations qu'elles devront fournir¹ et au travers des relations qu'elles devront nouer avec des services externes de soins à domicile. Par ailleurs, la simplification du calcul du taux de personnes dépendantes et l'abandon du GMP paraît aller dans le sens de plus de lisibilité pour les gestionnaires.

La création d'un forfait autonomie permet également de soutenir les actions de prévention de ces établissements. Il peut toutefois être regretté que ce forfait ne puisse se cumuler avec le forfait soins. En effet, ces deux financements correspondent à des dépenses de natures différentes et complémentaires.

Impact d'une extension du forfait autonomie à l'ensemble des résidences autonomie

L'enveloppe allouée au financement du forfait autonomie est de 40 millions d'euros. L'étude d'impact jointe au projet de loi précise que 1 935 des 2 233 foyers-logements pour personnes âgées recensés ne bénéficient pas du forfait soins et seraient donc éligibles au forfait autonomie. Pour un coût moyen de 35 600 euros par ETP et par an, le forfait autonomie permettrait donc de financer 0,6 équivalent temps plein (ETP) par établissement.

A enveloppe constante, une extension de ce forfait à l'ensemble des 2 233 résidences autonomie induirait une dilution limitée des crédits, puisque le forfait autonomie permettrait alors de financer environ **0,5 ETP par établissement**. Au demeurant, la conférence des financeurs aura pour rôle de répartir les financements entre les établissements en fonction des besoins identifiés.

¹ Selon les informations communiquées par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), ce socle pourrait être constitué d'un service de restauration, d'un service de sécurité, d'un service d'entretien ainsi que d'actions d'animation et de prévention.

Sur proposition des rapporteurs, la commission des affaires sociales a adopté **un amendement** supprimant la disposition excluant les résidences autonomie percevant le forfait soins courant du bénéfice du forfait autonomie. Elle a également adopté **deux amendements** rédactionnels.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 12

(art. 633-3 du code de la construction et de l'habitation)

Contrat de séjour dans les résidences autonomie

Objet : Cet article vise à clarifier les règles applicables aux contrats de séjour dans les établissements relevant à la fois du code de la construction et de l'habitation et du code de l'action sociale et des familles.

I - Le dispositif proposé

• **L'incertitude juridique actuelle**

Les logements-foyers, qui deviennent des résidences autonomie conformément à l'article 11 de ce projet de loi, sont régis à la fois par des dispositions du code de la construction et de l'habitation (CCH) et par des dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF).

a) Régime général issu du code de la construction et de l'habitation

Aux termes de l'article L. 633-2 du code de la construction et de l'habitation, l'entrée dans un logement-foyer est subordonnée à la conclusion d'un contrat entre la personne logée et le gestionnaire fixant les modalités d'accueil. Ce contrat, d'une durée d'un mois, est renouvelable tacitement à la seule volonté de la personne logée. La signature du contrat vaut acceptation du règlement intérieur, établi par le gestionnaire, qui définit les droits et devoirs de la personne accueillie.

b) Le régime particulier applicable aux établissements relevant du CASF

Le CASF prévoit que la durée du contrat est prévue par le contrat lui-même en ce qui concerne les établissements habilités à l'aide sociale (article L. 311-4) et pour une durée indéterminée en ce qui concerne les établissements non habilités (article L. 342-2). L'article L. 311-7 du CASF mentionne par ailleurs un « règlement de fonctionnement » dont l'élaboration fait intervenir les usagers par l'intermédiaire d'un conseil de la vie sociale.

• **La clarification proposée**

Le présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation qui prévoit une dérogation au droit commun des logements-foyers pour les résidences autonomie. Pour ces

établissements, la durée du contrat est régie par les règles issues du CASF (articles L. 311-4 pour les établissements habilités à l'aide sociale et L. 342-2 pour les établissements non habilités). Les clauses et mentions rendues obligatoires par le CCH peuvent y être insérées.

Par ailleurs, il est précisé que le règlement de fonctionnement mentionné à l'article L. 311-7 du CASF tient lieu, pour les établissements concernés, de règlement intérieur afin de mettre fin à la confusion qui pouvait exister entre les deux documents.

Ces dispositions s'appliquent également aux établissements accueillant des personnes handicapées et pour les établissements à caractère expérimental (mentionnés respectivement aux 7° et 12° de l'article L. 312-1 du CASF).

Ces dispositions remplacent la rédaction actuelle de l'article L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation, issue de la loi du 13 décembre 2000¹, qui accordait aux gestionnaires un délai de six mois pour proposer un contrat à toutes les personnes hébergées et qui a perdu toute portée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article apporte des précisions bienvenues quant aux règles applicables et lève une incertitude juridique qui pesait sur les gestionnaires de résidences autonomie. Il s'inscrit donc dans une logique de promotion de cette forme de logement pour les personnes âgées.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

¹ Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains.

Article 13

(art. L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles)

Règles relatives au tarif de l'hébergement dans les résidences autonomie

Objet : Cet article vise à clarifier, à droit constant, les règles relatives à l'évolution de la redevance dans les établissements conventionnés à l'aide personnalisée au logement.

I - Le dispositif proposé

Les articles L. 342-1 à L. 342-6 du code de l'action sociale et des familles (CASF) contiennent des dispositions relatives aux établissements hébergeant des personnes âgées. Ils prévoient notamment les modalités de tarification de l'hébergement et des prestations servies par ces établissements. Il est ainsi prévu que le tarif de l'hébergement et de chacune des prestations est fixé librement, mais ne peut être revalorisé chaque année que dans les limites fixées par un arrêté ministériel (art. L. 342-3).

L'article L. 342-1 définit le champ d'application de ces dispositions. Il découle du 3° de cet article que, concernant les établissements conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (APL) et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les dispositions des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF, et notamment les règles de revalorisation, ne sont applicables qu'aux prestations qui n'entrent pas dans le calcul de la redevance assimilable au loyer et aux charges récupérables au sens du code de la construction et de l'habitation (articles R. 353-156 à R. 353-159 de ce code). En effet, cette redevance, qui sert de base au calcul du montant de l'APL, évolue en lien avec l'indice de référence des loyers (IRL).

La rédaction actuelle du 3° de l'article manque toutefois de clarté. Elle peut en effet être interprétée comme étendant les règles d'indexation issue du code de la construction et de l'habitation à l'ensemble de la redevance, et non aux seuls éléments assimilables au loyer et aux charges récupérables.

Le présent article clarifie donc, à droit constant, la rédaction du 3° de l'article 341-2 du CASF afin d'établir de manière claire, que la part de la redevance qui n'est pas assimilable au loyer et aux charges récupérables varie non selon les règles relatives à l'APL (indexation sur l'IRL) mais selon les règles du CASF (revalorisation annuelle dans les limites fixées par un arrêté ministériel). Par souci de lisibilité, la nouvelle rédaction renvoie, non aux dispositions réglementaires du code de la construction et de l'habitation, mais aux dispositions législatives.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article, qui clarifie à droit constant les dispositions applicables, lève une insécurité juridique qui pose des difficultés de gestion. Cette clarification est donc bienvenue.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 14

(art. L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation)

Intégration des résidences autonomie au répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux

Objet : Cet article vise à ajouter les logements-foyers et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale dans le champ du répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux.

I - Le dispositif proposé

L'inclusion des logements-foyers et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale dans le répertoire des logements locatifs de bailleurs sociaux

L'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation (CCH) prévoit un répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux (RLLS) afin de doter les pouvoirs publics d'une meilleure vision globale du parc locatif social. Ce répertoire est établi sur la base des informations transmises par les bailleurs.

Le présent article vise à inclure dans le périmètre du RLLS les logements-foyers, qu'ils accueillent des personnes âgées ou d'autres publics, ainsi que les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Le 2° du présent article introduit à cet effet un nouvel alinéa après le huitième alinéa de l'article L. 411-10 du CCH.

Mesures d'actualisation et de coordination

L'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation énumère les catégories de bailleurs soumis à l'obligation de transmission. Outre les organismes HLM (1°) et les sociétés d'économies mixtes de construction et de gestion de logements sociaux (2°), un certain nombre de personnes morales sont mentionnées. Le 3° vise ainsi notamment l'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais (Epinorpa). Les activités de cet établissement sont aujourd'hui réalisées par la société M&C Soginorpa qui a, depuis le 1^{er} janvier 2014, le statut de société

HLM et qui entre par conséquent dans le champ du 1°. La mention spécifique de l'Épinorpa étant donc devenue inutile, elle est supprimée par le présent article.

L'obligation de transmission des informations nécessaires à l'établissement du répertoire s'ajoute à une obligation, prévue à l'article L. 302-6 du même code, de transmettre au préfet un inventaire des logements sociaux possédés ou gérés.

Afin d'éviter toute redondance, l'article L. 411-10 prévoit que la transmission au titre du répertoire vaut dispense de transmission au titre de l'inventaire, sauf pour les logements-foyers, mentionnés au 4° de l'article L. 302-5. L'inclusion explicite des logements-foyers dans le champ du RLLS rend inutile cette exception et le 3° du présent article la supprime.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen en commission, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques, visant à permettre aux gestionnaires de logements-foyers de transmettre directement les informations requises. Deux amendements adoptés en séance publique sur la proposition de Mme Dombre-Costes ont élargi cette possibilité aux gestionnaires de CHRS.

En effet, dans le cas des CHRS, comme dans celui des logements-foyers, le bailleur ne gère pas toujours directement l'établissement et ne dispose donc pas nécessairement des informations nécessaires.

III - La position de la commission

La création d'un statut juridique des résidences autonomie vise à promouvoir ces structures dans la gamme de logements adaptés aux personnes âgées. Leur inclusion dans les répertoires des logements locatifs sociaux paraît dès lors s'inscrire dans une perspective cohérente.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*Article 15**(art. 41-1 à 41-5 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965)***Fonctionnement des résidences-services**

Objet : Cet article vise à rénover le cadre juridique applicable aux résidences-services.

I - Le dispositif proposé**• Les dispositions applicables aux résidences-services**

Le terme de résidence-services, ou ses variantes (résidence du troisième âge, résidence-retraite...) désigne un type de copropriété destiné à offrir un cadre de vie adapté à des personnes âgées autonomes, propriétaires ou locataires. Ces résidences se composent de logements individuels (maisons ou appartements) équipés et sécurisés conformément aux besoins particuliers des personnes âgées (ascenseurs, portails avec interphone...). Elles offrent des services tels qu'un restaurant, une blanchisserie ou un espace forme, de nature à garantir aux copropriétaires un cadre de vie convivial tout en respectant leur indépendance.

L'article L. 633-5 du code de la construction et de l'habitation précise que les dispositions régissant les logements-foyers ne sont pas applicables aux résidences-services. De même, leurs résidents étant en principe autonomes, les résidences-services n'entrent pas dans le champ des établissements sociaux ou médico-sociaux régis par le code de l'action sociale et des familles. Elles sont régies par la loi du 10 juillet 1965¹ et plus précisément par son chapitre IV *bis*, issu de la loi dite « ENL » du 13 juillet 2006².

Le chapitre IV *bis* de la loi du 10 juillet 1965 se compose actuellement des articles 41-1 à 41-5.

L'article 41-1 autorise le règlement de copropriété à étendre l'objet d'un syndicat de copropriétaires à la fourniture de services spécifiques aux copropriétaires, à l'exception toutefois de services de soins ou d'accompagnement entrant dans le champ de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. La fourniture de ces services peut être déléguée à des tiers.

Conformément à l'article 41-2, les résidences-services ne peuvent déroger à l'obligation de créer un conseil syndical.

¹ Loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis.

² Loi n° 2006-872 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement.

L'article 41-3 est relatif à la répartition des charges correspondant aux services proposés aux résidents. Elles doivent être réparties conformément au droit commun du régime de la copropriété défini au premier alinéa de l'article 10 qui dispose : « *Les copropriétaires sont tenus de participer aux charges entraînées par les services collectifs et les éléments d'équipement commun en fonction de l'utilité que ces services et éléments présentent à l'égard de chaque lot* ». Elles figurent au budget prévisionnel annuel voté par le syndicat. Toutefois, il est précisé que « *les dépenses afférentes aux prestations individualisées ne constituent pas des charges de copropriété* ».

Les articles 41-4 et 41-5 sont relatifs à la suppression des services communs, soit par décision du syndicat, soit par le juge dans le cas où l'équilibre financier est gravement compromis.

• **Les modifications apportées au cadre juridique des résidences-services**

Le présent article prévoit une nouvelle rédaction du chapitre IV *bis* de la loi du 10 juillet 1965 afin de sécuriser ce cadre juridique.

a) La distinction entre services individualisables et non individualisables

Les articles 41-1 et 41-2, dans leur nouvelle rédaction, introduisent une distinction entre les services individualisables et ceux qui ne le sont pas.

La nouvelle rédaction de l'article 41-1 précise que les services qui peuvent être prévus dans l'objet du syndicat de copropriétaires sont des services « *qui bénéficient par nature à l'ensemble* » des occupants et renvoie à un décret pour définir les catégories de services concernés. Ces services non-individualisables sont obligatoirement fournis par des tiers dans le cadre d'une convention (alinéas 1 et 2). Les dispositions existantes concernant l'interdiction de dispenser des services entrant dans le champ du CASF sont maintenues (dernier alinéa).

Par ailleurs, le nouvel article 41-2 permet l'affectation de certaines parties communes à la fourniture aux occupants de services individualisables.

b) La répartition des charges

Concernant les services qui ne sont pas individualisables, l'article 41-1 (alinéa 2) maintient la règle selon laquelle les charges sont réparties entre les copropriétaires conformément à l'article 10 de la loi de 1965 (article 41-3 actuel).

A l'inverse, la nouvelle rédaction de l'article 41-2 prévoit que c'est le règlement de copropriété qui fixe la répartition des charges d'entretien et de fonctionnement liées aux parties communes, affectées à des services individualisables.

c) Les prestations assurées par un tiers

Le dernier alinéa de l'article 41-6 [nouveau] prévoit l'interdiction pour le syndic d'être également prestataire d'un service offert au sein de la résidence, que celui-ci soit individualisable ou non. Cette interdiction s'étend à ses préposés ainsi qu'aux membres de sa famille.

Les services offerts dans la résidence le sont donc par des prestataires tiers et dans le cadre d'une convention, que ces services soit individualisables (article 41-3) ou non (article 41-1, alinéa 2). Concernant les services spécifiques individualisables, il est précisé que la convention fixant les modalités d'utilisation des parties communes par le ou les prestataires est conclue pour cinq ans, renouvelable et à titre gratuit et qu'elle est régie par les dispositions des articles 1875 et suivants du code civil relatifs aux prêts à usage.

Enfin, l'alinéa 2 de l'article 41-4 prévoit que la durée des contrats individuels que les prestataires concluent avec les occupants (abonnements à un club de sport par exemple) ne peut excéder la durée du prêt dont ils bénéficient pour l'utilisation des parties communes.

d) Les règles de prise de décision

Les décisions relatives à la suppression d'un service non-individualisable (article 41-1, alinéa 3) ou à la désaffectation des parties communes affectées à un service individualisable (article 41-5), qui remettent à la charge de la copropriété les charges éventuellement dévolues au prestataire, se prennent conformément à l'article 26 de la loi de 1965, c'est-à-dire à la majorité des membres du syndicat et des deux-tiers des voix¹.

A l'inverse, les décisions relatives au choix des prestataires de services spécifiques individualisables ainsi que les décisions d'approbation des conventions qui y sont relatives se prennent, conformément à l'article 25, à la majorité absolue des voix.

La possibilité pour le juge, saisi par des copropriétaires représentant au moins 15 % des voix du syndicat, de suspendre ou de supprimer un service si son équilibre financier est gravement compromis, prévue par l'article 41-5 actuel, est reprise à l'avant dernier alinéa de l'article 41-1 applicable aux services non-individualisables.

e) Le conseil syndical et le conseil des résidents

L'interdiction pour les syndicats de copropriétaires des résidences-services de déroger à l'obligation de créer un conseil syndical est maintenue (article 41-6 [nouveau]). Ce conseil syndical donne son avis sur les projets de conventions relatives aux services spécifiques, en surveille l'exécution et présente un bilan annuel à l'assemblée générale des copropriétaires.

¹ Conformément à l'article 22 de la loi du 10 juillet 1965, chaque copropriétaire dispose d'un nombre de voix correspondant à sa quote-part dans les parties communes.

Le recours à des prestataires tiers et la signature obligatoire des conventions relatives aux services spécifiques, prévue au deuxième alinéa de l'article 41-1 et à l'article 41-3 rendent caduque la possibilité prévue par l'article 41-2 pour l'assemblée générale de déléguer au conseil syndical les décisions relatives à la gestion courante de ces services. Cette disposition est donc supprimée.

Le nouvel article 41-7 [nouveau] crée un nouvel organe consultatif au sein des résidences-services. Le conseil des résidents est distinct du conseil syndical en ce qu'il rassemble les personnes demeurant à titre principal dans la résidence, qu'elles soient propriétaires ou locataires, et à l'exclusion des copropriétaires bailleurs. La création de cette instance a pour objectif d'améliorer la qualité des services rendus en facilitant l'échange et l'information entre les résidents et les prestataires de service, d'une part, et entre les locataires et les bailleurs, d'autre part.

Des garanties d'information sont prévues dans ce but. Le syndic doit réunir le conseil des résidents avant la tenue de l'assemblée générale, dont l'ordre du jour et le compte-rendu, lui sont communiqués ainsi que toutes les informations relatives aux services fournis dans la résidence, sur lesquels il peut émettre un avis. Le compte rendu des séances du conseil des résidents, rédigé par un secrétaire de séance désigné à cet effet et cosigné par le syndic, est conservé de manière à pouvoir être remis préalablement à l'emménagement de tout nouveau résident, propriétaire ou locataire.

f) La fin de la dérogation à la condition d'activité exclusive

L'article L. 7232-1-2 du code du travail prévoit qu'un certain nombre de structures de services à la personne, au nombre desquelles les résidences-services (4°), sont dispensées de la condition d'activité exclusive pour bénéficier d'un agrément de l'État, qui est prévue par l'article L. 7232-1-1, lui-même issu de l'article premier de la loi n° 2006-841 relative au développement des services à la personne.

Le projet de loi, dans sa version initiale, abroge le 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels ou de rectification, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de la rapporteure visant à ce que l'obligation de transmettre les comptes rendus des conseils des résidents à toute personne intéressée par la signature d'un bail soit limitée aux trois dernières années. Cette durée correspond à celle qui s'applique aux procès-verbaux des assemblées générales de copropriété, annexés à une promesse de vente.

Alors que le II de l'article 15, abrogeant le 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail, avait été supprimé lors de l'examen du texte en commission, l'Assemblée nationale a, au stade de l'examen en séance publique, rétabli cet article dans une nouvelle rédaction à l'initiative de la rapporteure. La dérogation ne bénéficie ainsi plus aux résidences-services elles-mêmes mais aux prestataires de services qui interviennent en leur sein. Plusieurs amendements rédactionnels ou de précision ont par ailleurs été adoptés.

III - La position de la commission

Les résidences-services qui se développent depuis les années 1980 rencontrent un certain nombre de difficultés de gestion, préjudiciables pour les résidents.

Dans la pratique, la distinction entre charges communes et charges individualisées est floue et des résidents peuvent être contraints de payer pour des services qu'ils ne souhaitent pas utiliser. De même, lorsqu'un appartement est inoccupé du fait du décès de son occupant ou de son départ vers un établissement médicalisé, le propriétaire ou ses héritiers se voient parfois contraints de payer les charges afférentes aux services proposés au sein de la résidence. Lorsque les copropriétaires refusent de payer de telles charges, l'équilibre financier de la résidence s'en trouve fragilisé.

Par ailleurs, le cadre actuel laisse la possibilité pour un syndic de fournir les services spécifiques parallèlement à sa fonction de représentant des intérêts de la copropriété, le plaçant dans une situation de conflit d'intérêts qui nuit aux intérêts des résidents.

Ces failles dans le cadre juridique rendent difficile la revente des biens en question, le montant des charges ainsi que les dysfonctionnements constatés ayant pour effet de décourager tout acheteur. De nombreuses associations refusent même d'accepter ces biens à titre de don ou de legs.

La rénovation proposée apporte un certain nombre d'améliorations au cadre juridique du droit de la copropriété. L'interdiction pour le syndic de prêter lui-même les services offerts, la distinction entre services individualisables et non individualisables ou encore la création d'un conseil des résidents constituent ainsi des avancées de nature à sécuriser la gestion des résidences-services.

Toutefois, les modifications apportées à la loi de 1965 sont substantielles et pourraient déstabiliser des copropriétés dans lesquelles un équilibre satisfaisant pour les résidents a pu être trouvé. Les cas médiatiques de dérives dues à une gestion déficiente, voire malhonnête, ne doivent pas conduire à remettre en cause un modèle qui fonctionne de manière satisfaisante dans la majorité des cas.

Il convient notamment de maintenir la possibilité de gestion en régie des services proposés au sein de la résidence, qui permet au syndicat de copropriété de se passer des services d'un prestataire extérieur, ce qui réduit souvent le coût facturé aux résidents.

Par ailleurs, si une distinction entre les charges de copropriété et le prix des prestations individualisées est nécessaire, ne serait-ce que pour des raisons fiscales (les charges de copropriété ne sont pas soumises à la taxe sur la valeur ajoutée), cette distinction est déjà opérée dans les copropriétés dont la gestion est saine. La disposition qui prévoit que la répartition des charges de fonctionnement et d'entretien des parties communes affectées à un service non-individualisable est fixée par le règlement de copropriété entre en contradiction avec l'article 10 de la loi du 10 juillet 1965, et il n'est juridiquement pas possible de laisser un texte tel que le règlement de copropriété déroger à un texte de valeur législative. Par ailleurs, si les prestations individualisables doivent être supportées par l'utilisateur, la mutualisation des charges de fonctionnement et d'entretien des parties communes affectées correspond à l'esprit dans lequel se sont créées les résidences-services de première génération, et constitue une condition *sine qua none* de la viabilité économique des services proposés aux résidents.

L'examen en commission a permis d'améliorer la rédaction du texte sur plusieurs points¹.

Votre commission a adopté **deux amendements** des rapporteurs, identiques à **deux amendements** de la commission des lois visant, d'une part, à maintenir la possibilité d'une gestion en régie des services offerts au sein des résidences-services et, d'autre part, à maintenir la mutualisation des charges d'entretien et de fonctionnement des parties communes affectées.

Elle a également adopté, sur avis favorable des rapporteurs, **un amendement** de la commission des lois précisant que la durée de cinq ans mentionné pour les conventions d'occupation des parties communes par un prestataire de services était un maximum et non une durée fixe. Elle a également rétabli la possibilité pour l'assemblée générale des copropriétaires de déléguer au conseil syndical les décisions relatives à la gestion courante de certains services, en cohérence avec le rétablissement de la possibilité de gérer certains services en régie sur la proposition de la commission des lois.

Sur une proposition de la commission des affaires économiques ayant reçu un avis favorable des rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** étendant l'interdiction faite au syndic de prêter des services à son concubin et, s'agissant des personnes morales, aux sociétés mères ou filiales. Elle a également adopté **un amendement** de la commission des affaires économiques permettant la suppression d'un service par

¹ Cinq amendements rédactionnels et de précision ont été adoptés sur la proposition de vos rapporteurs, ainsi que deux sur la proposition du rapporteur pour avis de la commission des lois et un sur la proposition du rapporteur de la commission des affaires économiques.

décision du juge lorsque l'équilibre financier de la copropriété dans son ensemble est compromis, ainsi qu'un **amendement** relatif aux modalités de transmission des comptes rendus des réunions du conseil des résidents aux copropriétaires.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 15 bis A [nouveau]

*(art. L. 631-13 [nouveau] du code de la construction et de l'habitation
et art. L. 7232-1-2 du code du travail)*

Résidences-seniors

Objet : Cet article additionnel crée un cadre juridique pour encadrer le développement des résidences-services de deuxième génération.

Le modèle des résidences-services qui s'est développé à partir des années 1970 n'apparaît plus attrayant aujourd'hui. Aucune création nouvelle de résidences s'inscrivant dans ce modèle n'a été constatée depuis une dizaine d'années. On constate, à l'inverse, depuis les années 1990, le développement d'une nouvelle génération de résidences, à l'initiative de promoteurs spécialisés et dans lesquelles la majorité des résidents sont des locataires.

Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, ce type de copropriétés devrait connaître une croissance importante dans les décennies à venir en raison de l'évolution démographique mais également d'un facteur générationnel, les cohortes arrivant à l'âge de la retraite étant aujourd'hui plus réceptives à ce concept. Le nombre de ces résidences pourrait ainsi atteindre 580 en 2015 contre 374 en 2012), pour 64 000 personnes accueillies (41 000 en 2012).

Première/deuxième génération

Malgré une trentaine de terminologies différentes, on peut regrouper les résidences-services en deux grandes catégories qui correspondent à deux modèles dont les problématiques sont distinctes.

Les résidences de première génération (ou premier type) sont apparues à partir des années 1970. Elles se sont développées dans le cadre du droit commun de la copropriété (loi n° 65-557 du 10 juillet 1965), avant que la loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement (loi ENL) ne crée un statut spécifique. Dans ce modèle, les résidents sont généralement propriétaires de leur logement et participent, via le conseil syndical, à la gestion des services offerts par la résidence.

Dans les résidences de deuxième génération (ou deuxième type), qui se sont développées à partir des années 2000, la part des propriétaires résidents est minime (moins de 5 %). On y distingue clairement trois acteurs : le propriétaire du logement, qui est souvent un investisseur souhaitant bénéficier de dispositifs fiscaux avantageux¹, le résident locataire et l'exploitant de la résidence qui gère les services offerts aux résidents, possède ou loue les locaux affectés aux services et assume le risque de vacance des logements. Ces résidences pourraient même évoluer vers un modèle de mono-propriété, dans lequel l'ensemble des lots appartiennent au même investisseur institutionnel. Elles se sont jusqu'à présent développées dans le cadre du droit commun de la copropriété qui ne prend pas en compte leur spécificité.

On dénombre aujourd'hui environ 150 résidences de première génération et entre 300 et 400 résidences de deuxième génération et ce modèle est en forte croissance.

Les résidences de seconde génération se sont jusqu'à présent développées dans le cadre du droit de la copropriété. Ce cadre apparaît toutefois obsolète compte tenu des caractéristiques réelles de ces résidences.

Afin d'encadrer le développement des résidences de deuxième génération, votre commission a adopté un amendement des rapporteurs, identique à un amendement de la commission des affaires économiques, créant au sein du code de la construction et de l'habitation la notion de résidences-seniors.

Il est précisé que ces résidences peuvent faire l'objet d'une convention au titre de l'aide personnalisée au logement (APL), et qu'elles doivent mettre en place un conseil des résidents. Par ailleurs, les gestionnaires de services bénéficient de la dérogation à la condition de compétence exclusive prévue à l'article L. 7231-1-2 du code du travail.

Votre commission a adopté l'article 15 bis A ainsi rédigé.

¹ Les propriétaires de logements au sein de résidences-services qui louent leur bien peuvent bénéficier d'une réduction d'impôt sur le revenu en vertu du dispositif dit « Location meublée non professionnelle » (LMNP) ou « Censi-Bouvard » prévu par l'article 199 sexvicies du code général des impôts.

*Article 15 bis***Demande de rapport sur le logement intergénérationnel**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport sur le logement intergénérationnel.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Au stade de l'examen en commission, et sur proposition de la rapporteure pour avis de la commission des affaires économiques, l'Assemblée nationale a inséré le présent article visant à ce que le Gouvernement remette, dans les douze mois suivant la publication de la loi, un rapport sur le logement intergénérationnel, « *afin de sécuriser et de favoriser les pratiques existantes* ». Ce rapport devra notamment examiner l'opportunité d'adapter le régime juridique de la convention d'occupation précaire ainsi que les règles relatives à la taxe d'habitation et au versement des allocations familiales.

II - La position de la commission

La cohabitation intergénérationnelle, qui permet à des jeunes d'être logés par des personnes âgées en échange de services rendus est une solution qui se développe et qui permet tant aux jeunes de faire face aux difficultés rencontrées pour se loger qu'aux personnes âgées de bénéficier d'un certain nombre de services facilitant leur maintien à domicile.

Ce mode de cohabitation soulève toutefois un certain nombre de difficultés juridiques, pouvant amener les services fiscaux à assimiler certaines situations à du concubinage ou du travail dissimulé. Il est donc souhaitable d'encadrer l'habitat intergénérationnel afin de le sécuriser juridiquement.

L'absence de toute disposition relative à la cohabitation intergénérationnelle constituait un manque dans le texte initial. A défaut de prévoir un cadre juridique, le présent article a le mérite de soulever les problèmes suscités par cette forme de logement et d'appeler le Gouvernement à se saisir de ce sujet sous un an.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 16

(art. L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation)

**Intégration des enjeux liés au vieillissement
dans les programmes locaux de l'habitat**

Objet : Cet article prévoit d'intégrer les problématiques de la perte d'autonomie et du handicap dans les programmes locaux de l'habitat.

I - Le dispositif proposé

• **Le programme local de l'habitat**

Prévu à l'article L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH), le programme local de l'habitat (PLH) est un document de programmation stratégique élaboré par les établissements de coopération intercommunale (EPCI) définissant la politique de l'habitat sur le territoire des communes concernées. Le présent article modifie l'article L. 302-1 du CCH afin d'intégrer la problématique de l'adaptation de l'habitat au vieillissement dans l'élaboration des PLH.

L'élaboration d'un PLH est obligatoire pour les métropoles, communautés urbaines et communautés d'agglomération ainsi que pour les communautés de communes de plus de 30 000 habitants comprenant au moins une commune de plus de 10 000 habitants dès lors qu'elles sont compétentes en matière d'habitat. En cohérence avec le schéma de cohérence territoriale (Scot), le PLH définit, pour une durée de six ans, les objectifs et les principes d'une politique visant à répondre aux besoins en logements et en hébergement et à favoriser le renouvellement urbain, la mixité sociale et l'accessibilité du bâti aux personnes handicapées. Les orientations qu'il définit s'imposent aux plans locaux d'urbanisme (PLU).

• **La prise en compte de la perte d'autonomie et du handicap dans les PLH**

Le IV de l'article L. 302-1 du CCH énumère un certain nombre d'éléments qui doivent figurer de manière obligatoire dans le PLH, notamment les objectifs d'offres nouvelles, la typologie des logements nécessaires au regard de la situation économique et sociale des habitants et les actions à mener dans un certain nombre de domaines. Le PLH précise également les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes mal logées ou défavorisées (alinéa 7) et des étudiants (alinéa 8).

Le présent article ajoute à ces éléments obligatoires la réponse aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet ajout pour but d'associer les EPCI à l'effort d'adaptation de l'habitat au vieillissement en s'appuyant sur l'outil de conception et de suivi, mais aussi de coordination des différents acteurs que constitue le PLH.

Il s'agit d'une logique d'incitation, puisque l'obligation pesant sur les EPCI est essentiellement une obligation de réflexion. Cette mesure sera appliquée au fur et à mesure du renouvellement des PLH, qui sont élaborés tous les cinq ans.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 16 bis

(art. L. 122-1-2 du code de l'urbanisme)

Prise en compte du vieillissement dans les schémas de cohérence territoriale

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à ce que la problématique du vieillissement soit prise en compte dans les schémas de cohérence territoriale.

I - Le dispositif adopté par l'assemblée nationale

Au stade de l'examen en commission, et sur proposition de la rapporteure, l'Assemblée nationale a ajouté un article visant à modifier l'article L. 122-1-2 du code de l'urbanisme relatif au rapport de présentation du schéma de cohérence territoriale (Scot), qui coordonne au niveau communal ou intercommunal les politiques d'urbanisme et d'habitat.

L'article L. 122-1-2 prévoit notamment que le rapport de présentation s'appuie « sur un diagnostic établi au regard des prévisions économiques et démographiques » pour expliquer les choix retenus. Le présent article prévoit une mention explicite de la problématique du vieillissement de la population, afin que celle-ci soit mieux prise en compte dans l'élaboration des Scot.

II - La position de la commission

Cet article est cohérent avec la volonté de mieux prendre en compte les problématiques liées au vieillissement dans les documents de planification urbaine.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 17

(art. 2143-3 du code général des collectivités territoriales)

**Représentation des personnes âgées
dans les commissions communales d'accessibilité**

Objet : Cet article prévoit la représentation des personnes âgées au sein des commissions communales d'accessibilité.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales (CGCT) prévoit la mise en place de commissions communales d'accessibilité dans les communes ou dans les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de plus de 5 000 habitants compétents en matière de transports ou d'aménagement. Ces commissions ont pour fonction d'établir un rapport annuel dressant l'état d'accessibilité du bâti, de la voirie, des espaces publics et des transports, et de formuler des propositions de nature à améliorer l'existant. Elles recensent également l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées.

Présidées par le maire ou par le président de l'EPCI, les commissions d'accessibilité sont composées notamment des représentants de la commune, d'associations d'usagers et d'associations représentant les personnes handicapées.

Le présent article ajoute plusieurs mentions des personnes âgées à la rédaction actuelle.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

L'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées, prise en vertu de la loi n° 2014-789 du 10 juillet 2014, a modifié l'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales. Les modifications apportées satisfont l'objet du présent article. Toutefois, la sécurité juridique de ces dispositions est incertaine.

En effet, l'ordonnance n'a pas encore été ratifiée bien qu'un projet de loi en ce sens ait été déposé le 4 janvier 2015. Un recours en annulation a par ailleurs été déposé devant le Conseil d'Etat contre cette ordonnance.

Compte tenu de ces circonstances, il convient de ne pas supprimer à ce stade le présent article. Une adoption en termes identiques n'est pas non plus souhaitable dans la mesure où il ne serait plus possible de revenir sur cet article à un stade ultérieur de la procédure législative.

Votre commission a donc adopté **un amendement** des rapporteurs reprenant la rédaction de l'article L. 2143-3 du CGCT issue de l'ordonnance en la complétant à ses alinéas 6 et 9.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 18

(art. L. 1214-2 et L. 1231-8 du code des transports)

Accessibilité des transports en commun

Objet : Cet article vise à une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des personnes âgées dans les transports publics.

I - Le dispositif proposé

• Plan de déplacements urbains

Dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, l'autorité organisatrice des transports élabore un plan de déplacements urbains (PDU), prévu aux articles L. 1214-1 et suivants du code des transports. Ce document « *détermine les principes régissant l'organisation du transport de personnes et de marchandises, la circulation et le stationnement* » (article L. 1214-1). Son contenu est précisé à l'article L. 1214-2, aux termes duquel le PDU vise notamment à assurer « *2° (...) l'amélioration de l'accès aux réseaux de transports publics des personnes handicapées ou dont la mobilité est réduite* ».

Le présent article complète cette disposition de manière à ce que le PDU prenne également en compte la question de l'accès des personnes âgées aux réseaux de transports.

• Service de conseil en mobilité

L'article L. 1231-8 du code des transports prévoit à son dernier alinéa la mise en place, par les autorités organisatrices du transport public d'un service de conseil en mobilité « *à l'intention des employeurs et des gestionnaires d'activités générant des flux de déplacements importants* ». Le présent article prévoit que ce service de conseil est également mis en œuvre à l'intention de publics spécifiques, « *notamment les personnes handicapées et les personnes âgées* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 19 A

(art. 1^{er} de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008
portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire
dans le domaine de la lutte contre les discriminations)
Discrimination en raison de la perte d'autonomie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, élargit à la perte d'autonomie le champ des motifs susceptibles de fonder une discrimination.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'article 1^{er} de la loi du 27 mai 2008 distingue deux formes de discrimination selon que celle-ci revêt un caractère direct ou indirect¹.

- La **discrimination directe** est la situation dans laquelle « une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable » du fait « de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, sa religion, ses convictions, son âge, son handicap, son orientation ou identité sexuelle, son sexe ou son lieu de résidence ».

- La **discrimination indirecte** est « une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, en raison de l'un des motifs mentionnés ci-dessus, « un désavantage particulier pour certaines personnes par rapport à d'autres, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés ».

Le présent article, inséré en séance à l'Assemblée nationale sur la proposition conjointe de Mme Martine Pinville et de M. Christophe Sirugue et plusieurs de ses collègues, **ajoute la perte d'autonomie à la liste des motifs susceptibles d'entraîner une discrimination directe ou indirecte.**

¹ Loi n° 2008-496 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations.

II - La position de la commission

Votre commission s'est interrogée sur l'utilité de cet article. Le droit actuel inclut en effet déjà l'âge et le handicap parmi les facteurs susceptibles de fonder une discrimination. Or les personnes en situation de perte d'autonomie présentent *ipso facto* un handicap, lequel est généralement lié à l'âge. L'objectif poursuivi par le présent article apparaît donc satisfait par le droit en vigueur.

Dans ce contexte, la loi organique du 29 mars 2011¹ permet d'ailleurs à ce dernier d'exercer sa compétence à l'égard des personnes visées (personnes âgées ou handicapées) au regard soit des critères légaux de discrimination, soit du caractère public de l'Ehpad dans lequel réside, le cas échéant, l'intéressé. Selon les informations communiquées à vos rapporteurs, **environ 6 % des réclamations (3 000 dossiers par an) adressées au Défenseur des droits en matière de discriminations sont relatives à l'âge.** En 2014, ce dernier constitue le 6^{ème} critère de saisine pour discrimination (sur 20 critères au total).

Compte tenu de ces considérations, votre commission a jugé légitime, à l'initiative conjointe de vos rapporteurs et de la rapporteure pour avis de la commission des lois, d'adopter un **amendement de suppression** de l'article 19 A.

Votre commission a donc supprimé cet article.

Article 19

(art. L. 113-1, L. 113-1-1 [nouveau] et L. 113-1-2 [nouveau]
du code de l'action sociale et des familles)

**Droit des personnes âgées en perte d'autonomie
à un accompagnement et à une information adaptés**

Objet : Cet article reconnaît le droit, pour toute personne âgée en perte d'autonomie, à bénéficier d'un accompagnement et d'une information adaptés à sa situation et à son projet de vie.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 113-1 du code de l'action sociale et des familles pose les fondements juridiques et définit le contenu de l'aide sociale aux personnes âgées. Il consacre le droit pour toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes de bénéficier « *soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement* ».

¹ Loi organique n° 2011-333 relative au Défenseur des droits.

Le présent article vise à préciser le contenu de ce droit afin de garantir qu'il s'exerce selon des modalités respectueuses de la situation personnelle et du projet de vie de la personne âgée. Il vise en outre à réaffirmer le droit à une information adaptée sur les prises en charge et les formes d'accompagnement disponibles.

Il modifie pour ce faire le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles qui rassemble les principes généraux applicables aux personnes âgées.

Ses **alinéas 3 à 5** insèrent **deux nouveaux articles** :

- **l'article L. 113-1-1** reconnaît le droit de la personne âgée dépendante « *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 les conditions définies au chapitre II du livre III du code de l'action sociale et des familles, qui regroupe les dispositions relatives à **l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** ;

- **l'article L. 113-1-2** consacre le droit, pour la personne âgée dépendante et sa famille, « *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* ». Le droit est garanti par la CNSA dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles et par les départements au titre de l'article L. 113-2 du même code.

L'article L. 14-10-1 confère à la CNSA la mission « *de contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées* ». A cet égard, l'article 47 du présent projet de loi précise le cadre juridique dans lequel la CNSA est chargée de déployer un portail d'information pour les personnes âgées et leurs proches. Il s'agit de répondre à l'insuffisante transparence sur l'offre disponible en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie et de remédier à l'hétérogénéité de l'information sur l'ensemble du territoire. Compte tenu du caractère épars de cette information et du besoin accru de visibilité sur les bons interlocuteurs, il convient en effet de mettre à disposition des personnes âgées et de leurs proches un point d'entrée facilement accessible qui leur permette d'être orientés rapidement vers les acteurs qui pourront leur apporter une information et un appui individualisé.

S'agissant des départements, l'article L. 113-2 prévoit qu'ils mettent en œuvre leurs compétences en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination (Clic). Il les autorise en outre à signer des conventions avec toute autre acteur en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination gérontologique sur le territoire.

L'article L. 113-1-2 nouveau réserve bien entendu la possibilité à d'autres intervenants, comme les centres communaux d'action sociale (CCAS) par exemple, de contribuer à cette mission d'information, en fonction des besoins de chaque territoire.

L'**alinéa 2** opère un changement sémantique. A l'article L. 113-1 qui prévoit que « *toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un placement chez des particuliers ou dans un établissement* », le mot « *placement* » est remplacé par le mot « *accueil* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un **amendement de précision** de la rapporteure.

III - La position de la commission

Le présent article ne consacre pas véritablement de droit nouveau ; il constitue plutôt la réaffirmation solennelle du droit à la solidarité nationale pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie. Il rappelle également les obligations des départements et de la CNSA en matière d'information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge. Le dispositif proposé apparaît ainsi déjà largement satisfait en pratique. En réponse au questionnaire de vos rapporteurs, la DGCS a elle-même indiqué « *qu'une majorité de départements assure déjà, par différents moyens, une information aux personnes âgées et à leurs familles, conformément aux dispositions de l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles* ».

Votre commission considère néanmoins que le présent article présente une double utilité. D'une part, il constitue le **pendant, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, des articles L. 114-1 et L. 114-1-1 du même code, qui proclame le droit, pour toute personne handicapée, 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 la personne. D'autre part, la DGCS souligne que l'article aura des conséquences pour les départements « *qui n'assurent pas déjà une information suffisante des personnes sur les droits* ». Quant à la CNSA, elle affirme qu'à l'appui de ces dispositions elle « *s'adressera désormais directement aux personnes âgées et handicapées ainsi qu'à leurs proches, pour lesquels elle travaille avec ses réseaux et partenaires depuis sa création* ».

Votre commission a adopté un **amendement** rédactionnel de vos rapporteurs.

Elle a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

Article 20

**Substitution de la notion d'« accueil » à celle de « placement »
des personnes âgées dépendantes**

Objet : Cet article remplace la notion de « placement » par celle d'« accueil » en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose une **modification d'ordre sémantique**. Il remplace, à l'intitulé actuel du chapitre I^{er} du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles, « Aide à domicile et placement », la notion de « placement » par celle d'« accueil ».

S'agissant de personnes adultes, il convient en effet de parler d'accueil en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes et non de placement, terme plus adapté aux mineurs protégés pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (Ase) ou faisant l'objet d'une mesure d'assistance éducative.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 21

(art. L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles)

**Remplacement de la notion de « placement » par celles d'« accueil »
et d'« admission » des personnes âgées dépendantes**

Objet : Cet article remplace la notion de « placement » par celles d'« accueil » et d'« admission » en établissement de personnes âgées dépendantes.

I - Le dispositif proposé

Pour les mêmes raisons que celles qui justifient l'article 20, le présent article prévoit des **adaptations sémantiques**.

A l'article L. 231-4 du code de l'action sociale et des familles, qui reconnaît le droit pour toute personne âgée ne pouvant être utilement aidée à domicile d'être hébergée dans une structure adaptée, il remplace l'adjectif « placée » par celui d'« accueillie » et la notion de « placement » par celles d'« accueil » et d'« admission » des personnes âgées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative conjointe de Mmes Bérengère Poletti et Jeanine Dubié et plusieurs de leurs collègues, un amendement rédactionnel dont l'objectif est de mettre le secteur privé, non lucratif et commercial, sur un pied d'égalité avec le secteur public. Dans la nouvelle rédaction qui en résulte, le premier alinéa de l'article L. 231-4 précité disposerait que toute personne âgée peut être « accueillie (...) soit chez des particuliers, soit dans un établissement de santé ou une maison de retraite publics, soit (et non plus « ou, à défaut, ») dans un établissement privé. »

III - La position de la commission

A l'initiative de vos rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** de coordination rédactionnelle.

Elle a ensuite adopté cet article ainsi 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)*

Droits et libertés garantis aux personnes âgées accueillies dans les établissements et services médico-sociaux

Objet : Cet article renforce les droits et libertés des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il réaffirme leur liberté d'aller et venir, consacre leur droit de désigner une personne de confiance et instaure des garanties contre les résiliations abusives des contrats de séjour.

I - Le dispositif proposé

Le présent article répond à la nécessité de mieux assurer le respect des droits de la personne âgée à son entrée et pendant son séjour en établissement.

Il inscrit plusieurs garanties nouvelles au sein du titre I^{er} du livre III 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 soumis à autorisation qui accueillent des personnes âgées et des adultes handicapés. L'objectif est triple :

- s'assurer que l'entrée dans un établissement soit une décision personnelle et éclairée et que la personne puisse à tout moment se faire accompagner par une personne de confiance de son choix ;
- garantir que toute restriction à la liberté d'aller et venir soit strictement encadrée ;
- éviter les résiliations abusives des contrats de séjour.

• **Les garanties prévues pour assurer le respect du principe de liberté d'aller et venir**

Depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles garantit « *l'exercice des droits et libertés individuels (...) à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux* ». Son 1° vise en particulier « *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité* ». Son 3° affirme quant à lui 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 impose de rechercher systématiquement le consentement éclairé lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

Les **alinéas 2 à 5 du présent article** complètent les 1° et 3° de l'article L. 311-3 afin de prévoir expressément que **la liberté d'aller et venir fait partie des droits et libertés individuels garantis aux personnes accueillies**. Ce droit est rattaché 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. Il garantit à tout individu le droit de pouvoir de déplacer d'un endroit à un autre quel que soit son degré de perte d'autonomie.

Les **alinéas 6 à 10** modifient l'article **L. 311-4 du même code** qui impose à tout établissement de remettre à la personne accueillie une charte des droits et libertés et habilite le représentant légal à participer à l'élaboration du contrat de séjour lorsque la personne accueillie est un majeur protégé.

L'alinéa 7 prévoit que la charte des droits et libertés de la personne accueillie est affichée dans l'établissement.

Les alinéas 8 et 9 concernent l'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour et visent à garantir le recueil du consentement de la personne accueillie ainsi que la compréhension de ses droits. Ils prévoient que, 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 ». En ce qui concerne les majeurs protégés, un renvoi direct à l'article 459-2 du code civil permet de préciser que le dispositif ne s'applique pas lorsqu'une mesure de protection juridique est ordonnée et que le juge autorise la personne chargée de la protection à représenter et à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne.

Le directeur de l'établissement doit également s'assurer de la connaissance et la compréhension par la personne accueillie de l'ensemble de ses droits.

A des fins de coordination, l'alinéa 10 précise que le représentant légal d'un majeur protégé intervient 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.

L'**alinéa 11** crée un **article L. 311-4-1 nouveau** dont le **paragraphe I** vise à encadrer les restrictions à la liberté d'aller et venir parfois rendues nécessaires pour assurer la sécurité de la personne accueillie. Il vise l'ensemble des établissements hébergeant des personnes âgées, c'est-à-dire à la fois les établissements médico-sociaux mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 et les différentes catégories d'établissements non habilités à l'aide sociale mentionnés à l'article L. 342-1. Il 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* ». Plusieurs garanties sont prévues :

- ces adaptations doivent avoir « *pour 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* » ;

- elles 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* » ;

- le contenu de l'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* ».

• **L'encadrement des conditions de résiliation du contrat de séjour**

Ni la loi, ni aucun décret n'encadre aujourd'hui les conditions de rupture du contrat de séjour. Ces conditions sont ainsi prévues directement par le contrat lui-même. Cette situation est susceptible de conduire à certains abus, en particulier lorsque la résiliation est demandée par le gestionnaire de

l'établissement. Des difficultés ont été mises en évidence lors des enquêtes menées par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). Sa commission des clauses abusives a formulé plusieurs recommandations¹. L'étude d'impact annexée au projet de loi fait référence en particulier à une étude rendue publique en mai 2013, réalisée auprès de 311 établissements dans 74 départements et faisant apparaître un taux d'infraction élevé : près de 59 % d'anomalies relevées et 178 avertissements donnés, 13 procès-verbaux établis et 18 injonctions formulées. Sont ainsi pointées du doigt des clauses dont l'objet est de fixer des durées de préavis dont la durée est quelquefois très excessive, de permettre à l'établissement de percevoir une somme forfaitaire destinée à la remise en état des lieux après la libération de la chambre occupée par la personne âgée, ou encore de permettre à l'établissement de facturer la totalité du prix de l'hébergement d'un mois en cas de décès ou de libération de la chambre en cours de mois.

Pour répondre à cette situation, les **alinéas 13 à 18 du présent article** proposent d'encadrer légalement les conditions de résiliation des contrats de séjour.

Le **paragraphe II de l'article L. 314-4-1 nouveau** définit les règles de rupture à l'initiative de la personne accueillie. Celle-ci, ou son représentant légal si elle est un majeur protégée, peut exercer par écrit un **droit de résiliation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat (ou l'admission si celle-ci est postérieure)**. Pendant ce temps, aucun délai de préavis ne peut lui être opposé et aucune autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif ne peut lui être réclamée.

A l'issue de ce délai de quinze jours, la personne accueillie ou son représentant légal peut résilier le contrat de séjour par écrit au terme d'un **délai de réflexion de quarante-huit heures. Un décret définit la durée maximale du préavis qui doit être prévue au contrat** pour être opposable à la personne accueillie.

Le **paragraphe III de l'article L. 314-4-1 nouveau** prévoit les règles de résiliation à l'initiative du gestionnaire de l'établissement. Elle ne peut être demandée que dans les trois cas suivants :

- inexécution par la personne âgée 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 ;
- cas où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement considéré.

¹ Voir les recommandations DGCCRF n° 08-02 BOCCRF du 23 avril 2008.

La résiliation doit intervenir dans des délais de préavis dont la durée est prévue par le même décret que celui qui fixe la durée maximale applicable au préavis à l'initiative de la personne accueillie.

- **La possibilité de désigner une personne de confiance**

Depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, 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 d'avoir recours à une personne qualifiée pour être aidée à faire valoir ses droits. Cette personne qualifiée est choisie sur une liste établie conjointement par le préfet, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et le président du conseil général.

En revanche, les usagers du secteur médico-social n'ont pas la possibilité de désigner une personne de confiance de leur choix pour les aider, les conseiller et les accompagner dans leurs démarches. Ce droit est pour l'instant réservé aux usagers du système de santé. En vertu de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, *« 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 »*.

Les **alinéas 19 à 24 du présent article** créent un **article L. 311-5-1 nouveau** qui s'inspire du code de la santé publique pour permettre à toute personne majeure accueillie en établissement de désigner une personne de confiance chargée de l'accompagner dans ses démarches et de l'aider dans ses décisions relatives à sa prise en charge.

La personne de confiance 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. Elle est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits (alinéa 20).

La personne est désignée par écrit et cette désignation est révocable à tout moment (alinéa 21).

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 la prise en charge, sauf si la personne prise en charge n'en dispose autrement (alinéa 22).

Il convient de noter que l'alinéa 9 du présent article prévoit également que le directeur de l'établissement, lors de la conclusion du contrat de séjour, informe la personne accueillie de la possibilité de désigner une personne de confiance (telle que définie à l'article L. 311-5-1).

Les alinéas 23 et 24 excluent du champ d'application de cette mesure les majeurs protégés et les établissements prenant en charge des mineurs.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par les commissaires des groupes UMP et RRDP qui modifie l'organisation de l'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour. Il est désormais prévu que le directeur peut s'y faire représenter par « *toute personne formellement désignée par lui* » et que la personne accueillie peut être accompagnée par la personne de confiance préalablement désignée.

Elle a en outre adopté un amendement des commissaires du groupe SRC qui remplace la possibilité pour l'annexe au contrat de séjour de définir des mesures restreignant la liberté d'aller et venir du résident par la possibilité de définir des mesures permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident.

Elle a enfin adopté deux amendements de la rapporteure qui renvoient, s'agissant des conditions d'accueil des majeurs protégés, à l'ensemble des mesures de protection des majeurs prévues par le code civil et non pas seulement aux mesures de tutelle mentionnées dans la rédaction initiale.

En séance, l'Assemblée nationale a jugé utile de préciser que l'annexe au contrat de séjour peut également être révisée à **l'initiative de la personne de confiance** désignée par la personne accueillie.

Elle a adopté un amendement de Mme Valérie Rabault précisant que la résiliation à la demande du gestionnaire de l'établissement est possible, dans le cas où la personne âgée cesse de remplir les conditions d'admission, « *notamment si son état de santé nécessite des équipements ou des soins non présents dans cet établissement* ».

III - La position de la commission

Pour renforcer encore davantage la protection juridique des personnes âgées en établissement, votre commission a adopté **quatre séries d'amendements**.

- **Deux amendements** adoptés sur proposition de vos rapporteurs ont tout d'abord supprimé des mentions redondantes ou superfétatoires aux alinéas 5, 11 et 14.

- La rédaction de **l'alinéa 9** relatif à l'entretien mené à l'occasion de la conclusion du contrat de séjour a ensuite été précisée par l'adoption de **trois amendements**. Il est désormais prévu :

- à l'initiative de vos rapporteurs, que le **médecin coordinateur de l'établissement participe à l'entretien** afin que l'appréciation portée sur l'existence du consentement de la personne accueillie ne relève pas de la seule personne du directeur de l'établissement ;

- sur proposition de notre collègue Claude Raynal, que **le directeur informe la personne âgée de ses droits** au lieu de s'assurer uniquement de leur bonne compréhension par celle-ci ;

- à l'initiative de vos rapporteurs, que l'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance soit délivrée par le directeur non pas pendant l'entretien mais **préalablement à celui-ci. Vos rapporteurs considèrent qu'un décret devra définir le délai minimal qui doit séparer la délivrance de cette information de la date de l'entretien ainsi que les conditions d'information de la personne accueillie.**

• Suivant l'avis de vos rapporteurs, votre commission a également jugé utile d'améliorer la procédure d'élaboration des mesures particulières pouvant figurer dans une annexe au contrat de séjour pour assurer la sécurité de la personne accueillie (**alinéa 13**). Le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale ne donnait en effet pas entière satisfaction : les dispositions à prendre en cas de désaccord entre les médecins, hypothèse qui serait loin d'être négligeable selon les représentants des professionnels concernés, n'étaient pas prévues. Dans sa nouvelle rédaction, l'alinéa 13 prévoit que les mesures sont définies au terme d'une **procédure collégiale** mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une **évaluation pluridisciplinaire des bénéfiques et des risques envisagés**. Il est précisé que le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment selon la même procédure.

• Enfin, votre commission a adopté **deux amendements** de vos rapporteurs qui clarifient les conditions de résiliation du contrat de séjour pour renforcer la protection des résidents.

S'agissant de la résiliation à la demande de la personne accueillie, une **nouvelle rédaction de l'alinéa 15** permet de préciser qu'elle dispose, à **compter de la notification de sa décision de résiliation** au gestionnaire de l'établissement, d'un délai de réflexion de quarante-huit heures **pendant lequel elle peut revenir sur cette décision sans avoir à se justifier**. Ce délai de réflexion **s'impute sur le délai de préavis** qui peut lui être opposé.

S'agissant de la résiliation par le gestionnaire, une nouvelle rédaction des alinéas 16 à 19 a été adoptée pour préciser les motifs qui sont susceptibles de constituer un motif de résiliation :

- l'inexécution par la personne d'une obligation lui incombant ou le manquement au règlement de fonctionnement ne doivent pas être la conséquence de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie. Vos rapporteurs ont ainsi souhaité exclure les cas dans lesquels une personne enfreint les règles établies du fait même des troubles pathologiques dont elle est atteinte et qui justifient son séjour dans l'établissement ;

- les cas dans lesquels la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission ne doivent s'entendre **que** des situations où son état de santé nécessite « **durablement** » des équipements et soins non disponibles dans l'établissement.

En ce qui concerne la **durée de préavis applicable au gestionnaire**, il est désormais précisé qu'elle **ne peut être inférieure à la durée** de préavis maximale **applicable à la personne accueillie**.

Votre commission a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

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 de recevoir des dons et legs

Objet : Cet article étend l'interdiction de recevoir des libéralités aux intervenants à domicile ainsi qu'aux organismes et bénévoles œuvrant auprès de personnes âgées ou handicapées.

I - Le dispositif proposé

• **Le champ d'application de l'incapacité spéciale de recevoir des dons et legs a été progressivement étendu**

Afin d'assurer la protection patrimoniale des personnes âgées et handicapées vulnérables, **la loi a défini un régime des incapacités spéciales de recevoir** applicable aux professionnels accompagnant ces personnes et susceptibles d'abuser de leur influence éventuelle auprès de celles-ci pour obtenir d'elles des dons et legs. Le champ d'application de ce régime a été étendu par la loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

L'**article 909 du code civil** distingue aujourd'hui trois séries de professionnels auxquels s'applique ce régime :

- les **professionnels médicaux, y compris les auxiliaires médicaux, et les pharmaciens** « *qui ont prodigué des soins à une personne pendant la maladie dont elle meurt* » et qui « *ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de celle-ci* » » ;

- les **mandataires judiciaires à la protection des majeurs** et les personnes morales au nom desquelles ils exercent leurs fonctions « *qui ne peuvent pareillement profiter des dispositions entre vifs et testamentaires qu'elles auraient faites en leur faveur quelle que soit la date de la libéralité* » ;

- les **ministres du culte**.

L'article 909 prévoit néanmoins deux **exceptions** : d'une part, les dispositions rémunératoires particulières qui correspondent à des gratifications pour services rendus, d'autre part, les libéralités en faveur d'une personne avec laquelle le donateur possède un lien de parenté allant jusqu'au quatrième degré.

Compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées et handicapées accueillies ou soignées en dehors de leur domicile, l'incapacité spéciale de recevoir a été étendue **aux personnes physiques ou morales liées à un établissement social ou médico-social autorisé ou déclaré ainsi qu'aux accueillants familiaux à titre onéreux** :

- **l'article L. 331-4 du code de l'action sociale et des familles** interdit ainsi les dons et legs aux **personnes physiques ou morales propriétaires, administrateurs et employés des établissements** « hébergeant à titre gratuit ou onéreux des mineurs, des personnes handicapées ou inadaptées ou en détresse ». Le régime est particulièrement strict : l'interdiction n'est pas soumise à la condition que les donations aient été effectuées lorsque la personne était atteinte du mal qui a provoqué son hébergement ou son décès ;

- **l'article L. 443-6** du même code applique cette même interdiction aux **accueillants familiaux** et à leurs proches.

Enfin, une protection spéciale est également prévue pour l'acquisition de biens appartenant à une personne hébergée en Ehpad ou en établissement de soins psychiatriques, l'article 1125-1 du code civil frappant de nullité toute acquisition de ce type réalisée au bénéfice des personnels de ces établissements, sauf autorisation de justice.

• **Le champ d'application de l'interdiction spéciale de recevoir des dons et legs exclut encore un certain nombre de professionnels pourtant susceptibles d'intervenir auprès de personnes âgées vulnérables**

En l'état du droit actuel, l'interdiction de recevoir des dons et legs n'est pas applicable à un certain nombre de personnes en contact direct et prolongé avec des personnes âgées vulnérables, qu'il s'agisse de professionnels ou de bénévoles, tels que les intervenants à domicile.

Or, la jurisprudence fait une interprétation stricte des dispositions de l'article 909 du code civil car elle n'applique l'incapacité spéciale de recevoir des dons et legs qu'aux professionnels qui y sont expressément mentionnés. Dans un arrêt remarqué du 25 septembre 2013, relatif à un legs consenti par testament à une aide à domicile, la Cour de cassation admet ainsi qu'une aide-ménagère peut recevoir des dons ou legs de la personne âgée dont elle s'est occupée, même si son contrat de travail le lui interdit. Aucune disposition légale n'interdit en effet à une aide-ménagère de recevoir des dons ou des legs. Pour la Cour, l'aide-ménagère « *n'étant pas frappée d'une incapacité de recevoir à titre gratuit, l'inobservation des obligations mises à sa charge par son employeur ne pouvait affecter la validité du legs* »¹.

¹ Cour de cassation, 1^{ère} ch. civ, arrêt n° 953 du 25 septembre 2013.

Une intervention du législateur apparaît ainsi nécessaire pour renforcer les garanties dont doivent bénéficier les personnes âgées et handicapées vulnérables s'agissant de leur protection patrimoniale.

- **Le dispositif proposé**

Le présent article entend donc élargir les dispositions de protection et procéder à leur mise en cohérence en les regroupant au sein d'un article unique.

Le **paragraphe I** crée ainsi, au sein du code de l'action sociale et des familles, un nouvel article L. 116-4 qui réunit l'ensemble des dispositions relatives aux incapacités spéciales de recevoir des dons et legs figurant aujourd'hui aux articles L. 331-4 et L. 443-6 du même code.

Il élargit le régime de l'incapacité de recevoir des dons et legs 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 ou aux travaux domestiques** (professionnels relevant de l'article L. 7231-1 du code du travail). Cette incapacité s'applique pendant la durée de la prise en charge, d'accueil ou d'accompagnement. En pratique, elle vise notamment tout service d'aide à domicile, toute personne liée à ce service, y compris les bénévoles, et tout « *employé de maison* » directement salarié par une personne âgée et intervenant à son domicile.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, les personnes âgées pourront continuer à faire des cadeaux d'usage en argent ou en nature dans les conditions définies à l'article 852 du code civil. Ce dernier prévoit que « *le caractère de présent d'usage s'apprécie à la date où il est consenti et compte tenu de la fortune du disposant* ».

Par ailleurs, l'incapacité étant limitée à la période de prise en charge ou d'accompagnement, la personne aidée pourra si elle le souhaite, au terme de cette période, contribuer au financement d'une association qui gèrait le service qui l'avait prise en charge en lui effectuant des dons et legs.

Le **paragraphe II** abroge en conséquence les articles L. 331-4 et L. 443-6 précités.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre des amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté en commission des affaires sociales un amendement des députés du groupe écologiste permettant de préciser 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.**

III - La position de la commission

Votre commission est favorable à l'esprit de cet article qui permet d'accroître la protection des personnes âgées vulnérables contre le risque de captation et de poser les conditions d'une application plus uniforme du régime de l'incapacité spéciale de recevoir des dons et legs.

Elle a cependant estimé que l'extension du champ d'application de cette incapacité était particulièrement large : l'interdiction s'appliquerait à l'ensemble des personnes faisant appel à un intervenant à domicile, quels que soient leur âge et leur situation personnelle.

Sur proposition de vos rapporteurs, votre commission a donc adopté **un amendement** prévoyant une extension plus limitée, qui permettrait de ne cibler que les personnes les plus susceptibles de se trouver dans une situation de vulnérabilité justifiant une protection spéciale contre le risque de captation. Selon la nouvelle rédaction du texte, l'extension de l'incapacité à recevoir des dons et legs ne concerne désormais que les **services mentionnés au 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail**, c'est-à-dire les services d'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité.

Votre commission a en outre adopté **un amendement** de la commission des lois qui revient à la rédaction du texte initial qui utilisait la notion d'association plutôt que d'organisme, la première ayant une définition précise en droit, contrairement à la seconde.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 24

(art. 911 du code civil)

Extension de la nullité de certaines libéralités consenties à des personnes morales

Objet : Cet article étend aux personnes morales la nullité de plein droit de la perception de libéralités par personne interposée ou déguisée sous la forme d'un contrat onéreux, aujourd'hui réservée aux personnes physiques.

I - Le dispositif proposé

L'article 911 du code civil prévoit la **nullité de plein droit de toute libéralité faite au profit d'une personne physique frappée d'une incapacité** de recevoir à titre gratuit, que cette libéralité « soit déguisée sous la forme d'un contrat onéreux ou faite sous le nom de personnes interposées, physiques ou morales ».

Cette garantie vise à éviter que des professionnels accompagnant des personnes âgées ou handicapées vulnérables **ne cherchent à contourner l'interdiction de recevoir des dons et legs** qui leur est faite en vertu de l'article 909 du code civil¹ en usant de subterfuges pour masquer ces dons ou legs ou bien leur destinataire réel.

Le contournement de cette interdiction peut prendre la voie d'un **déguisement de la libéralité en contrat onéreux** : une simulation de vente permet alors par exemple de transférer un bien à titre gratuit à une personne incapable de recevoir. Alternativement, des dons et legs peuvent être reçus par un tiers, qui n'est pas frappé d'incapacité spéciale de recevoir, chargé de les transmettre à une personne incapable (il s'agit d'une **interposition** dont l'objectif est de dissimuler l'identité du réel bénéficiaire). L'article 911 précité dispose que « *sont présumés personnes interposées, jusqu'à preuve du contraire, les père et mère, les enfants et descendants, ainsi que l'époux de la personne incapable* ».

La protection offerte par l'article 911 du code civil est aujourd'hui réservée aux personnes physiques. Afin d'accroître la protection patrimoniale des personnes âgées ou handicapées vulnérables, **le présent article intègre les personnes morales frappées d'incapacité spéciale** à recevoir des dons et legs dans le champ d'application de cet article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 25

(art. L. 331-8-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

Obligation de signalement des établissements et services médico-sociaux

Objet : Cet article instaure une obligation de signalement pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles 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* ».

¹ Cf. l'examen de l'article 23.

Afin de garantir l'effectivité de ces droits, la loi prévoit déjà des obligations de signalement applicables à quiconque a connaissance d'un acte de violence ou de négligence envers des personnes en état de vulnérabilité. **Elle ne permet cependant pas d'appréhender les situations de maltraitance d'origine institutionnelle.** Celles-ci peuvent découler d'un défaut d'organisation des services comme par exemple une organisation mettant en péril la continuité de la prise en charge ou le non-respect des protocoles.

Pour pallier cette lacune, le présent article instaure une obligation de signalement des situations de maltraitance applicable à l'ensemble des établissements et services ainsi qu'aux lieux de vie et d'accueil mettant en œuvre une action sociale et médico-sociale. Il étend ainsi aux institutions les obligations de signalement des actes de maltraitance déjà applicables à chaque individu selon les règles de droit commun.

Est créé à cet effet un **article L. 331-8-1 nouveau du code de l'action sociale et des familles qui définit les situations pouvant entraîner la maltraitance** des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux : il s'agit 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, le bien-être ou le respect des droits des personnes accueillies* ».

Ces situations de maltraitance d'origine institutionnelle justifient un signalement aux autorités compétentes, c'est-à-dire :

- pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, **l'autorité chargée de délivrer l'autorisation** prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles (selon les cas, le directeur général de l'agence régionale de santé, le président du conseil général ou le représentant de l'État dans le département) ;

- pour les lieux de vie et d'accueil, **l'autorité qui reçoit leur déclaration** en vertu des articles L. 321-1 et L. 322-1 du même code (selon les cas, président du conseil général ou le représentant de l'État dans le département).

La transmission d'information doit avoir lieu « *sans délai* » selon des modalités qui sont définies par un **décret en Conseil d'État**.

Ainsi que l'indique l'étude d'impact annexée au projet de loi, la mise en œuvre de cette obligation s'inscrira plus généralement dans le cadre de la mission de vigilance, de veille, de contrôle et d'accompagnement des agences régionales de santé (ARS) s'agissant du secteur médico-social et des directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-PP) s'agissant du secteur social.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté **deux amendements de la rapporteure** dont l'un apporte une précision rédactionnelle et l'autre prévoit que **l'obligation de signalement concerne également les services d'aide et d'accompagnement à domicile bénéficiant de l'agrément préfectoral au titre des services à la personne** (alinéa 3).

III - La position de la commission

Votre commission a adopté **un amendement** rédactionnel et de précision de vos rapporteurs.

Elle a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

Article 25 bis

(art. 2-8 du code de procédure pénale)

Possibilité pour les associations de défense des personnes âgées de se porter partie civile

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, permet aux associations de défense des personnes âgées de se porter partie civile dans le cadre d'une procédure pénale.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article, inséré en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale à l'initiative des députés Véronique Massonneau, Christophe Cavard et Jean-Louis Roumégas, modifie l'article 2-8 du code de procédure pénale afin de reconnaître aux associations de défense des personnes âgées le droit de se porter partie civile dans le cadre d'une procédure pénale.

En l'état actuel du droit, l'article 2-8 précité ne vise que les associations d'aide et de défense des personnes malades et handicapées. **Le présent article permettra aux associations d'aide et de défense des personnes âgées de se porter partie civile dans le cadre d'une procédure civile sous réserve de satisfaire aux trois conditions suivantes :**

- être déclaré depuis au moins cinq ans à la date des faits concernés par la procédure ;
- être doté de statuts visant expressément la défense ou l'assistance de personnes âgées ;
- viser une procédure figurant sur la liste limitative d'infractions énumérées à l'article 2-8.

Le présent article permet à l'association de se constituer partie civile selon **deux voies distinctes en fonction de la nature de l'infraction** en cause :

- **par voie d'action**, c'est-à-dire de sa propre initiative sans qu'aucune autre condition ne soit exigée, en matière de discriminations commises en raison de l'âge de la victime (articles 225-2 et 432-7 du code pénal) ;

- ou **par voie d'intervention**, c'est-à-dire lorsque l'action publique a déjà été mise en mouvement par le ministère public ou la partie lésée, **sous réserve de l'accord préalable de la victime**, en matière d'atteintes volontaires à la vie, d'atteintes à l'intégrité physique ou psychique, d'agressions et autres atteintes sexuelles, de délaissement, d'abus de vulnérabilité, de bizutage, d'extorsion, d'escroquerie, de destructions et dégradations et de non-dénonciation de mauvais traitements commis en raison de l'âge de la victime.

II - La position de la commission

Votre commission se félicite de l'introduction de cet article. Contribuant à une tendance générale permettant à des catégories d'associations toujours plus nombreuses de se constituer parties civiles en matière pénale, il constitue une avancée indéniable en faveur des personnes âgées victimes de diverses infractions, en particulier de maltraitements.

Sur **proposition de la rapporteure pour avis de la commission des lois**, votre commission a adopté **un amendement** qui permet une clarification des dispositions proposées. Cet amendement permet d'éviter que l'article 25 *bis* restreigne inutilement le champ des procédures concernées à celles qui concernent les discriminations en raison « *de la vulnérabilité due à* » l'âge. En supprimant cette référence, **la nouvelle rédaction permet de viser l'ensemble des discriminations en raison de l'âge, que celui-ci soit une cause de vulnérabilité ou non.**

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 26

(art. L. 471-6 et L. 471-8 du code de l'action sociale et des familles)

Généralisation du document individuel de protection des majeurs

Objet : Cet article étend l'obligation d'élaborer un document individuel de protection des majeurs à l'ensemble des mandataires judiciaires, quel que soit leur mode d'exercice professionnel.

I - Le dispositif proposé

Le présent article impose aux préposés d'établissement et aux personnes physiques exerçant l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel d'élaborer un document individuel de protection des majeurs et de le remettre aux personnes qu'ils prennent en charge. Cette obligation ne concerne aujourd'hui que les mandataires judiciaires à la protection des majeurs exerçant en tant que délégué d'un service.

• **Les règles applicables à l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs**

La fonction de **mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM)** a été instituée par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, qui la substitue aux activités de « tuteur aux majeurs protégés » et de « délégué aux prestations sociales ».

Pour les personnes que l'altération de leurs facultés mentales ou corporelles met dans l'incapacité de pourvoir seules à leurs intérêts, elle consiste à mettre en œuvre les **mesures de protection découlant d'un mandat spécial confié par le juge des tutelles qui peut y recourir dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle ou de la tutelle** (article L. 471-1 du code de l'action sociale et des familles). L'objectif est de protéger tant la personne que les biens du majeur faisant l'objet de la mesure.

L'activité de MJPM est régie par le titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles. Elle peut être exercée selon **trois modes d'organisation différents** :

- en tant que **délégué d'un service mandataire** à la protection des majeurs (article L. 312-1 du même code). Géré par une association, le service mandataire est soumis à autorisation du représentant de l'Etat dans le département ;

- en tant que **préposé d'un établissement hospitalier, social ou médico-social** sous réserve d'une déclaration préalable au préfet de département dans les conditions prévues au code de l'action sociale et des familles¹ (article 472-6) ;

¹ Au-delà d'un certain seuil, les établissements publics d'hébergement des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées (article L. 472-5 du code de l'action sociale et des familles) ainsi que les établissements de santé publics participant au service public hospitalier dispensant des soins de psychiatrie ou de longue durée (article L. 6111-4 du code de la santé publique) sont tenus de désigner un ou plusieurs agents comme MJPM.

- en qualité de **mandataire privé**, sous réserve de présenter un certain nombre de garanties (en particulier en matière de responsabilité civile) et de satisfaire aux conditions d'agrément prévues par le même code à son article L. 472-1.

Quel que soit leur mode d'exercice, les MJPM doivent satisfaire à des conditions de moralité, d'âge, de formation certifiée par l'Etat et d'expérience professionnelle (article L. 471-4).

La liste des personnes et services habilités à être désignés en qualité de MJPM est fixée par arrêté préfectoral. Les personnes inscrites sur cette liste prêtent serment dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat (article L. 471-2)

Selon les données de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), au 31 décembre 2013, **les services mandataires prenaient en charge 341 245 mesures, soit près de 80 % de l'ensemble** des mesures confiées aux MJPM. Ces mesures étaient prises en charge par **342 services en 2014**. Le nombre de **mandataires individuels** inscrits sur les listes s'élevait quant à lui à **1 985** au 1^{er} janvier 2014 et un peu plus de 53 000 mesures étaient prises en charge par les mandataires individuels en 2013. Les MJPM **préposés d'établissement** étaient **605** en 2012 ; ils prenaient en charge environ 33 000 mesures.

• **Les obligations d'information auxquelles sont soumis les mandataires judiciaires à la protection des majeurs**

Les articles L. 471-6 à L. 471-8 du code de l'action sociale et des familles, créés par la loi du 5 mars 2007 précitée, imposent aux mandataires judiciaires le respect d'obligations d'information afin de garantir « *l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance* » :

- l'article L. 471-6 prévoit la remise d'une **notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée**. Ce document doit être remis par le mandataire « *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* » ;

- l'article L. 471-8 prévoit en outre, **lorsque le mandataire judiciaire est un service**, la remise d'un **document individuel de protection des majeurs (DIPM)**. Celui-ci « *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* ».

Le DIPM est le pendant du document individuel de prise en charge (ou du contrat de séjour) applicable aux usagers du secteur social et médico-social¹.

Le contenu du DIPM

Le contenu du DIPM est détaillé à l'article D. 471-8 du code de l'action sociale et des familles. Ce document comporte notamment :

- 1° Un rappel de la nature et des objectifs généraux de la mesure de protection ;
- 2° Une information personnalisée sur les objectifs personnels de la mesure de protection ;
- 3° Une description des modalités concrètes d'accueil de la personne protégée par le service et des conditions dans lesquelles ont lieu les échanges entre le service et la personne protégée ;
- 4° Une présentation des conditions de participation de la personne au financement de sa mesure de protection et une indication sur le montant prévisionnel des prélèvements opérés, à ce titre, sur ses ressources. Mention est faite, le cas échéant, de la participation de la personne protégée à l'élaboration du document.

- **La nécessité d'étendre le DIPM à l'ensemble des mandataires judiciaires**

Malgré l'importance qu'il revêt pour formaliser la prise en charge en y associant la personne protégée et pour renforcer l'individualisation de la mesure de protection, **le DIPM n'a été rendu obligatoire que pour les services mandataires, à l'exclusion des mandataires personnes physiques exerçant à titre individuel ou en qualité de préposé d'établissement. Les garanties attachées aux droits des personnes protégées sont ainsi différentes selon le mandataire qui les prend en charge.**

Pour remédier à cette rupture d'égalité, l'article 26 du projet de loi généralise l'obligation d'élaborer le DIPM à l'ensemble des mandataires judiciaires.

- **Le dispositif proposé**

Le présent article, qui comporte 11 alinéas, modifie les articles L. 471-6 et L. 471-8 du code de l'action sociale et des familles.

Les alinéas 2 à 7 proposent une **nouvelle rédaction de l'article L. 471-6**. Celui-ci impose désormais à tout MJPM de remettre 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

¹ Prévu à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, il fait partie des documents annexés au livret d'accueil au même titre que la charte des droits et libertés de la personne accueillie, et du règlement de fonctionnement « afin de garantir l'exercice des droits et notamment de prévenir tout risque de maltraitance ». Il est établi par le mandataire pour la personne protégée, qui doit être associée à son élaboration.

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 dans le cadre d'un accueil dans un établissement d'hébergement pour personne âgée (article L. 311-5-1 nouveau du même code¹), les deux documents suivants :

- une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée ;

- un document individuel de protection des majeurs (DIPM). L'objet de ce document est précisé dans les mêmes termes que ceux actuellement utilisés à l'article L. 471-8. Pour les MJPM préposés d'établissement, le DIPM vaut document individuel de prise en charge (prévu pour les usagers du secteur social et médico-social au quatrième alinéa de l'article L. 311-4).

Une copie de ces deux documents est adressée à la personne protégée par tout moyen propre à en établir la date de réception.

Les alinéas 8 à 11 modifient l'article L. 471-8 du CASF pour réaliser des coordinations avec les changements opérés par les alinéas précédents.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté **deux amendements identiques afin de rétablir la rédaction actuelle du début de l'article L. 471-6 du CASF** selon lequel la remise des documents visent à « *garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance* ».

En séance, l'Assemblée nationale a en outre adopté un **amendement de conséquence** de la rapporteure.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté **un amendement** de vos rapporteurs corrigeant une erreur de référence et proposant des améliorations rédactionnelles. Il est désormais précisé que le contenu minimal du DIPM, tel qu'il est fixé par décret, devra être défini en fonction de chaque mode d'exercice de cette activité.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ L'article L. 311-5-1, créé par l'article 22 du projet de loi, permet à toute personne majeure de désigner une personne de confiance, qui peut être un parent, une personne entretenant avec elle des liens étroits et stables, le médecin traitant ou la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique. Cette personne est chargée d'accompagner la personne majeure qui le souhaite dans ses démarches et de l'aider dans ses décisions relatives à sa prise en charge.

Article 26 bis

(art. L. 471-2-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

Incompatibilité des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel et en tant que délégué d'un service

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, entend rendre incompatibles l'exercice des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel et l'exercice de ces mêmes fonctions en tant que délégué d'un service.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

En vertu de l'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, la liste des personnes et services habilités à être désignés en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) est fixée par arrêté préfectoral. Cette liste comprend l'ensemble des MJPM quel que soit leur mode d'exercice¹ :

- les **services mandataires** à la protection des majeurs mentionnés au 14 ° du I de l'article L. 312-1 du même code ;

- les **personnes physiques mandataires individuels**, agréées au titre de l'article L. 472-1 du même code ;

- les **personnes, préposées d'un établissement** hospitalier, social ou médico-social, désignées dans la déclaration prévue à l'article L. 472-6 du même code.

Les personnes inscrites sur cette liste prêtent serment dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs, il est fait état d'une **multiplication des situations dans lesquelles des délégués de services mandataires optent pour une double activité en tant que salarié de leur service et mandataire indépendant**. La **direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a indiqué à vos rapporteurs ne pas disposer de données quantitatives permettant de mesurer l'ampleur du phénomène**. Les représentants des MJPM auditionnés par vos rapporteurs n'ont pas davantage été en mesure de préciser le nombre de personnes concernées.

¹ Cf. le point 1 de l'examen de l'article 26 supra, relatif aux règles applicables à l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs.

En tout état de cause, la possibilité actuelle de cumul pose un **triple problème** :

- elle rend plus difficile le respect du principe de loyauté du salarié envers son employeur, s'agissant en particulier de l'utilisation des ressources du service. Il convient de rappeler à cet égard que les services employeurs financent la formation du délégué (débouchant sur l'obtention d'un certificat national de compétences), qui constitue une condition nécessaire à l'exercice de la fonction de MJPM ;

- elle est susceptible de remettre en cause la bonne organisation de la protection, en particulier en cas d'urgence, car **le délégué n'est pas en capacité d'assurer le suivi des personnes protégées au titre de l'activité privée pendant ses horaires de travail en tant que salarié du service mandataire** ;

- elle peut être source de confusion pour les interlocuteurs du professionnel.

Au total, si les situations de cumul ne sont pas illégales, elles posent un problème à la fois éthique et juridique.

C'est pourquoi le présent article, inséré en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale à l'initiative conjointe de M. Christophe Sirugue et plusieurs députés du groupe SRC, d'une part, et de Mme Bérengère Poletti et M. Denis Jacquat du groupe UMP, d'autre part, prévoit que les fonctions de MJPM exerçant à titre individuel ne sont pas compatibles avec celles exercées par un délégué d'un service mandataire. Cette interdiction est posée par un nouvel **article L. 471-2-1** du code de l'action sociale et des familles.

Cet article a fait l'objet d'un amendement rédactionnel de la rapporteure en séance.

II - La position de la commission

Votre commission a considéré que la rédaction de l'article 26 *bis* n'apparaissait pas satisfaisante.

En effet, s'il est parfaitement justifié de prévoir un encadrement des conditions de cumul de l'activité de MJPM, l'article 26 *bis* dans sa rédaction initiale :

- remet en cause les principes constitutionnels de liberté du travail et de liberté personnelle du salarié ;

- et ne prend pas en compte l'ensemble des situations de cumul d'activités de mandataire : l'interdiction ne s'applique qu'aux situations de cumul d'une activité de salarié d'un service mandataire et d'un exercice libéral mais il ne couvre pas les situations de cumul d'une activité de mandataire en tant que préposé, salarié ou fonctionnaire de cet établissement et d'un exercice à titre individuel.

Pour remédier à cette double difficulté, votre commission a adopté **un amendement** de vos rapporteurs qui prévoit une nouvelle rédaction de l'article L. 471-2-1. Celui-ci renvoie désormais à un **décret en Conseil d'Etat** le soin de définir les cas dans lesquels le cumul des fonctions de mandataire judiciaire selon plusieurs modes d'exercice différents sera autorisé. Les règles applicables devront être guidées par le souci de garantir à la fois l'indépendance professionnelle de la personne exerçant l'activité de MJPM et le respect des droits et libertés de la personne protégée ainsi que la continuité de sa prise en charge.

L'interdiction générale de cumul est ainsi remplacée par un encadrement des situations de cumul.

S'agissant de l'impact de cette mesure sur les services déconcentrés, la DGCS indique qu'il sera vraisemblablement limité. La disposition pourrait avoir pour effet de réduire à la marge le nombre de demandes d'agrément et donc d'atténuer la charge de travail des services instructeurs.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 27

(art. L. 472-1, L. 472-1-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

Nouvelle procédure d'agrément des mandataires individuels

Objet : Cet article aménage la procédure d'agrément des mandataires individuels en prévoyant le recours à un appel à candidatures qui remplace l'actuel recrutement au fil de l'eau en fonction des besoins identifiés dans le cadre du schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

I - Le dispositif proposé

• L'actuelle procédure d'agrément des mandataires individuels apprécie les demandes en fonction de l'état des besoins à la date de leur dépôt

L'article L. 472-1 du code de l'action sociale et des familles, créé par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs, définit la procédure d'agrément des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) qui exercent **en tant que personnes physiques à titre individuel** :

- l'agrément est délivré par le représentant de l'Etat dans le département, après vérification que la personne satisfait aux conditions prévues par les articles L. 471-4 (absence de condamnation pour un certain nombre d'infractions limitativement énumérées, conditions d'âge ainsi que de formation et d'expérience professionnelle) et L. 472-2 (garanties en matière de responsabilité civile). Il nécessite un avis conforme du procureur de la République ;

- il doit répondre aux objectifs et aux besoins fixés par le **schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale** consacré à la protection des majeurs. Ce schéma, prévu à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles, est établi pour une période maximum de cinq ans et apprécie « *la nature, niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population* » en la matière (article L. 312-4 du même code).

- Il en résulte que **l'agrément ne peut être délivré que si les besoins identifiés dans le schéma ne sont pas satisfaits**. En d'autres termes, la délivrance de l'agrément peut être refusée si le nombre de MJPM inscrits sur la liste départementale est jugé suffisant compte tenu des besoins identifiés par les schémas. Le dépôt des demandes d'agrément s'effectue au fil de l'eau ; il ne cesse pas lorsque le nombre de personnes figurant sur la liste départementale a atteint un niveau tel que l'ensemble des besoins sont couverts.

• **Le dispositif proposé crée une nouvelle procédure d'agrément par appel à candidatures**

Le présent article réforme le régime d'agrément en prévoyant le recours à un **appel à candidatures permettant à la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) d'instruire simultanément plusieurs demandes en fonction des objectifs et des besoins inscrits dans le schéma régional et sur base de critères de qualité définis par décret en Conseil d'Etat**.

Il comporte neuf alinéas.

L'alinéa 2 supprime les alinéas 2 à 4 de l'actuel article L. 471-1 qui définissent la procédure d'agrément aujourd'hui en vigueur.

L'alinéa 3 crée un **nouvel article L. 472-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui introduit la nouvelle procédure d'agrément détaillée aux cinq alinéas suivants**. Celle-ci comporte cinq étapes :

- un **appel à candidatures**, précisant la date à laquelle les dossiers doivent être déposés, est lancé par le représentant de l'Etat dans le département, les informations devant être fournies par les candidats étant fixées par décret (**alinéa 4**) ;

- **la recevabilité des candidatures est examinée** par les services préfectoraux au regard des conditions définies aux articles L. 471-4 et L. 472-2 précités et une liste des candidatures recevables est établie (**alinéa 5**) ;

- les candidatures sont classées et certaines sont sélectionnées en fonction des objectifs et des besoins fixés par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale et de critères fixés par décret en Conseil d'Etat pour assurer la qualité, la proximité et la continuité de la prise en charge (**alinéa 6**) ;

- le procureur de la République émet un avis sur les candidatures ainsi sélectionnées (**alinéa 7**) ;

- le représentant de l'Etat dans le département délivre l'agrément aux candidats ayant reçu un avis conforme du procureur de la République (**alinéa 8**).

L'**alinéa 9** adapte les **conditions de validité de l'agrément dans le temps** aujourd'hui prévues à l'alinéa 4 de l'article 472-1. Il est prévu que « *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* ». De plus, comme le veut déjà le droit actuel, si ces changements sont susceptibles d'affecter le respect des critères de recevabilité et de sélection des candidatures, un nouvel agrément est nécessaire.

Cette obligation s'exerce dans le cadre défini par l'article L. 472-10 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit que le préfet exerce un contrôle de l'activité des MJPM.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En commission des affaires sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de M. Christophe Sirugue et plusieurs de ses collègues du groupe SRC, qui supprime la limitation de l'obligation pour le mandataire de signaler les changements de situation aux seuls changements « importants », ce qualificatif étant sujet à interprétation. **L'alinéa 9 prévoit désormais que « tout changement » de situation devra être porté à la connaissance de l'autorité compétente.**

III - La position de la commission

Votre commission souscrit à l'objectif poursuivi par le présent article qui permettra un traitement plus équitable des candidats aux fonctions de MJPM. Le dispositif proposé permet de renforcer le lien entre l'agrément des mandataires individuels et les besoins définis dans le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale tout en garantissant la sélection de candidats non plus en fonction de la coïncidence de leurs demandes avec l'identification de besoins mais bien en fonction de critères de qualité.

Votre commission a adopté **un amendement** rédactionnel de vos rapporteurs.

Elle a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

Article 27 bis
(art. 477 du code civil)

**Durée maximale de validité et modalités d'enregistrement
du mandat de protection future**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à renforcer le cadre juridique applicable aux mandats de protection future afin d'encourager le recours à ce dispositif.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le dispositif initialement proposé consiste à prévoir une durée maximale de validité du mandat de protection future, à l'issue de laquelle un renouvellement est nécessaire, ainsi que son enregistrement au fichier central des dispositions de dernières volontés.

• **Le mandat de protection future reste un dispositif peu utilisé en France**

Créé par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, le mandat de protection future permet à toute personne majeure ou mineure émancipée ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle de désigner à l'avance la ou les personnes qui veilleront sur elle, ou éventuellement sur son patrimoine ou les deux, si elle n'était plus en état, physique ou mental, d'exprimer sa volonté et de pourvoir seule à des intérêts (**article 477 du code civil**).

A côté du mandat « *pour soi-même* », un mandat de protection future peut également être établi « *pour autrui* » par des parents souhaitant anticiper contractuellement la défense des intérêts de leur enfant souffrant de maladie ou de handicap pour le jour où eux-mêmes ne seront plus en capacité de prendre en charge leur enfant. Dans cette hypothèse, les parents ne doivent pas faire l'objet d'une mesure de curatelle ou de tutelle. Ils peuvent chercher à protéger soit un enfant mineur sur lequel ils exercent l'autorité parentale, soit un enfant majeur dont ils assument la charge matérielle et affective.

Le mandat de protection future est un contrat libre : le mandat définit à l'avance l'étendue des pouvoirs du ou des mandataires. Les actes de protection des biens qu'un mandataire peut réaliser sans autorisation du juge diffèrent selon le type de mandat :

- le mandat **notarié** (établi par acte authentique) permet notamment d'autoriser le mandataire à procéder à des actes de disposition du patrimoine (tels que la vente d'un bien immobilier ou un placement financier par exemple). Le mandataire devra rendre compte au notaire et lui

remettre notamment l'inventaire des biens et le compte annuel. Le notaire est tenu de signaler au juge des tutelles tout acte pris par le mandataire pouvant être contraire aux intérêts du mandant. Les mandats pour autrui sont obligatoirement notariés ;

- le mandat **sous seing privé** : il est suffisant lorsque la gestion des biens se limite aux actes d'administration, c'est-à-dire ceux qu'un tuteur peut faire sans autorisation du juge (par exemple, renouveler un bail). Tout acte de disposition nécessite l'autorisation du juge des tutelles.

Le mandat prend effet lorsque le mandant n'est plus en mesure de pourvoir seul à ses intérêts en raison d'une altération de ses facultés personnelles. Cet état doit être constaté par un certificat établi par un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République.

Le mandant peut charger une ou plusieurs personnes du contrôle de l'exécution du mandat. Tout intéressé peut saisir le juge des tutelles en cas de contestation de la mise en œuvre ou des conditions d'exécution du mandat ou s'il apparaît nécessaire de protéger davantage le mandant que cela n'avait été prévu. Dans ce dernier cas, le juge peut compléter la protection par une mesure judiciaire.

Le mandat prend fin par le rétablissement des facultés personnelles de la personne protégée, constaté par certificat médical, par le décès de la personne protégée ou du mandataire, son placement en curatelle ou tutelle ou par la révocation du mandat par décision du juge, à la demande de tout intéressé et notamment lorsque l'exécution du mandat est de nature à porter atteinte aux intérêts de la personne protégée.

Ainsi qu'en témoignent les statistiques transmises à vos rapporteurs par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le mandat de protection future reste peu utilisé. Alors que 30 % de la population québécoise (plus de la moitié des personnes âgées de plus de 55 ans) y auraient recours, **seuls 2 753 mandats ont été mis en œuvre depuis 2009 en France¹**. Le bilan dressé par l'Igas dans son rapport de juillet 2014 sur le « financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs » confirme ce constat². Le conseil supérieur de notariat estime à 5 000 le nombre de mandats contractés.

¹ Les chiffres du ministère de la justice ne permettent pas de connaître le nombre de mandats contractés.

² Igas, Isabelle Rougier, Cécile Waquet, « Financement par les organismes de sécurité sociale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs », juillet 2014.

**Nombre de mandats de protection future visés entre 2009 et 2014*
selon le type de mandats**

	Acte notarié	Sous seing privé	Ensemble	Part des actes notariés
2009-2014*	2 363	390	2 753	85,8 %
2009	114	26	140	81,4 %
2010	226	58	284	79,6 %
2011	333	61	394	84,5 %
2012	465	71	536	86,8 %
2013	595	85	680	87,5 %
2014*	630	89	719	87,6 %

* Données provisoires : extraction au 14 janvier 2015

Source : SDSE/RGC – DACS – Pôle d'évaluation de la justice civile

**Répartition de mandats de protection future visés en 2014*
selon l'âge et le sexe des mandants**

	Hommes		Femmes		Ensemble		Part des femmes
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Moins de 50 ans	2	0,9	2	0,4	4	0,6	50,0
50 à moins de 60 ans	14	1,9	3	0,6	7	1,0	42,9
60 à moins de 70 ans	12	5,7	15	3,0	27	3,8	55,6
70 à moins de 80 ans	36	17,1	46	9,1	82	11,4	56,1
80 à moins de 85 ans	36	17,1	91	17,9	127	17,7	71,7
85 à moins de 90 ans	54	25,6	175	34,4	229	31,8	76,4
90 ans et plus	67	31,8	176	34,6	243	33,8	72,4
Total	211	100,0	508	100,0	719	100,0	70,7
Age moyen	78,1 ans		80,9 ans		79,6 ans		

* Données provisoires : extraction au 14 janvier 2015

Source : SDSE/RGC – DACS – Pôle d'évaluation de la justice civile

Dans sa recommandation n° 15, l'Igas propose ainsi d' « introduire dans le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement les aménagements nécessaires à la sécurisation du mandat de protection future (publicité, modalités de renouvellement ou confirmation régulière du consentement...) » et d' « organiser ensuite une information systématique du grand public, par différents relais professionnels (notaires, Carsat à l'occasion du passage à la retraite...) ».

• **Le dispositif proposé vise à encourager le recours au mandat de protection future par une sécurisation de son cadre juridique**

Dans l'esprit de la recommandation formulée par l'Igas, le présent article, inséré par l'Assemblée nationale en commission des affaires sociales à l'initiative de Mme Joëlle Huillier et plusieurs de ses collègues du groupe SRC, vise à accroître l'attractivité du mandat de protection future en précisant son cadre juridique. Le dispositif proposé consiste à modifier l'article 477 du code civil par une double mesure :

- **aux alinéas 2 à 5, la limitation de la durée de validité du mandat de protection future à cinq ans** afin de garantir que le mandat signé reste conforme à la volonté de la personne. Les conditions de renouvellement du mandat sont fixées par décret ;

- **aux alinéas 6 et 7, une inscription de chaque mandat au fichier central des dernières volontés** pour permettre à un certain nombre de professions juridiques (juges des tutelles, procureurs de la République, notaires, avocats) d'avoir connaissance de son existence. Le droit en vigueur ne prévoit en effet pas de mesures de publicité particulières, ni la création d'un fichier centralisé. Le visa du mandat par le greffier prévu par l'article 481 du code civil (qui donne effet au mandat) donne lieu à simple enregistrement informatique anonyme à visée strictement statistique. Cet enregistrement ne nécessite pas l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

II - La position de la commission

A l'initiative de vos rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement de suppression des alinéas 2 à 5 du présent article limitant la durée de validité du mandat de protection future à cinq ans**. Une telle limitation ne paraît en effet pas opportune car elle alourdit les contraintes administratives pesant sur le mandant et risque donc d'avoir un effet contraire à celui recherché. Son utilité n'est d'ailleurs pas forcément évidente : conformément aux articles 489 et 492 du code civil, **tant que le mandat n'a pas pris effet, le mandat reste libre de le révoquer et de le modifier tandis que le mandataire peut y renoncer**.

S'agissant du dispositif prévu aux alinéas 6 et 7 pour assurer la publicité des mandats de protection future, vos rapporteurs rappellent qu'il est **essentiel pour garantir leur bonne prise en compte par les professionnels. Le choix d'enregistrer les mandats sur le fichier central des dernières volontés ne leur paraît néanmoins pas pleinement cohérent**, les mandats étant mis en œuvre au moment de l'altération des facultés et non au décès de l'intéressé.

Votre commission a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

Article 27 ter
(art. 311-12 du code pénal)

**Suppression de l'immunité pénale en cas de vol
commis par un tuteur ou curateur membre de la famille proche**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit la suppression de l'immunité pénale en cas de vol commis par un descendant, un ascendant ou un conjoint lorsque l'auteur a agi dans le cadre d'une mission judiciaire de protection juridique.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

L'article 311-12 du code pénal garantit l'immunité pénale de l'auteur d'un vol commis au préjudice de deux séries de personnes :

- son ascendant ou son descendant ;
- son conjoint, sauf lorsque les époux sont séparés de corps ou autorisés à résider séparément.

Cette disposition n'est pas applicable lorsque le vol concerne des biens « indispensables à la vie quotidienne de la victime, tels que des documents d'identité, relatifs au titre de séjour ou de résidence d'un étranger, ou des moyens de paiement ».

Le droit en vigueur a ainsi pour conséquence d'exonérer de poursuites pénales l'infraction de vol commise dans le cadre des relations familiales, sauf lorsqu'elle porte sur certains documents ou objets personnels importants.

Si la garantie de l'immunité pénale a pour objet de préserver la paix familiale, sa légitimité **pose question dans les hypothèses où le vol est commis par un proche de la victime agissant à l'occasion de l'exercice d'un mandat que lui a confié le juge des tutelles pour administrer les biens de celle-ci (curatelle, tutelle)**. Le mandataire est en effet susceptible d'user de certaines facilités procurées par les prérogatives spéciales qui lui sont confiées par le juge pour commettre des abus financiers au préjudice de la personne protégée.

Le présent article, inséré en séance à l'Assemblée nationale à l'initiative de la rapporteure de la commission des affaires sociales, prévoit donc la suppression de l'immunité pénale en cas de vol par un descendant, un ascendant ou un conjoint, lorsque celui-ci a agi dans le cadre d'une mission judiciaire.

Il complète à cette fin l'article 311-12 du code pénal par un alinéa disposant que cet article « n'est pas applicable lorsque le vol a été commis au préjudice de l'une de ces personnes par son tuteur ou curateur ».

II - La position de la commission

Votre commission a adopté **un amendement** rédactionnel proposé par la rapporteure pour avis de la commission des lois.

Elle a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

Article 28

(art. L. 3211-6 du code de la santé publique)

Extension du dispositif de sauvegarde de justice par déclaration médicale aux médecins d'établissements sociaux et médico-sociaux

Objet : Cet article étend la procédure de mise sous sauvegarde de justice par déclaration médicale au médecin de l'établissement social ou médico-social de la personne à protéger.

I - Le dispositif proposé

Le droit en vigueur réserve la procédure de mise sous sauvegarde de justice par déclaration médicale au médecin de la personne et à celui de l'établissement de santé où se trouve la personne à protéger. Le présent article étend cette procédure aux médecins des établissements sociaux et médico-sociaux.

- **Les procédures actuelles de mise sous sauvegarde de justice**

L'article 425 du code civil permet à toute personne majeure, qui ne peut 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, de bénéficier d'une mesure de protection juridique.

La **sauvegarde de justice**, dont le régime juridique est défini aux articles 433 à 439 du même code, constitue une mesure de protection juridique de courte durée pour une personne se trouvant dans l'une des situations visées à l'article 425 précité et ayant besoin d'une protection juridique temporaire ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés. De nature moins contraignante que la tutelle ou la curatelle, elle permet à la personne protégée de conserver l'exercice de ses droits, sauf pour certains actes spéciaux tels qu'un divorce par consentement mutuel ou accepté et, le cas échéant, pour les actes confiés à un mandataire désigné par le juge.

La mesure de sauvegarde de justice ne peut dépasser un an, renouvelable une fois par le juge des tutelles. Elle cesse soit à l'expiration du délai pour lequel elle a été prononcée, soit à la levée de la mesure par le juge des tutelles, après l'accomplissement des actes pour lesquels elle a été ordonnée ou lorsque le majeur reprend possession de ses facultés, soit enfin par l'ouverture d'une mesure de curatelle ou de tutelle.

Il existe **deux procédures** de mise sous sauvegarde de justice :

- en application de l'article 433 du code civil, elle peut être **prononcée par le juge des tutelles**, à la demande de certaines personnes (en particulier la personne à protéger elle-même, un membre de la famille ou le procureur de la République de sa propre initiative ou à l'initiative d'un tiers) ;

- l'article 434 du même code prévoit quant à lui une procédure de mise sous sauvegarde **par déclaration médicale au procureur de la République dans les conditions prévues par l'article L. 3211-6 du code de la santé publique.**

Conformément à cet article L. 3211-6, la déclaration peut émaner :

- **soit du médecin « de la personne à laquelle il donne ses soins »,** c'est-à-dire le médecin de ville ;

- **soit du médecin de l'établissement de santé dans lequel est soignée la personne.**

La déclaration a pour **effet immédiat** de placer le malade sous sauvegarde de justice à la condition, lorsqu'elle provient du médecin de la personne, d'être accompagnée de **l'avis conforme d'un psychiatre.**

Toute mise sous sauvegarde de justice doit être portée à la connaissance du procureur de la République par le représentant de l'Etat dans le département.

La mesure de sauvegarde peut prendre fin par déclaration faite au procureur de la République si le besoin de protection temporaire cesse ou par radiation de la déclaration médicale sur décision du procureur (article 439 du code civil).

• **Le dispositif proposé : l'extension de la procédure de sauvegarde par déclaration médicale**

Le présent article complète l'article L. 3211-6 du code de la santé publique afin de prévoir que **la mise sous sauvegarde de justice par déclaration médicale peut également concerner les personnes hébergées dans un établissement social et médico-social.**

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, cette mesure « ne devrait pas occasionner une augmentation sensible de l'activité des procureurs de la République et des juges des tutelles puisque les personnes concernées auraient fait probablement l'objet d'une demande de mesure de protection de tutelle ou curatelle au lieu d'un placement sous sauvegarde ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission juge bienvenue cette harmonisation du droit qui permet de renforcer la protection des personnes hébergées dans un établissement social ou médico-social lorsqu'elles subissent une altération légère de leurs facultés mentales nécessitant une protection temporaire respectueuse de leur autonomie. Cet article garantira également une protection provisoire à celles d'entre elles qui sont dans l'attente de mesure de tutelle ou de curatelle.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 28 bis

(art. 21-13-1 [nouveau], 21-28, 26, 26-1, 26-3 et 26-4 du code civil)

Acquisition de la nationalité française par des ascendants de ressortissants français

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, ouvre la possibilité aux personnes âgées étrangères, ascendantes de Français et présentes en France depuis au moins vingt-cinq ans, d'obtenir la nationalité française par déclaration.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

• La traduction législative d'une proposition parlementaire

Plusieurs initiatives parlementaires ont vu le jour au cours des dernières années afin de faciliter l'accès à la nationalité française de personnes immigrées âgées ayant travaillé en France pendant de nombreuses années et continuant à y séjourner après leur départ en retraite (*chibanis*).

Le présent article, inséré en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Denys Robillard et plusieurs de ses collègues, constitue la traduction législative d'une proposition du récent rapport de la mission d'information parlementaire sur la situation des

immigrés âgés, présidée par le député Denis Jacquat et dont le rapporteur était M. Alexis Bachelay¹. Cette proposition partait du constat qu'environ 40 % des immigrés âgés de plus de 65 ans avaient conservé leur nationalité, la plupart étant originaires du Maghreb (70 %).

• **Le dispositif proposé**

Le présent article permet ainsi à un étranger, **parent de Français et présent sur le territoire depuis au moins vingt-cinq ans**, d'acquérir la nationalité française **par déclaration**.

L'adoption d'un amendement de la rapporteure en séance a permis de préciser les **conditions d'âge (65 ans à la date de souscription de la déclaration) et de résidence (qui doit être régulière et habituelle)** nécessaires pour faire aboutir cette démarche et de prévoir plusieurs dispositions de coordination.

L'alinéa 2 du présent article crée ainsi un nouvel article 21-13-1 du code civil dont les dispositions sont détaillées aux alinéas 3 à 5. Il prévoit que :

- « *les personnes qui, âgées de soixante-cinq ans au moins, résident régulièrement et habituellement en France depuis au moins vingt-cinq ans et sont les ascendants directs d'un ressortissant français* » peuvent réclamer la nationalité française par déclaration souscrite en application des articles 26 et suivants du même code ;

- ces conditions sont appréciées à la date de souscription de la déclaration ;

- le Gouvernement peut s'opposer à la demande dans les conditions définies à l'article 21-4 du même code. Celui-ci prévoit la possibilité d'une opposition à la demande **par décret en Conseil d'Etat, pour indignité ou défaut d'assimilation, autre que linguistique**. L'opposition doit intervenir dans un délai de deux ans à compter de la date du récépissé délivré après dépôt du dossier de demande ou, si l'enregistrement de la demande a été refusé, à compter du jour où la décision judiciaire admettant la régularité de la déclaration est passée en force de chose jugée.

Les autres alinéas du présent article procèdent à des coordinations.

Selon l'étude d'impact demandée au Gouvernement, **entre 80 000 et 100 000 personnes sont susceptibles de demander le bénéfice de cette mesure**, sans qu'il s'agisse d'une « *estimation officielle, faute de qualité suffisante de ces statistiques* ».

¹ Rapport d'information n° 1214 de l'Assemblée nationale fait au nom de la mission d'information sur les immigrés âgés, du 2 juillet 2013. « Proposition n° 12 : Permettre aux étrangers ascendants de Français et présents sur le territoire depuis vingt-cinq ans au moins d'obtenir la nationalité française par déclaration suivant la procédure prévue aux articles 26 et suivants du code civil. »

Les demandes seront instruites sur déclaration selon les mêmes modalités que celles suivies pour l'acquisition de la nationalité française à raison du mariage avec un conjoint français. Cette procédure comprend deux étapes :

- après remise par le demandeur de son dossier au service préfectoral compétent de son lieu de résidence, le dossier, accompagné d'un avis du préfet donné après examen et enquête des services de police, est transmis à l'administration centrale (sous-direction de l'accès à la nationalité française) ;

- celle-ci instruit le dossier et procède à son enregistrement, ce qui a pour effet immédiat de faire accéder le demandeur à la nationalité française à compter de la date de souscription de sa déclaration, émet une décision de refus si les conditions légales ne sont pas remplies ou engage une procédure d'opposition à l'acquisition de la nationalité française qui relève de la compétence du ministre chargé des naturalisations.

Une fois leur déclaration enregistrée, les déclarants sont conviés, à l'instar des autres personnes qui acquièrent la nationalité française par d'autres voies, à une cérémonie d'accueil dans la nationalité française organisée par le préfet de leur département de résidence. Au cours de cette cérémonie, la charte des droits et devoirs du citoyen français mentionnée à l'article 21-24 du code civil leur est remise.

S'agissant de l'impact sur les services administratifs concernés, les réponses de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) au questionnaire de votre rapporteur indiquent que *« cette mesure devrait connaître une montée en charge progressive du fait notamment du temps d'appropriation des conditions par les intéressés »*. Elle implique néanmoins un aménagement substantiel de l'application de gestion « PRENAT » qui *« demande plusieurs mois de procédure »*.

II - La position de la commission

Votre commission se félicite de l'avancée permise par le présent article. Il donne enfin une suite concrète aux démarches parlementaires régulièrement entreprises pour envoyer un signe légitime de reconnaissance aux immigrés âgés qui ont travaillé pour la France et qui se voient souvent dans l'incapacité de répondre aux conditions de recevabilité posées par le code civil pour l'acquisition de la nationalité française par naturalisation.

Sur proposition de vos rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** de précision rédactionnelle.

Elle a ensuite adopté cet article ainsi modifié.

*Article 28 ter**(art. L. 816-1 du code de la sécurité sociale)***Vérification de la condition d'antériorité de résidence
pour le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise que la vérification du respect, par une personne de nationalité étrangère, de la condition d'antériorité de séjour ouvrant droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées peut être satisfaite au regard des périodes d'assurance pour la détermination du droit à pension de retraite.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article est issu d'un amendement présenté par le député Denys Robillard en commission des affaires sociales et adopté par la commission avec l'avis favorable de sa rapporteure, Mme Martine Pinville.

En vertu de l'article L. 816-1 du code de la sécurité, les personnes de nationalité étrangère atteignant l'âge de la retraite doivent être titulaires depuis au moins 10 ans d'un titre de séjour les autorisant à travailler pour avoir droit à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Le présent article modifie l'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale susmentionné afin de préciser que le respect de la possession d'un titre de séjour depuis au moins 10 ans peut être attesté par les trimestres d'assurance vieillesse acquis par la personne.

En effet, certaines personnes âgées de nationalité étrangère sont susceptibles d'avoir égaré leurs titres de séjour et le fait que le respect des 10 ans de résidence puisse être apprécié au regard des périodes d'assurance pendant lesquelles elles ont cotisé à une caisse de retraite simplifiera considérablement leurs démarches administratives.

De fait, si la caisse de retraite a bien conservé la trace des cotisations versées par la personne âgée au cours de sa carrière, celle-ci sera présumée 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.

II - La position de la commission

Cet article vise à simplifier la vie des personnes de nationalité étrangère ayant atteint l'âge de la retraite et ayant cotisé au moins 10 ans en France auprès d'une casse de retraite.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 28 quater [nouveau]
(art. L. 863-3 du code de la sécurité sociale)
**Renouvellement automatique du droit
à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
pour les bénéficiaires du minimum vieillesse**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que les bénéficiaires du minimum vieillesse bénéficient d'un renouvellement automatique de leur aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article est issu d'un amendement déposé par la députée Huguette Bello qui a été adopté par l'Assemblée nationale en séance publique. Il s'inspire directement d'une proposition du rapport de la sénatrice Aline Archimbaud « *L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité* », remis au Premier ministre en septembre 2013.

Il vise à réintroduire dans la loi une mesure votée lors de l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et qui avait été censurée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 19 décembre 2013, celui-ci estimant qu'il s'agissait d'un cavalier législatif sans rapport avec l'objet d'une loi de financement de la sécurité sociale.

Cet article prévoit que le renouvellement annuel de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) deviendra automatique pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ou d'une autre forme de minimum vieillesse.

Il permet de maintenir un droit ouvert à l'ACS aux bénéficiaires d'un minimum vieillesse dès lors que ce droit leur a été reconnu et ce, tant qu'ils restent bénéficiaires du minimum vieillesse, tout en les dispensant des démarches de renouvellement.

Cette mesure devrait permettre d'augmenter le taux de recours des retraités les moins favorisés à l'ACS et, ce faisant, d'améliorer leur accès aux soins.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, est une aide financière pour le paiement d'un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel qui s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond d'attribution de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et un plafond supérieur, fixé à 1,35 fois le plafond de la CMU-C, selon la composition du foyer.

Elle consiste en une réduction forfaitaire sur le montant de la cotisation annuelle à payer à un organisme complémentaire de santé. En pratique, la caisse primaire d'assurance maladie remet à l'assuré qui le demande et qui remplit les conditions d'éligibilité une attestation, un « chèque », qu'il fournit à l'organisme complémentaire de son choix (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance). Cet organisme déduit alors l'aide obtenue du montant de la cotisation.

Pour l'organisme complémentaire, l'ACS constitue un crédit d'impôt sur la taxe de solidarité additionnelle qu'il acquitte pour financer la CMU-C ; le coût de l'ACS s'impute donc indirectement sur l'ensemble des contrats complémentaires.

Le coût global de l'ACS s'est élevé en 2012 à 195 millions d'euros, en progression de 24 % par rapport à 2011, pour une couverture de 710 000 personnes et à une dépense moyenne de 275 euros par personne.

En 2013, selon la Drees, entre 2,6 et 3,7 millions de personnes avaient droit à l'ACS mais le taux de non recours à cette aide était compris entre 62 % et 73 %.

II - La position de la commission

Rendre renouvelable automatiquement le droit à l'ACS pour les bénéficiaires de l'Aspa ou d'une autre forme de minimum vieillesse permettra de simplifier les démarches des retraités et personnes âgées les plus modestes, d'améliorer leur taux de recours à ce dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et de faciliter leur accès aux soins.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

TITRE III

ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

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, art. L. 3142-26 du code du travail)

Réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie

Objet : Cet article a pour objet d'introduire une évaluation multidimensionnelle des besoins des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de revoir ses modalités d'attribution et de versement.

I - Le dispositif proposé

Les limites actuelles de l'allocation personnalisée d'autonomie

Créée par la loi du 20 juillet 2001¹, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est délivrée à « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental ». Elle a succédé à la prestation spécifique dépendance (PSD), née en 1997 d'une initiative sénatoriale et qui avait été conçue comme un premier pas vers la mise en place d'un dispositif d'aide universel en direction des personnes en situation de perte d'autonomie.

Comme la PSD, l'APA est une prestation en nature délivrée aux personnes âgées de soixante ans et plus qui nécessitent une surveillance ou une aide régulière pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

Le niveau de perte de dépendance est apprécié à l'aide de la grille Aggir (Autonomie gérontologie groupe iso-ressources) qui en définit six, le niveau 1 correspondant à la perte de dépendance la plus élevée. Ne peuvent prétendre au bénéfice de l'APA que les personnes relevant des GIR 1 à 4². Celles classées dans les GIR 5 et 6 peuvent bénéficier des dispositifs d'action sociale mis en place par leurs caisses de retraite. A chaque GIR correspond un plafond d'aide dont le niveau est le même sur l'ensemble du territoire.

¹ 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.

² La PSD couvrirait quant à elle un public plus réduit puisqu'elle ne concernait que les GIR 1 à 3.

Les départements définissent ensuite librement, dans la limite de ce plafond et en fonction de l'évaluation des besoins conduite par l'équipe médico-sociale, le niveau de l'aide qui sera attribuée. Au 31 décembre 2011, 80 % des bénéficiaires de l'APA à domicile relevaient des GIR 3 ou 4.

Niveau des plafonds d'aide APA

GIR	Montant mensuel maximal du plan d'aide au 1 ^{er} avril 2014
GIR 1	1 312,67 euros
GIR 2	1 125,14 euros
GIR 3	843,86 euros
GIR 4	562,57 euros

La part de l'aide dont bénéficie l'allocataire de l'APA correspond au niveau du plan d'aide effectivement consommé et diminué d'une participation financière, qui est fonction de ses ressources. L'APA est donc une allocation universelle mais dont le niveau varie, à la fois en fonction des besoins de la personne et de ses ressources. En 2013, la participation est nulle pour un revenu inférieur à 734,66 euros par mois puis augmente linéairement jusqu'à atteindre son niveau maximum - 90 % du montant du plan d'aide - à partir de 2 927,66 euros de revenus mensuels.

L'APA a connu une montée en charge soutenue dans les années qui ont suivi sa création. Environ 140 000 personnes percevaient la PSD à la fin de l'année 2001. Elles étaient 722 000 à bénéficier de l'APA à domicile en 2011, soit environ 60 % du nombre total de bénéficiaires de l'APA. En 2013, les dépenses brutes d'APA des départements s'élevaient à 5,3 milliards d'euros, en diminution de 0,8 % par rapport à l'année précédente¹. Cette légère baisse traduit avant tout les difficultés croissantes auxquelles sont confrontés les départements pour assurer le financement de cette prestation, dans un contexte où le taux de couverture par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est passé de 40 % en 2002 à près de 30 % au cours des dernières années.

Dans ces conditions, la couverture des besoins des personnes accompagnées est rendue plus difficile, notamment pour celles qui sont confrontées aux niveaux de dépendance les plus élevés. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 20 % des plans d'aide étaient saturés en 2011 : un bénéficiaire de l'APA sur cinq percevait donc un niveau d'aide qui ne permet pas de couvrir l'ensemble de ses besoins. Pour les GIR 1, c'est-à-dire pour les personnes les plus dépendantes, la part des plans d'aide saturés atteint 42 %. A cet élément s'ajoute l'insuffisante diversification des plans d'aide. Ceux-ci sont en effet

¹ Drees, *Etudes et résultats*, « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013 : une hausse soutenue par le RSA », n° 905, février 2015.

composés d'aide humaine à hauteur de 90 %, ce qui limite les possibilités de financement d'aides techniques, d'aides à l'aménagement du logement ou de solutions d'accueil temporaire.

La réforme de l'APA proposée par le projet de loi a pour objet, d'une part, d'améliorer les conditions d'évaluation des besoins et d'attribution de l'APA, d'autre part, d'assurer une meilleure couverture des besoins grâce à une augmentation du niveau des plans d'aide, une diminution du reste à charge et la mise en place de dispositifs de répit pour les aidants. La définition des proches aidants et celle des dispositifs de soutien dont ils pourront bénéficier sont proposées aux articles 35 et 36 du projet de loi. Le volet financier de la réforme est quant à lui prévu à l'article 38 du texte.

• **La mise en place d'une évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins du bénéficiaire de l'APA ainsi que de ses proches aidants et la simplification de la procédure d'attribution**

Le 1° du présent article fixe, à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles, le principe d'une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne demandant à bénéficier de l'APA à domicile par l'équipe médico-sociale du département.

Le contenu de cette évaluation est détaillé au 4° qui modifie l'article L. 232-6. A l'évaluation du degré de dépendance au moyen de la grille Aggir s'ajoutera celle de « *la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants* ». Il s'agit de prendre en compte l'ensemble de l'environnement du demandeur de l'APA afin de mieux apprécier ses besoins et ceux des personnes qui l'accompagnent au quotidien. Des référentiels, dont la définition a été confiée à la CNSA, permettront de guider les équipes médico-sociales dans leur tâche.

Les limites de la grille Aggir ont été soulevées de façon récurrente au cours des auditions menées par vos rapporteurs. L'outil, s'il est relativement adapté pour apprécier la perte d'autonomie physique, ne permet pas de disposer d'une analyse fine des atteintes cognitives de la personne. La forte concentration des bénéficiaires de l'APA dans les GIR 3 et 4 invite par ailleurs à penser qu'une appréciation plus fine de la perte d'autonomie devrait être envisagée. A défaut d'une révision de l'outil, la démarche consistant à le compléter par une évaluation multidimensionnelle des besoins apparaît adaptée pour améliorer la qualité des réponses apportées aux bénéficiaires de l'APA à domicile.

Jusqu'à présent, l'article L. 232-6 dispose que l'équipe médico-sociale recommande, « *dans le plan d'aide [...], 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* ». Il est désormais précisé qu'elle proposera le plan d'aide et recommandera les modalités d'intervention lui paraissant les plus appropriées, non seulement au regard des besoins d'aide du bénéficiaire et de son degré de perte d'autonomie, mais également en fonction des besoins de ses proches aidants. L'équipe médico-sociale devra également formuler

des recommandations concernant les modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ses proches aidants. Dernière mission confiée à l'équipe médico-sociale, elle devra identifier les autres aides susceptibles de contribuer au maintien à domicile du bénéficiaire ou au soutien de ses proches aidants mais qui ne sont pas prises en charge au titre de l'APA. Il pourra s'agir d'aides déjà existantes. L'article précise également que ces aides pourront notamment avoir un objectif de prévention. Ces changements ont avant tout pour objectif d'enrichir et d'améliorer la qualité de l'information fournie au bénéficiaire de l'APA et à ses proches aidants.

Les 6° et 9° du présent article suppriment la commission de proposition et de conciliation, chargée de proposer le plan d'aide et régler les litiges relatifs à l'APA. Le plan d'aide sera donc directement déterminé par l'équipe médico-sociale, avant d'être avalisé par le président du conseil général. En cas de litige, c'est la commission départementale d'aide sociale qui sera directement saisie.

• **La définition du niveau du plan d'aide et de la participation du bénéficiaire**

Jusqu'à présent, le deuxième alinéa de l'article L. 232-3 dispose que le montant maximum du plan d'aide correspond à un tarif national, fonction du degré de perte d'autonomie - c'est-à-dire du GIR. Ce tarif est revalorisé chaque année en tenant compte, au minimum, du niveau de l'inflation.

Le 2° du présent article supprime cet alinéa pour créer un nouvel article L. 232-3-1 fixant lui aussi le principe d'un plafond annuel dont il est précisé qu'il sera défini par décret, toujours sur la base du GIR. La revalorisation ne s'effectuera plus sur la base de l'inflation mais sur celle de l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne. Il s'agit en réalité d'une clarification par rapport aux pratiques existantes puisque la formule de calcul des plafonds des plans d'aide et du barème national de la participation financière des bénéficiaires prend déjà en compte la majoration pour aide constante d'une tierce personne. Celle-ci étant indexée sur les prix, ce changement ne devrait pas avoir de conséquences sur l'évolution des plafonds des plans d'aide. Un véritable changement aurait consisté à indexer les plafonds sur le Smic afin de tenir compte du fait que les plans d'aide sont en très grande partie consacrés à de l'aide humaine et, par conséquent, à la rémunération d'intervenants au domicile.

Le 3° du présent article reprend les dispositions de l'article L. 232-4 relatives au niveau du plan d'aide tout en indexant le barème national sur la base duquel est défini le reste à charge du bénéficiaire de l'APA sur l'évolution des plafonds d'aide et non plus sur celle du niveau des pensions. Il fixe par ailleurs le principe d'une actualisation de la participation au 1^{er} janvier de chaque année, ce qui apparaît cohérent avec l'évolution annuelle du barème. Cette charge nouvelle pour les départements devrait être facilitée par l'article 30 qui prévoit la transmission des informations nécessaires par les services fiscaux.

• **Les modalités de versement de l'APA**

Le 8° du présent article redéfinit, à l'article L. 232-15 du code de l'action sociale et des familles, les modalités de versement de l'APA. Le principe général est celui du versement mensuel, directement au bénéficiaire, pour les aides régulières. S'agissant des dépenses relatives aux aides techniques, à l'adaptation du logement, ou aux prestations d'accueil temporaire et de répit à domicile, elles pourront également faire l'objet de versements ponctuels au bénéficiaire dans des conditions définies par décret.

Des exceptions sont malgré tout prévues à ces principes généraux. Le département pourra en effet choisir de verser directement l'APA au service d'aide à domicile, à la structure d'accueil temporaire ou à l'organisme chargé de fournir une aide ponctuelle. Aucune précision n'étant fournie quant aux conditions pouvant justifier ces dérogations à la règle générale d'un versement direct au bénéficiaire, la portée de celle-ci s'en trouve réduite. La nécessité de recueillir l'accord du bénéficiaire avant de verser directement l'APA au service d'aide à domicile, actuellement prévue à l'article L. 232-15, est en outre supprimée, de même que la possibilité pour celui-ci de modifier à tout moment les conditions dans lesquelles il est procédé au versement direct au service (*b*) du 8°. Il est cependant précisé que le bénéficiaire de l'APA demeurera libre de choisir un autre service.

Le 8° du présent article a enfin pour objet d'encourager l'utilisation du chèque emploi service universel (Cesu) pour la rémunération des accueillants familiaux ou des services d'aide à domicile. Jusqu'à présent, le deuxième alinéa de l'article L. 232-7 ne prévoit l'utilisation du Cesu que pour les services agréés. Ces dispositions sont supprimées (5°) au profit d'une formulation plus large incluant les services autorisés et les accueillants familiaux.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En commission, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements identiques de M. Arnaud Richard et plusieurs de ses collègues ainsi que de Mme Bérange Poletti et M. Denis Jacquat, sous-amendés par la rapporteure, visant à améliorer la qualité de l'information fournie aux bénéficiaires de l'APA. Alors que le texte initial prévoyait que l'équipe médico-sociale recommandait les modalités d'intervention lui paraissant les plus appropriées, elle a désormais pour mission d'informer le bénéficiaire sur celles-ci. Il est par ailleurs ajouté à l'article L. 232-6 que « *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* ».

L'Assemblée nationale a également adopté, en commission puis en séance, trois amendements de précision.

III - La position de la commission

Sur proposition de ses rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** portant sur l'information fournie par l'équipe médico-sociale lorsqu'elle propose le plan d'aide APA au bénéficiaire. Il permet revenir en partie à la rédaction initialement proposée par le Gouvernement tout en préservant les apports de l'Assemblée nationale quant à la nécessité de fournir une information exhaustive sur l'ensemble des dispositifs existants. L'équipe médico-sociale devra donc « *informe[r] de l'ensemble des modalités d'intervention existantes et recommande[r] celles qui lui paraissent les plus appropriées* ».

Toujours à l'initiative de ses rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** visant à revenir sur la suppression de la commission de proposition et de conciliation. Compte tenu des enrichissements apportés à la procédure d'évaluation menée par l'équipe médico-sociale, il apparaît en effet nécessaire de maintenir l'intervention de cette commission pour analyser l'adéquation entre les besoins du demandeur et le plan d'aide envisagé, avant que n'intervienne la décision du président du conseil général. L'intervention de la commission en cas de litige relatif à l'APA a également été préservée.

Votre commission a ensuite adopté **deux amendements** présentés par ses rapporteurs visant à s'assurer de l'accord du bénéficiaire avant tout versement de l'APA au service d'aide à domicile ainsi qu'à l'organisme chargé d'apporter une aide ponctuelle (aide technique, aménagement du logement...).

Enfin, votre commission a, sur proposition de ses rapporteurs, adopté **un amendement** effectuant une coordination dans le code du travail avec les modifications introduites par le présent article à l'article L. 232-7 du code de l'action sociale et des familles.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 29 bis

(art. L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales)

**Délégation du paiement des chèques
d'accompagnement personnalisé**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, a pour objet de permettre aux collectivités territoriales ou à certains de leurs établissements publics de confier à des mandataires, publics ou privés, le paiement des chèques d'accompagnement personnalisé.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Aux termes de l'article L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales, les collectivités territoriales, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS) et les caisses des écoles peuvent délivrer des chèques d'accompagnement personnalisé à des personnes confrontées à des difficultés sociales. L'attribution de ces chèques doit entrer dans le cadre des actions sociales menées concernant notamment l'alimentation, l'hygiène, l'habillement et les transports, les actions éducatives, culturelles et sportives. Elle permet aux personnes qui en bénéficient d'acquérir des biens ou services auprès d'un réseau de prestataires.

Le présent article, inséré en commission à l'Assemblée nationale à l'initiative de M. François Brottes, président de la commission des affaires économiques, de Mme Fanny Dombre-Coste, rapporteure pour avis, et des commissaires du groupe radical, républicain, démocrate et progressiste (RRDP), vise à autoriser les collectivités territoriales et leurs établissements publics à confier à des mandataires publics ou privés le paiement de ces chèques. Pour ce faire, elles concluraient avec eux des conventions de mandat. Il est précisé que chaque convention devra être conclue au terme d'une consultation respectant le code des marchés publics.

II - La position de la commission

Sans remettre en question la légitimité du dispositif proposé, votre commission estime que cet article n'a pas de lien avec le texte en discussion, à moins de considérer que les personnes âgées sont nécessairement confrontées à des difficultés sociales. Sur proposition de ses rapporteurs, elle a adopté **un amendement** tendant à supprimer le présent article.

Votre commission a supprimé cet article.

*Article 30**(art. L. 153 A [nouveau] du livre des procédures fiscales)***Transmission d'informations des administrations fiscales
vers les départements**

Objet : Cet article vise à systématiser les transferts d'information des administrations fiscales vers les départements afin de leur permettre d'apprécier l'évolution des ressources des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie.

I - Le dispositif proposé

Le présent article crée un **article L. 153 A (nouveau)** au sein du livre des procédures fiscales prévoyant que les administrations fiscales transmettent chaque année aux départements les informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cet article est inséré dans une section du livre des procédures fiscales relative aux dérogations à la règle du secret professionnel en matière fiscale, notamment au profit des organismes chargés de l'application de la législation sociale. Les transferts d'informations devront s'effectuer dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). L'objet de cette mesure est de faciliter le réexamen annuel de la participation financière due par les bénéficiaires de l'APA, prévu à l'article 29.

Les articles L. 162 B du livre des procédures fiscales et L. 232-16 du code de l'action sociale et des familles permettent d'ores et déjà aux services chargés de l'évaluation des droits à l'APA et du contrôle de son utilisation de demander à l'administration fiscale toutes les informations qui leur sont nécessaires. Ces dispositions doivent leur permettre de vérifier les situations des intéressés et de s'assurer de l'effectivité de l'aide qu'ils reçoivent. De façon plus générale, les articles L. 158 du livre des procédures fiscales et L. 133-3 du code de l'action sociale et des familles autorisent les agents des administrations fiscales à communiquer aux commissions d'aide sociale les informations devant leur permettre d'instruire les demandes d'admission à l'aide sociale ou pour en radier les bénéficiaires.

La logique de l'article L. 153 A (nouveau) est différente puisque le transfert d'informations interviendrait, non plus sur demande des administrations concernées, mais de façon systématique. De tels transferts automatiques d'informations sont prévus à l'article L. 152, notamment pour les gestionnaires des régimes obligatoires et complémentaires de sécurité sociale, et à l'article L. 152 A au bénéfice des organismes débiteurs de prestations familiales.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission prend acte de cette disposition qui devrait faciliter le réexamen annuel de la situation des bénéficiaires de l'APA au regard du reste à charge. Elle demeure cependant attentive à ce que ne soient pas portées d'atteintes démesurées au secret professionnel des agents des services fiscaux et, ce faisant, à la confidentialité des informations dont ceux-ci disposent sur les ressources des bénéficiaires de l'APA. Elle s'interroge enfin sur la portée pratique d'une telle disposition s'agissant d'une catégorie de la population dont les revenus ont *a priori* peu de chances d'évoluer fortement d'une année sur l'autre.

Sous ces réserves, votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 30 bis

Rapport sur l'impact des seuils pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement un rapport sur l'impact des seuils d'âge sur le versement des prestations aux personnes handicapées.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Aux termes de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, peuvent demander à bénéficier de la prestation de compensation du handicap (PCH) les personnes qui ne dépassent pas une limite d'âge, dont le niveau a été fixé par décret à 60 ans. Deux dérogations sont malgré tout prévues pour :

- les personnes qui répondaient aux critères d'éligibilité à la prestation avant l'âge de 60 ans et qui font leur demande entre 60 ans et 75 ans ;

- les personnes âgées dont le handicap intervient après l'âge de 60 ans mais qui continuent d'exercer une activité professionnelle.

Sont par conséquent exclues du bénéfice de la PCH les personnes qui ne travaillent plus et dont le handicap apparaît après l'âge de 60 ans ainsi que celles qui font une demande de PCH après l'âge de 75 ans pour un handicap survenu avant l'âge de 60 ans. Dans ces deux cas, c'est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui leur sera versée.

Le présent article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale à l'initiative du groupe de la gauche démocrate et républicaine, doit permettre d'évaluer l'impact des barrières d'âge de soixante et soixante-quinze ans. Il prévoit en effet que le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur la question dans un délai de six mois suivant la promulgation de la loi.

II - La position de la commission

La présente demande de rapport intervient en écho d'interpellations fréquentes, notamment de la part du monde associatif, sur le caractère formel et injuste des barrières d'âge de 60 et 75 ans. Il est en effet difficilement acceptable qu'une personne dont le handicap intervient à 61 ans ne puisse bénéficier des mêmes droits que celle dont le handicap est survenu à l'âge de 59 ans.

Votre commission souhaite que ce rapport permette de disposer d'une estimation du nombre de personnes dont on peut considérer qu'elles sont victimes de l'application de ces barrières d'âge ainsi que du coût financier que représenterait une suppression de celles-ci. Restent à déterminer quelles sont les conclusions qui pourraient découler d'une telle étude. La PCH étant globalement plus généreuse que l'APA, il se peut que la suppression des barrières d'âge soit difficile à mettre en œuvre dans la situation actuelle des finances publiques. En tout état de cause, envisager la suppression des barrières d'âge suppose de réfléchir à l'opportunité d'un rapprochement des deux prestations - PCH et APA - dont il convient de rappeler qu'elles répondent à deux logiques différentes. La PCH a en effet un objectif de compensation des conséquences du handicap au regard du projet de vie du bénéficiaire qui n'est pas celui de l'APA. C'est la question plus globale du rapprochement des politiques du handicap et de la perte d'autonomie des personnes âgées qui sera au final posée. Or une telle évolution pose des questions pratiques et de principe dont les tentatives d'unification en cours en matière de gouvernance montrent qu'elles sont parfois difficiles à surmonter.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 31

(art. L. 313-11-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

**Contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
conclus par les services d'aide à domicile**

Objet : Cet article a pour objet de définir le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

I - Le dispositif proposé

• Le processus de refondation du secteur de l'aide à domicile engagé depuis 2012

Les difficultés financières que rencontrent les services d'aide et d'accompagnement à domicile tendent à s'accroître depuis plusieurs années. Leurs causes, qui ont notamment été analysées dans le rapport d'information de Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin publié en juin 2014¹, sont à la fois conjoncturelles et structurelles.

La forte montée en charge du nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans les années ayant suivi sa création, ainsi que la dynamique engagée par le plan « Borloo », ont pu encourager la création d'un grand nombre de structures. Or le ralentissement de la hausse du nombre des bénéficiaires rend aujourd'hui le marché moins prometteur pour ces services. Cette tendance est accentuée par la crise économique et celle des finances publiques. Les conseils généraux, contraints de davantage encadrer leurs dépenses, limitent le niveau des plans d'aide qu'ils allouent. De leur côté, les caisses de retraite orientent davantage leurs actions d'aide sociale extralégale vers des mesures de prévention collective plutôt que vers les interventions au domicile. Parallèlement, les bénéficiaires de l'APA peuvent être dans l'impossibilité de consommer l'ensemble de leurs plans d'aide en raison de restes à charge trop élevés.

A ces éléments conjoncturels s'ajoutent les faiblesses structurelles du secteur de l'aide à domicile. Celui-ci demeure fréquemment organisé autour de structures de petite taille, qui ne sont pas toujours en mesure de développer une activité suffisante pour être économiquement viables. Leurs charges, composées pour 80 % à 90 % de dépenses de personnel, sont rigides à la baisse. Enfin, le mode de tarification horaire, outre qu'il conduit à des pratiques très variables entre départements, est unanimement considéré comme dépassé.

¹ Rapport d'information de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, « L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence », n° 575 (2013-2014), juin 2014.

Pour ces raisons, la loi de finances pour 2012, en même temps qu'elle mettait en place un premier fonds de restructuration destiné à répondre aux besoins de financement les plus urgents des services d'aide à domicile¹, a prévu l'expérimentation de nouveaux modes de tarification. Ces expérimentations ont fait l'objet d'un cahier des charges défini par arrêté le 30 août 2012². Ce texte a été complété par un arrêté du 6 janvier 2014 visant à prolonger l'expérimentation ainsi qu'à préciser les modalités de celle-ci pour les services intervenant auprès des bénéficiaires de la PCH³.

Deux types d'expérimentation ont été prévus :

- une tarification sous forme de dotation globale avec une participation forfaitaire globalisée du bénéficiaire ; il s'agit du modèle préconisé par l'Assemblée des départements de France (ADF) et par 14 fédérations de l'aide et de l'accompagnement à domicile ;

- le maintien d'une tarification horaire distinguant les aides liées à la personne et les aides à l'environnement ou la mise en place de dotations par paniers-types de prestations ; dans les deux cas, les financements alloués pourraient être complétés, le cas échéant, par celui de missions d'intérêt général (ce modèle a été recommandé par Bérengère Poletti dans un rapport publié en janvier 2012⁴).

Ces expérimentations sont ouvertes aussi bien aux services autorisés qu'aux services agréés.

Au début de l'année 2014, une quinzaine de départements s'étaient lancés dans l'expérimentation du modèle de tarification globale. Deux départements (l'Oise et le Rhône) se sont récemment engagés dans l'expérimentation de l'autre modèle de tarification.

Qu'elles portent sur la mise en place d'un forfait global ou se rapprochent d'une tarification à l'activité, les expérimentations reposent la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) entre le service et le département. La possibilité de conclure des Cpom est actuellement prévue à l'article L. 131-11 du code de l'action sociale et des

¹ Cette première aide, d'un montant de 50 millions d'euros, répartis à parts égales entre 2012 et 2013, a été reconduite pour un montant identique par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, puis pour un montant de 30 millions d'euros par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

² Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

³ Arrêté du 6 janvier 2014 modifiant l'arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

⁴ Bérengère Poletti, députée des Ardennes, Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles, janvier 2012.

familles. Ces contrats sont considérés comme des outils pertinents pour améliorer la qualité du dialogue de gestion entre les établissements et services médico-sociaux et leurs autorités de tarification, renforcer l'efficacité des structures et améliorer la prise en charge des publics accompagnés.

Les Cpom présentent en outre l'intérêt de sécuriser les relations entre les autorités de tarification et les établissements et services au regard du droit européen. En effet, la définition par le Cpom d'un certain nombre de missions d'intérêt général exercées en contrepartie des financements publics reçus par la structure vaut mandatement au sens du droit européen et permet, par conséquent, de soustraire l'activité à l'application de la directive « services » du 12 décembre 2006.

Article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12 [conventions tripartites dans les Ehpad], 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. »

• **Le dispositif proposé par le projet de loi initial**

Le présent article crée un **article L. 313-11-1 (nouveau)** dans le code de l'action sociale et des familles qui définit le contenu des Cpom conclus par les services d'aide à domicile. Celui-ci est calqué sur celui des conventions d'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, fixé à l'article L. 313-8-1. Devront être précisées :

- le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;
- le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;

-
- les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux ou régionaux ainsi qu'aux actions visant à optimiser le parcours de soins des personnes âgées ;
 - les objectifs de qualification professionnelle des personnels au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;
 - la nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;
 - la nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques devant être communiqués au département ;
 - les critères d'évaluation des actions conduites.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de la rapporteure Mme Martine Pinville, la commission des affaires sociales a étendu le champ des Cpom à la définition des objectifs de promotion professionnelle des personnels des services ainsi qu'aux modalités de mise en œuvre d'actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a par ailleurs précisé que les Cpom sont conclus « *en vue de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre des missions des services d'aide et d'accompagnement à domicile au service du public* ». Un autre amendement du Gouvernement est venu préciser que les Cpom concernaient aussi bien les services autorisés que les services agréés. Cet ajout, de nature à rassurer les intervenants du secteur, n'était cependant pas utile dans la mesure où l'article 31 fait référence à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles qui mentionne bien les services agréés et autorisés. Toujours sur proposition du Gouvernement, le contenu des Cpom a été étendu aux modalités de solvabilisation des personnes utilisant les services, le cas échéant dans le cadre des expérimentations tarifaires. L'objectif est d'encadrer la définition du ticket modérateur que doivent acquitter les utilisateurs des services.

III - La position de la commission

Votre commission partage pleinement la logique d'organisation des relations entre les services d'aide à domicile et les départements par le biais des Cpom. Afin d'aller plus loin dans leur généralisation, elle a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, **un amendement** rendant systématique la conclusion des Cpom. Elle a ensuite adopté, toujours sur proposition de ses rapporteurs, **deux amendements** précisant le contenu des Cpom. Le premier prévoit que les Cpom préciseront « la nature et les modalités » de la

coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire. Le second vise à intégrer au sein des Cpom un calendrier d'évaluation des actions conduites.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 32

Expérimentation tarifaire pour les services d'aide à domicile

Objet : Cet article vise à prévoir la poursuite et l'évaluation des expérimentations tarifaires menées par les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

I - Le dispositif proposé

L'article 150 de la loi de finances pour 2012 a autorisé le lancement d'expérimentations devant permettre de dépasser les limites du système actuel de tarification des services d'aide à domicile par la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) et la mise en place de deux modèles au choix : dotation globale ou tarification à l'activité. Ces expérimentations doivent permettre de tracer la voie d'une réforme future du système de tarification des services d'aide à domicile.

Le présent article, dans la version proposée par le Gouvernement, ne tranche pas la question d'une généralisation de ces expérimentations. A l'inverse, son deuxième alinéa autorise leur poursuite pendant une durée d'un an suivant la publication de la loi.

Il permet par ailleurs, au premier alinéa, le lancement de nouvelles expérimentations, sur le modèle de celles qui sont déjà menées actuellement. La rédaction adoptée correspond en effet peu ou prou à celle de l'article 1^{er} de l'arrêté du 30 août 2012 qui fixe le cahier des charges des expérimentations prévues par la loi de finances pour 2012¹ :

- pour les services autorisés, l'expérimentation doit permettre de définir un nouveau mode de tarification ;

- pour les services agréés, des modalités particulières de conventionnement peuvent être envisagées avec le président du conseil général et, le cas échéant, les organismes de protection sociale.

¹ Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1^o du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

En dernier lieu, le troisième alinéa du présent article prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement dressant l'évaluation des expérimentations menées, au plus tard le 30 octobre 2015. Il est précisé que ce rapport peut être réalisé notamment à partir des contributions des départements et des services expérimentateurs.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de la rapporteure Mme Martine Pinville, l'Assemblée nationale a supprimé la possibilité de lancer de nouvelles expérimentations tarifaires. Ne subsistent plus que les dispositions prévoyant la poursuite des expérimentations existantes ainsi que leur évaluation. Sur ce dernier point, le délai de remise du bilan des expérimentations a été raccourci de quatre mois pour être ramené au 30 juin 2015. L'objectif poursuivi est d'aboutir plus rapidement à des conclusions concernant les expérimentations tarifaires et, éventuellement à une généralisation de l'un des deux modèles envisagés.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'esprit des expérimentations menées depuis 2012. Elle estime en effet la démarche indispensable au regard des limites actuelles du système de tarification des services d'aide à domicile.

Elle regrette cependant que ces expérimentations n'aient pas été accompagnées d'un dispositif de suivi plus poussé. Si un comité de pilotage a bien été installé en juillet 2013, il ne s'est réuni pour la première fois qu'en décembre 2014. Les seuls éléments d'évaluation disponibles pour le moment sont donc ceux établis par l'assemblée des départements de France (ADF). Ils permettent de conclure à l'impact positif des expérimentations sur la gestion et l'organisation de l'activité des services. Le caractère forfaitaire de la participation des bénéficiaires de l'APA serait relativement bien accepté. Ces éléments, qui se fondent sur un nombre limité d'expérimentations, doivent nécessairement être complétés par une étude plus poussée. Une mission menée par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) est en cours. Votre commission formule le vœu qu'elle soit en mesure de tirer des conclusions sur le bilan des expérimentations avant la fin de la navette parlementaire, afin que puissent être envisagées des évolutions pérennes.

Elle insiste par ailleurs sur l'importance de l'étude nationale de coûts lancée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la CNSA à la fin de l'année 2013. Ce travail constitue en effet une étape indispensable vers la définition d'un nouveau modèle de tarification, mieux adapté à la structure et au niveau des charges supportées par les services d'aide à domicile.

En conclusion, votre commission partage la position de l'Assemblée nationale selon laquelle, s'il est prématuré d'envisager la généralisation de l'un ou l'autre modèle de tarification au stade de la première lecture, le lancement de nouvelles expérimentations n'est pas opportun. L'heure est aujourd'hui à l'évaluation et à la mise au point des outils qui permettront d'envisager une réforme tarifaire pérenne. Sur proposition des rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** décalant au 1^{er} janvier 2016 la date de remise du rapport d'évaluation. Ce changement de date vise avant tout à tenir compte d'une probable adoption du projet de loi à la fin de l'année 2015. Votre commission espère cependant, comme cela a été indiqué plus haut, que des conclusions pourront avoir été tirées auparavant.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 32 bis [nouveau]

(art. L. 312-7, L. 313-1-2, L. 313-1-3, L. 313-22, L. 347-1, L. 347-2, et L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles, art. L. 7232-1 et L. 7232-7 du code du travail, art. L. 141-1 du code de la consommation, art. L. 2123-18-4, L. 4135-19-1, L. 7125-23 et L. 7227-24 du code général des collectivités territoriales)

**Création d'un régime unique d'autorisation
pour les services d'aide à domicile**

Objet : *Cet article additionnel, inséré à l'initiative des rapporteurs, vise à créer, à un horizon de cinq ans suivant la promulgation de la loi, un unique régime d'autorisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile.*

Le présent article reprend l'une des recommandations du rapport de Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin publié en juin 2014 sur le secteur de l'aide à domicile¹.

Il vise à organiser, dans un délai de cinq ans suivant la promulgation de la loi, le passage sous le régime de l'autorisation de l'ensemble des services d'aide à domicile, lorsqu'ils interviennent auprès des personnes handicapées ou âgées en situation de perte d'autonomie. La délivrance de l'autorisation sera subordonnée au respect d'un cahier des charges national et chaque service aura l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'autorité chargée de son autorisation, dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles.

¹ Rapport d'information de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, « L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence », n° 575 (2013-2014), juin 2014.

Les dispositions du code du travail relatives à l'agrément ne seront plus applicables qu'aux activités de garde de jeunes enfants.

Le présent article additionnel effectue par ailleurs les coordinations nécessaires au sein du code de la consommation et du code général des collectivités territoriales.

Votre commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 33

Passage à l'autorisation pour les services agréés

Objet : Cet article vise à encourager les services d'aide à domicile agréés à passer sous le régime de l'autorisation.

I - Le dispositif proposé

• Le droit d'option entre l'autorisation et l'agrément pour la création des services d'aide à domicile

Aux termes de l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles, la création de services d'aide et d'accompagnement à domicile est soumise, soit à la procédure d'autorisation applicable à l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, soit à la délivrance d'un agrément. Si le code de l'action sociale et des familles dispose que l'autorisation vaut agrément, l'agrément ne vaut pas autorisation.

L'autorisation est délivrée par le président du conseil général pour une durée de quinze ans si l'existence de la structure est compatible avec les besoins identifiés dans la planification départementale des services sociaux et médico-sociaux et à l'issue d'un appel à projets.

L'agrément est quant à lui accordé par les unités territoriales des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) pour une durée de cinq ans, après avis du conseil général.

Le code du travail et celui de l'action sociale et des familles posent le principe d'une équivalence entre les exigences de qualité applicables aux structures agréées et aux services autorisés. Les services autorisés doivent respecter les règles de droit commun applicables dans le secteur médico-social, soit une évaluation interne tous les cinq ans et deux évaluations externes durant leur période d'autorisation. Les organismes agréés ont quant à eux l'obligation de répondre aux règles fixées par un cahier des charges défini par arrêté. La conformité aux critères fixés par le cahier des charges est vérifiée tous les cinq ans, dans le cadre d'une évaluation externe, par un organisme habilité par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des

établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm). Lorsqu'ils ont choisi de procéder volontairement à une certification, les services agréés peuvent, sous certaines conditions, être dispensés de cette évaluation externe.

Si les exigences de qualité sont équivalentes, les logiques d'intervention et les modalités de financement divergent. L'action des services autorisés s'effectue dans le cadre de la structuration par chaque département de la politique sociale et médico-sociale qu'il entend mettre en œuvre sur son territoire. La tarification administrée des services autorisés traduit l'existence d'un partenariat entre un service qui accepte d'assurer un certain nombre de missions d'intérêt général et un département qui s'engage à prendre en charge financièrement le coût de ces missions.

L'action des services agréés se déploie librement, sur la base de tarifs fixés au moment de la signature du contrat entre le service et la personne aidée. Ces tarifs évoluent ensuite dans la limite d'un taux fixé chaque année par arrêté. Une partie du coût de l'heure d'intervention est prise en charge par le département au titre de l'APA. Demeure cependant à la charge du bénéficiaire un ticket modérateur, ce qui n'est en théorie pas le cas s'agissant des services autorisés.

• **Une incitation à passer progressivement du régime de l'agrément vers celui de l'autorisation**

Le présent article autorise, dans un délai de trois ans suivant la publication de la loi, les services agréés à passer sous le régime de l'autorisation sans avoir à respecter la procédure d'appel à projets. L'autorisation ne pourra alors être accordée que si le projet du service se conforme aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire :

- s'il est compatible avec les objectifs et répond aux besoins fixés par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont relève le service ;

- s'il satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'informations prévus par ce même code ;

- s'il répond à un cahier des charges établi par le président du conseil général ;

- s'il est compatible avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac).

La délivrance de l'autorisation aura pour conséquence de fermer le droit d'option entre autorisation et agrément.

Rien ne contraint le service agréé passant sous le régime de l'autorisation à demander, dans le même temps, à être habilité à l'aide sociale. L'autorisation délivrée ne sera alors valable que si le service conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) dans les conditions

prévues à l'article L. 313-1-1 (nouveau) que propose de créer l'article 31 du projet de loi. Ce contrat devra prévoir l'obligation pour le service d'accueillir toute personne s'adressant à lui, dans la limite de sa spécialité et de sa capacité autorisée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa rapporteure, la commission des affaires sociales a adopté un amendement prévoyant que toute décision de refus de l'autorisation devra faire l'objet d'une décision motivée de la part du conseil général. L'objectif est d'éviter les pratiques de certains départements qui consistent à vouloir éviter que les services agréés, souvent assimilés au secteur privé lucratif, puissent accéder à l'autorisation.

En séance publique, outre un amendement rédactionnel de la rapporteure, un amendement du groupe écologiste a été adopté qui ramène à deux ans au lieu de trois le délai durant lequel pourra être effectué le passage de l'agrément vers l'autorisation.

III - La position de la commission

L'existence d'un droit d'option entre autorisation et agrément est largement considérée comme source d'une complexité, que ce soit pour les services ou pour leurs utilisateurs, qui ne facilite pas le bon fonctionnement de l'ensemble du secteur. Ses conséquences sur la tarification des services créent des divergences qui peuvent être autant de sources d'inégalités selon le territoire sur lequel se trouvent les services.

De surcroît, les deux régimes répondent à des logiques différentes, parfois difficilement conciliables : encouragement à la création d'emplois sur le marché des services à la personne pour l'agrément ; structuration par le département de sa politique d'action sociale sur la base d'un diagnostic des besoins des publics fragiles pour l'autorisation. Or la première logique a rapidement trouvé ses limites. En effet, le plan « Borloo » de 2005, qui a conduit à la création du régime d'agrément, se fondait sur l'hypothèse optimiste d'un développement dynamique du marché des services à la personne, susceptible d'aboutir à la création de 500 000 emplois sur trois ans. Cette hypothèse n'a pu se vérifier entièrement s'agissant des services auprès des publics fragiles dans la mesure où le développement de ceux-ci dépend très largement de la capacité de la puissance publique à solvabiliser la demande d'intervention.

Ces éléments ont conduit votre commission, par la voix de MM. Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin, à préconiser en juin 2014 le passage à un système unique d'autorisation, fondé sur une contractualisation entre le financeur et le service, sur la définition d'un certain nombre de missions de service public et sur la soumission à des

critères de qualité communs ainsi qu'à des dispositifs d'évaluation uniformisés. Elle se félicite donc de la dynamique engagée par le présent article qui permet d'envisager le passage progressif des services agréés vers l'autorisation. Un tel mouvement est d'autant plus nécessaire qu'une procédure d'infraction a été ouverte par la Commission européenne au début de l'année 2015 sur le droit d'option entre autorisation et agrément.

En introduisant un article 32 *bis* qui crée, à un horizon de cinq ans, un régime unique d'autorisation, votre commission a souhaité aller plus loin. Cet article additionnel intervient en complément du présent article, qui définit désormais un régime transitoire qui permettra aux services agréés de passer sous le régime de l'autorisation dans des conditions facilitées. Par cohérence avec l'adoption de cet article additionnel, votre commission a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, **un amendement** tendant à aligner la durée de régime transitoire prévue par le présent article sur le délai d'entrée en vigueur du nouveau régime d'autorisation.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 34

Expérimentation pour les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Objet : Cet article prévoit l'expérimentation de modèles d'organisation, de fonctionnement et de financement intégrés des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

I - Le dispositif proposé

- **Des services qui se sont jusqu'à présent peu développés**

Un décret de juin 2004 autorise le regroupement de services d'aide à domicile et de services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sous la forme de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad)¹.

Ce type de structures s'inscrit pleinement dans une logique de décloisonnement des prises en charge entre les secteurs sanitaire et médico-social. L'action combinée des services chargés de délivrer l'aide et le soin permet d'améliorer la qualité de la prise en charge, de mieux repérer les fragilités et, *in fine*, de retarder l'entrée en établissement. Elle est en outre synonyme d'une plus grande efficacité de gestion.

¹ Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile

Article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles

« Les services qui assurent, conformément aux dispositions des 6° et 7° de l'article L. 312-1, les missions d'un service de soins à domicile tel que défini à l'article D. 312-1 et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement défini à l'article D. 312-6 sont dénommés services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

L'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire composée des personnels mentionnés aux articles D. 312-2 et D. 312-6 et coordonnée par un personnel salarié du service. »

Malgré les avantages inhérents à ce type de structures, seuls 83 Spasad avaient été autorisés au 31 décembre 2012. Ces services prenaient en charge 6 399 personnes. Le faible développement des Spasad s'explique en partie par le fait qu'il ne suffit pas d'autoriser deux structures à travailler ensemble pour qu'elles parviennent à se coordonner, et ce d'autant plus lorsqu'elles appliquent des règles de financement, de fonctionnement et d'organisations différentes. Le présent article a justement pour objet de dépasser ces limites en créant un cadre expérimental pour une plus grande intégration entre Ssiad et services d'aide à domicile.

• Vers l'expérimentation de modes d'organisation, de fonctionnement et de financement intégrés

Le présent article permet aux Spasad d'expérimenter, pour une durée de trois ans maximum, un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement. L'expérimentation doit être autorisée conjointement par le directeur général de l'ARS et par le président du conseil général. Elle s'effectuera selon des modalités définies par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.

Les Spasad ainsi créés auront l'obligation de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) qui devra notamment prévoir :

- la coordination des soins, des aides et de l'accompagnement, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur et dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie ;
- les financements alloués par le conseil général pour les activités d'aide, tels qu'ils sont prévus dans le cadre des expérimentations tarifaires ;
- la dotation globale pour les activités de soins, fixée par le directeur général de l'ARS ;
- la définition des actions de prévention, qui doivent s'inscrire dans le cadre des schémas en vigueur, leurs modalités de mise en œuvre, de suivi et la répartition de leur financement entre l'ARS et le département.

Un rapport d'évaluation des expérimentations menées doit être rendu au plus tard le 30 septembre 2017.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels et de correction d'erreurs de référence présentés par la rapporteure Mme Martine Pinville, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements du Gouvernement tendant à :

- ramener de trois à deux ans la durée maximale des expérimentations ;

- prévoir la possibilité pour la conférence des financeurs de financer les actions de prévention menées par les Spasad ;

- préciser que les actions de prévention engagées par les Spasad s'inscriront notamment dans le cadre des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et du projet régional de santé.

III - La position de la commission

Votre commission partage pleinement l'objectif de développement des Spasad à travers la mise en place de modes d'organisation, de financement et de fonctionnement intégrés. Elle souhaite que les expérimentations proposées par le présent article puissent rapidement conduire à la mise en place d'un dispositif pérenne, assurant un fonctionnement intégré des structures sans pour autant conduire à la disparition des services qui pourraient y être intégrés. De ce point de vue, la structuration des Spasad sous forme de groupements de coopérations sociale et médico-sociale (GCSMS), dont l'article 44 clarifie par ailleurs le régime, constitue une piste qui doit être étudiée.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*Article 35**(art. L. 113-1-3 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)***Définition de la notion de proche aidant**

Objet : *Cet article propose d'insérer dans le code de l'action sociale et des familles une définition du proche aidant d'une personne âgée.*

I - Le dispositif proposé

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en 2008, 4,3 millions de personnes aidaient de façon régulière au moins un de leurs proches âgé de soixante ans ou plus et confronté à un problème de santé ou à un handicap. S'agissant plus précisément des aidants des bénéficiaires de l'APA, leur nombre s'élevait en 2011 à 800 000. 62 % d'entre eux étaient des femmes. En proposant une définition du proche aidant, le présent article a pour objet de consacrer le rôle de ces personnes sans pour autant le confondre ni l'assimiler à celui des intervenants professionnels.

Pour ce faire, il crée au sein du titre I du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles, qui fixe les principes généraux de l'aide sociale, un article L. 113-1-3 définissant la notion de proche aidant d'une personne âgée. Cet article est inséré au sein du chapitre III relatif aux personnes âgées.

La définition proposée permet d'englober l'ensemble des aidants, qu'ils soient familiaux ou non. Peut ainsi être considéré comme proche aidant :

- le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (Pacs), le concubin, un parent ou un allié de la personne âgée ;
- une personne qui réside avec la personne âgée ou entretient avec elle des liens étroits et stables.

La deuxième partie de la définition permet de préciser la nature de l'aide apportée par le proche aidant. Elle doit être régulière et servir à l'accomplissement de tout ou partie des actes de la vie quotidienne. Le proche aidant doit, enfin, intervenir à titre non professionnel.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa rapporteure, la commission des affaires sociales a apporté deux précisions bienvenues à la définition du proche aidant. En premier lieu, l'aide apportée doit être, non seulement régulière, mais également fréquente. En second lieu, elle doit porter sur l'accomplissement des actes mais également des activités de la vie quotidienne. L'objectif est de ne pas limiter le rôle du proche aidant aux seuls actes essentiels que sont la toilette, le repas ou l'aide aux déplacements dans le logement.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement introduisant, au sein de la notion globale de proche aidant, celle d'aidant familial. Les aidants familiaux représentent en pratique 80 % de l'ensemble des aidants.

III - La position de la commission

Votre commission se félicite de l'introduction dans la loi de la notion de proche aidant ainsi que des droits qui leur sont ouverts à l'article suivant. Elle souligne cependant le risque de confusion créé par l'Assemblée nationale en raison de l'introduction de la notion d'aidant familial, qui concerne actuellement les aidants des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Sous ces réserves, votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 36

(art. L. 232-3-2 et L. 232-3-3 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles)

Aide au répit et en cas d'hospitalisation du proche aidant

Objet : Cet article a pour objet de créer un droit au répit pour les proches aidants ainsi que la possibilité d'une augmentation ponctuelle des plans d'aide en cas d'hospitalisation d'un proche aidant.

I - Le dispositif proposé

Le présent article crée deux dispositifs destinés à tenir compte des besoins des proches aidants. Insérés au sein des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ils n'ont vocation à bénéficier qu'aux proches aidants des bénéficiaires de cette allocation. Ces mesures découlent directement des évolutions apportées à l'article 29 aux missions de l'équipe pluridisciplinaire qui s'étendent désormais à l'évaluation de la situation et des besoins des proches aidants et non plus des seuls demandeurs de l'APA.

• La création d'un droit au répit pour les proches aidants

L'article L. 232-3-2 (nouveau) du code de l'action sociale et des familles ouvre un droit au répit pour le proche aidant. Celui-ci sera évalué par l'équipe médico-sociale au moment de la demande d'allocation ou dans le cadre d'une demande de révision du niveau de celle-ci. Il est enfin précisé que les dispositifs de répit proposés devront être adaptés aux besoins de la personne aidée.

L'aide apportée pourra éventuellement conduire à un dépassement des plafonds d'aide qui s'appliquent à chaque GIR. Cette disposition est particulièrement utile dans la mesure où les besoins de répit peuvent être d'autant plus importants pour les personnes qui accompagnent un bénéficiaire de l'APA très dépendant, dont le plan d'aide est saturé. L'enveloppe financière allouée ne pourra cependant dépasser un plafond fixé par décret. Elle sera versée selon des modalités elles aussi définies par décret.

Le rapport annexé fournit des indications quant au contenu de ces mesures d'application. Il indique en effet que le droit au répit prendra la forme d'une enveloppe d'aide annuelle, par personne aidée, dont le montant pourra s'élever jusqu'à 500 euros. L'aide sera ciblée sur les aidants des personnes les plus dépendantes, c'est-à-dire relevant des GIR 1 et 2. Le rapport annexé prévoit également qu'à terme, un outil simple d'évaluation pourrait être déployé sur le territoire afin d'aider les équipes médico-sociales à repérer les difficultés des aidants.

• **La mise en place d'un dispositif d'urgence pour éviter le risque de rupture de prise en charge en cas d'hospitalisation d'un proche aidant**

L'article L. 232-3-3 (nouveau) permet quant à lui d'augmenter ponctuellement le niveau du plan d'aide, au-delà des plafonds applicables, afin de faire face à l'hospitalisation d'un proche aidant. Le montant maximal de l'augmentation sera fixé par décret. Ce dispositif a pour objet de faire face à des situations imprévues susceptibles d'entraîner un risque de rupture de prise en charge. Les modalités de sa mise en œuvre n'auront donc pas pu, par définition, être anticipées par l'équipe médico-sociale. L'article prévoit par conséquent qu'un décret vienne préciser les situations pouvant ouvrir droit à une augmentation du plan d'aide, les conditions dans lesquelles la demande devra être formulée et les dépenses qui seront prises en charge par le département.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels sur proposition de la rapporteure.

III - La position de la commission

Votre commission partage pleinement l'esprit des deux mesures proposées au présent article qui s'inscrivent en cohérence avec la réforme de l'APA proposée à l'article 29. Comme l'indique le rapport annexé au projet de loi, 20 % des aidants sont confrontés à une charge importante, susceptible d'avoir des conséquences sur leur état de santé physique et psychique. L'épuisement des aidants peut en outre influencer sur la qualité de la prise en charge de la personne accompagnée et, parfois, conduire à des situations de

maltraitance. Ce risque a été évoqué sans ambages par la présidente de l'association française des aidants lors de son audition par vos rapporteurs. Si les actions d'accompagnement mises en place sont nombreuses et ont fait la preuve de leur efficacité, il est indispensable qu'elles puissent être complétées par d'autres mesures. De ce point de vue, la consécration d'un droit au répit et la mise en place d'un dispositif devant permettre d'éviter toute rupture de prise en charge en cas d'hospitalisation de l'aidant sont indispensables.

Ces deux mesures doivent faire l'objet d'un financement dédié, issu de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), et prévu à l'article 38 du projet de loi. Votre commission souligne cependant que l'article 38, s'il alloue une partie du produit de la Casa à la réforme de l'APA, n'identifie pas précisément les sommes qui pourront être consacrées à la mise en œuvre du présent article.

L'article L. 232-3-2 (nouveau) dispose pour le moment que le droit au répit sera ouvert au « *proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensables au soutien à domicile* » d'un bénéficiaire de l'APA. Votre commission s'interroge sur l'opportunité de restreindre, *a priori*, le droit au répit à un champ plus limité que celui de l'ensemble des aidants des bénéficiaires de l'APA. En tout état de cause, l'attribution d'une aide dépendra de l'évaluation réalisée par l'équipe médico-sociale sur la base de l'observation d'un ensemble de facteurs, dont le caractère indispensable ou non de la présence de l'aidant. Préciser que la mesure ne s'applique que lorsque la présence ou l'aide sont indispensables au soutien à domicile affaiblit la portée du droit accordé et risque d'être source de confusion. Votre commission note par ailleurs qu'une telle restriction n'est pas apportée à l'article prévoyant un dispositif d'urgence en cas d'hospitalisation du proche aidant. Sur proposition de ses rapporteurs, elle a donc adopté **un amendement** tendant à supprimer cette restriction.

De façon plus générale, votre commission souligne que si la consécration d'un droit au répit est indispensable, les besoins des aidants vont au-delà. Des mesures non législatives doivent être prises pour mieux les accompagner. En particulier question d'un meilleur accès à l'information.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

*Article 37***Expérimentation du baluchonnage**

Objet : Cet article vise à expérimenter des dispositifs de suppléance du proche aidant par des salariés d'établissements et services sociaux ou médico-sociaux, sur le modèle du « baluchonnage » mis en place au Québec.

I - Le dispositif proposé

Le présent article prévoit l'expérimentation, pour une durée de cinq ans maximum, d'une solution de répit innovante pour les proches aidantes d'une personne en situation de perte d'autonomie. Il s'agit de transposer en France le dispositif dit de « baluchonnage » mis en place au Québec, qui permet d'assurer la prise en charge d'une personne à son domicile, sur une durée de plusieurs jours, par une seule et même personne, en remplacement du proche aidant.

Le I du présent article permet aux établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° de placer leurs salariés volontaires pour l'exercice de « prestation à domicile de suppléance du proche aidant d'une personne nécessitant une surveillance permanente pendant des périodes d'absence de celui-ci ». Ce type d'intervention est également ouvert aux personnes ayant la qualité d'employé de maison au sens de l'article L. 7221-1 du code du travail, qui sont directement salariés par la personne chez qui ils interviennent. Dans ce cas, l'intervention au titre du baluchonnage s'effectue sous la responsabilité de l'établissement ou du service médico-social. La mise en œuvre de ces prestations et des dérogations prévues au code du travail est portée à la connaissance des autorités chargées de l'autorisation des établissements et services concernés ou de la délivrance de l'agrément pour les services d'aide à domicile agréés. Lorsque ce type de prestations n'est pas prévu dans le champ de l'autorisation ou de l'agrément préexistant, une autorisation ou un agrément spécifiques doivent être délivrés.

Les dérogations au droit du travail qu'entraîne le placement pour plusieurs jours consécutifs d'un salarié d'une structure médico-sociale au domicile d'une personne sont prévues au II du présent article. Les salariés ne seront pas soumis aux dispositions prévoyant :

- un temps de pause de vingt minutes quand le temps de travail quotidien atteint six heures (article L. 3121-33);

- une durée quotidienne maximale de travail effectif de dix heures (article L. 3121-34) ;

- une durée de travail hebdomadaire de quarante-huit heures, hors dépassements exceptionnels plafonnés à soixante heures, et une durée hebdomadaire moyenne de travail de quarante-quatre heures maximum sur douze semaines ; un avis obligatoire des institutions représentatives du personnel pour toute dérogation à ces durée de travail (articles L. 3121-35 à L. 3121-37) ;

- une durée quotidienne de travail de huit heures maximum pour un travailleur de nuit et une durée hebdomadaire moyenne de quarante heures de travail de nuit maximum sur douze semaines (articles L. 3122-34 et L. 3122-35) ;

- une durée minimale de repos de onze heures par jour (article L. 3131-1).

Sur l'ensemble de ces questions, les règles prévues par leurs conventions collectives ne seront pas non plus applicables. Pour les salariés de particuliers employeurs, les dispositions relatives aux temps de pauses, aux durées maximales de travail, de jour et de nuit ainsi qu'au temps de repos minimal ne s'appliqueront pas.

Le **III** du présent article fixe quant à lui le cadre des interventions réalisées au domicile. Celles-ci ne pourront excéder six jours consécutifs ni un plafond annuel de quatre-vingt-quatorze jours par salarié. Un même salarié pourrait donc assurer au maximum quinze interventions de six jours chacune dans une année. La totalité des heures d'intervention ne pourra dépasser quarante-huit heures par semaine calculées sur une durée de quatre mois. Cette disposition conduit en pratique à limiter à cinq le nombre d'interventions de six jours par tranche de quatre mois.

A l'issue de chaque intervention, le salarié bénéficiera d'un repos compensateur. A ce repos compensateur doit s'ajouter un repos de onze heures consécutives par tranche de vingt-quatre heures d'intervention devant être pris au cours de la période d'intervention. Il s'agira en pratique des temps de sommeil. Ce repos pourra être supprimé ou réduit à un niveau de huit heures minimum. Dans ces cas, le salarié aura droit à un repos compensateur à l'issue de l'intervention correspondant au temps de repos qu'il n'aura pas pu prendre sur le moment.

Le **IV** du présent article prévoit une évaluation en deux temps des expérimentations. Les autorités chargées d'autoriser les structures procédant aux expérimentations, en lien avec celles-ci, devront remettre un rapport aux ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, au plus tard le 1^{er} janvier 2018. Le Gouvernement remettra ensuite au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2018, un rapport d'évaluation élaboré à partir des contributions qu'ils auront reçues.

Enfin, le **V** du présent article prévoit la publication d'un décret pour en fixer les conditions d'application.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels de la rapporteure Mme Martine Pinville.

III - La position de la commission

Votre commission est plus que réservée quant à la transposition en France d'un dispositif largement dérogatoire au droit du travail et dont le financement n'est pour le moment absolument pas défini. D'autres dispositifs de répit existent actuellement, notamment l'accueil temporaire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et demeurent sous-utilisés. Il paraît préférable à votre commission de concentrer les efforts sur les dispositifs de répit existants et de prendre le temps d'une réflexion plus approfondie sur la question du baluchonnage. Pour ces raisons, elle a adopté, sur proposition de ses rapporteurs, **un amendement** supprimant le présent article. Elle a cependant introduit dans le rapport annexé des dispositions prévoyant le lancement d'une étude ainsi qu'une concertation avec les partenaires sociaux sur la question du baluchonnage.

Votre commission a supprimé cet article.

Article 38

(art. L. 14-10-5 et L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles)

Conséquences financières de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie

Objet : Cet article tire les conséquences financières de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à l'article 29.

I - Le dispositif proposé

• La création d'une enveloppe supplémentaire dédiée au financement des surcoûts engendrés par la réforme de l'APA

Le présent article tire les conséquences financières de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en modifiant l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, qui structure le budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le 1° modifie le II de l'article L. 14-10-5 qui correspond à la section II du budget de la CNSA, celle dédiée au financement de l'APA.

Jusqu'à présent, trois types de recettes viennent alimenter cette section : 20 % du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) ; une contribution des régimes de base d'assurance vieillesse ; une fraction de 0,1 point de CSG.

Le *a*) du 1° ajoute à ces ressources une fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa). 39 % du produit de la Casa doivent être versés à la section II en 2015, 69,5 % en 2016, 70,5 % en 2017 et les années suivantes. Le *b*) du 1° procède aux coordinations rendues nécessaires par cet ajout dans la suite de l'article L. 14-10-5.

Le 2° du présent article modifie l'article L. 14-10-6 afin de définir la façon dont seront réparties les sommes mentionnées précédemment entre les départements. Deux enveloppes seront distinguées : une première enveloppe correspondant aux trois recettes déjà affectées à la section II ; une deuxième enveloppe correspondant à la fraction de la Casa affectée à la section II.

S'agissant de la première enveloppe, les modalités de répartition en seront définies selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. Les critères de calcul pour la répartition des dotations entre départements sont inchangés : le nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans ; le montant des dépenses d'APA ; le potentiel fiscal ; le nombre de personnes ne percevant que le RSA socle.

Cette répartition s'effectuera une fois prélevée sur la première enveloppe une quote-part spécifique destinée à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon. Les modalités de calcul de cette quote-part sont précisées au deuxième alinéa du *f*) du 2° qui crée un II au sein de l'article L. 14-10-6 : le rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'APA dans les collectivités d'outre-mer et le nombre total de bénéficiaires de l'APA sera multiplié par deux afin de surpondérer ces collectivités dans la répartition de l'enveloppe ; ce ratio sera appliqué au montant totale de la première enveloppe. La somme ainsi calculée sera répartie entre les trois collectivités en appliquant les critères relatifs au nombre de personnes âgées de soixante-quinze ans et plus, au montant des dépenses d'APA et au nombre de bénéficiaires du RSA socle.

L'article L. 14-10-6 définit des critères de péréquation entre les départements. Le rapport entre les dépenses d'APA restant à la charge du département, une fois déduite la participation de la CNSA, et son potentiel fiscal ne peut dépasser un taux fixé par décret. En cas de dépassement, les sommes en question sont financées par la CNSA, à partir d'un prélèvement effectué sur les autres départements.

Ces modalités de péréquation sont conservées aux *b*) et *c*) du 2°, avec les coordinations rendues nécessaires par la création des deux enveloppes. Les *d*) et *e*) du 2° procèdent eux aussi aux coordinations nécessaires.

Le premier alinéa du *f*) du 2° précise quant à lui que la seconde enveloppe servira à financer les charges nouvelles résultant pour les départements de la création de trois nouveaux articles au sein du code de l'action sociale et des familles ainsi que des changements apportés à l'un d'entre eux :

- l'article L. 232-3-1 (article 29 du projet de loi) relatif à la définition du plafond annuel des plans d'aide ;

- les articles L. 232-3-2 et L. 232-3-3 relatifs à la mise en place de dispositifs de répit pour les proches aidants et à l'augmentation ponctuelle des plafonds des plans d'aide en cas d'hospitalisation du proche aidant (article 36) ;

- l'article L. 232-4, relatif à la définition du ticket modérateur (article 29).

Les modalités de répartition de cette seconde enveloppe seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

• **L'impact potentiel de la réforme sur les bénéficiaires de l'APA**

Les données généralement fournies sur l'impact de la réforme de l'APA, qui sont celles indiquées dans le rapport annexé sont les suivantes. La baisse du reste à charge pourrait aller jusqu'à 60 % pour la part du plan d'aide comprise entre 350 et 550 euros, et jusqu'à 80 % pour la part du plan d'aide supérieure à 550 euros. L'augmentation des plafonds d'aide serait de 400 euros pour les GIR 1, 250 euros pour les GIR 2, 150 euros pour les GIR 3 et 100 euros pour les GIR 4.

La revalorisation des plafonds est d'ordre réglementaire. Elle n'est donc pas inscrite en tant que telle dans le projet de loi. En outre, augmenter le plafond, par exemple de 400 euros pour les GIR 1, ne signifie pas que l'ensemble des GIR 1 auront effectivement une augmentation de leur plan d'aide de 400 euros : il faut en effet que leur situation soit réexaminée et que le conseil général estime qu'une augmentation du plan d'aide, jusqu'au niveau du plafond, est nécessaire.

Or les prévisions de la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui sont retracées dans l'étude d'impact, se fondent sur des hypothèses différentes. Selon elle, l'ensemble de la réforme (augmentation des plafonds et diminution du reste à charge) ferait 86 % de gagnants. 14 % des bénéficiaires de l'APA verraient donc leur situation inchangée. Le gain mensuel moyen par gagnant serait de 47 euros.

La Drees se fonde sur le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011, soit 696 418 personnes. Dans ces conditions, le coût de la réforme peut être calculé en multipliant le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile par 86 % puis par 47 euros sur douze mois, soit 338 millions d'euros. L'étude d'impact indique par ailleurs que le coût de la réforme dans les départements d'outre-mer a été estimé globalement à 10 millions d'euros. Si l'on ajoute cette somme aux 338 millions d'euros, on s'approche bien des 350 millions d'euros annoncés par le Gouvernement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Sur proposition de ses rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** redéfinissant les modalités de montée en charge de la réforme de l'APA afin de tenir compte, d'une part des délais d'adoption de la loi, d'autre part des sommes qui doivent être dépensées pour la mise en œuvre du volet adaptation du projet de loi. En effet, la réforme de l'APA ne pourra produire ses effets que de façon progressive, à mesure que seront réexaminés les plans d'aide des bénéficiaires. La fraction de Casa qu'il est prévu de lui consacrer en année pleine ne sera donc pas entièrement utilisée au cours des premières années. Votre commission a tenu compte de cet élément afin de lui soustraire, pendant les deux années qui suivront l'adoption de la loi, les dépenses temporaires consacrées au volet adaptation. 20 millions d'euros ayant déjà été attribués à l'Agence nationale de l'habitat (Anah) en 2015, ces dépenses seront moins importantes la deuxième année que la première.

Toujours à l'initiative de ses rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** définissant de façon stable, en se fondant sur les données fournies par l'étude d'impact, la façon dont la fraction de Casa destinée à l'APA sera consacrée aux différents volets de la réforme : 34 % iront à la revalorisation des plafonds d'aide, 43 % à la diminution du reste à charge, 17 % au financement des mesures de répit et 6 % au secteur de l'aide à domicile.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 39

(art. L. 441-1 à L. 441-3, L. 442-1, L. 443-11
et L. 544-4 du code de l'action sociale et des familles,
art. L. 1271-1 à L. 1271-3 du code du travail,
art. L. 133-8 du code de la sécurité sociale)

**Réforme de l'accueil familial à titre onéreux
de personnes âgées et handicapées**

Objet : Cet article vise à réformer le statut des accueillants familiaux.

I - Le dispositif proposé

L'accueil familial de personnes âgées et handicapées a été créé par une loi du 10 juillet 1989¹. Solution intermédiaire entre le maintien à domicile et l'accueil en établissement, il participe de la diversification des dispositifs de prise en charge des personnes confrontées à une perte d'autonomie. Il existe actuellement 10 000 accueillants familiaux sur le territoire français. Ce nombre est très certainement insuffisant au regard des besoins potentiels de prise en charge. Il s'explique en partie par un cadre juridique peu favorable au développement de ce type d'activités.

Le présent article a pour objet de favoriser le développement de l'accueil familial en apportant plusieurs améliorations à son cadre juridique.

• **Des exigences accrues en termes de formation des accueillants familiaux**

Le *a*) du 1^o du I du présent article a pour premier objet de renforcer les exigences de formation des accueillants familiaux prévues à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles.

Parmi les éléments qui conditionnent la délivrance de l'agrément figure actuellement l'engagement des accueillants familiaux à suivre une formation initiale et continue, organisée par le président du conseil général. Ces dispositions sont maintenues au premier alinéa du *a*) et complétées par une initiation aux gestes de secourisme. Elle demeurera organisée par le président du conseil général. Ce même alinéa renvoie à un décret en Conseil d'Etat la fixation des critères d'agrément. Ce décret en Conseil d'Etat doit également approuver un référentiel.

Le deuxième alinéa du *b*) du 1^o du I autorise de surcroît le président du conseil général à exiger des accueillants familiaux qu'ils suivent une formation particulière pour la prise en charge de certaines situations handicap ou de perte d'autonomie.

¹ 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.

Enfin, le 4° du présent article crée un article L. 443-11 (nouveau) qui renvoie à un décret la fixation des objectifs, du contenu, de la durée et des modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue des accueillants familiaux. Ce décret précisera également le temps de formation qui devra avoir été accompli avant le premier accueil ainsi que les dispenses de formation pouvant être accordées si l'accueillant familial justifie d'une formation antérieure équivalente à celle qui est exigée de lui. L'article L. 443-11 (nouveau) précise également que l'initiation aux gestes de secourisme devra avoir été suivie avant le premier accueil.

Complément important, l'article L. 443-11 (nouveau) dispose que c'est le département qui assurera la prise en charge des personnes accueillies durant les temps de formation obligatoire des accueillants familiaux.

• **Un assouplissement des règles relatives au nombre de personnes pouvant être accueillies par un même accueillant familial**

Un accueillant familial – cette dénomination peut aussi bien s'appliquer à une personne seule qu'à un couple – a jusqu'à présent le droit d'accueillir au maximum trois personnes. Le troisième alinéa du *a*) du 1° propose d'assouplir cette règle en distinguant différentes modalités d'accueil et en créant un dispositif dérogatoire d'extension de l'agrément.

La décision d'agrément devra ainsi préciser si l'accueil est prévu à temps complet ou partiel – accueil de jour ou de nuit notamment –, permanent, temporaire ou séquentiel. Un même accueillant familial aura la possibilité d'être agréé pour six contrats d'accueil au total. Cependant, au sein de ces six contrats, seuls trois d'entre eux pourront être conclus à titre permanent. En outre, l'accueillant familial n'aura en pratique le droit que d'accueillir trois personnes de manière simultanée. Ce plafond pourra malgré tout être relevé à titre dérogatoire par le président du conseil général pour répondre à des besoins d'accueil spécifiques. Il est par ailleurs précisé que la décision d'agrément pourra indiquer les caractéristiques, en termes de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies.

• **Des garanties renforcées concernant les refus de renouvellement d'agrément**

Le premier alinéa du *b*) du 1° du I reprend les dispositions actuellement applicables afin de prévoir que tout refus d'agrément de la part du président du conseil général doit être motivé. Il ajoute qu'un refus de renouvellement d'agrément nécessite la consultation préalable de la commission consultative dont l'article 441-3 prévoit qu'elle intervient dans les situations de retrait d'agrément.

Le *c*) du 1° et le 2° du I procèdent, respectivement au sein de l'article L. 441-1 et de l'article L. 441-2, aux coordinations rendues nécessaires par les changements mentionnés précédemment.

• **Un alignement sur les règles applicables aux établissements et services sociaux ou médico-sociaux**

Le 3° apporte, à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles, plusieurs compléments aux dispositions qui doivent être contenues dans le contrat d'accueil qui est signé à chaque fois qu'une personne est prise en charge au domicile d'un accueillant familial :

- en premier lieu, celui-ci devra désormais prévoir un projet d'accueil personnalisé, défini au regard des besoins de la personne accueillie ;

- en deuxième lieu, le contrat devra garantir à celle-ci l'exercice des droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles ; ces droits et libertés, consacrés par la loi du 2 janvier 2002, s'appliquent à toute personne prise en charge par un établissement ou un service médico-social ; la charte des droits et libertés de la personne accueillie, qui est déjà annexée au livret d'accueil remis à chaque personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social, sera désormais également annexée au contrat d'accueil ;

- enfin, le contrat devra prévoir la possibilité pour la personne accueillie de faire valoir ses droits dans les conditions prévues aux articles L. 311-5 et L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ces trois mesures constituent un alignement opportun sur le régime des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour accueillants familiaux, qui n'entrent pas dans cette catégorie.

• **La volonté de favoriser le recours au chèque emploi-service universel**

Le b) du 3° du I prévoit la possibilité de déclarer et rémunérer l'accueillant familial au moyen du chèque emploi-service universel (Cesu). Les II et III procèdent, respectivement dans le code du travail et dans le code de la sécurité sociale, aux coordinations rendues nécessaires par cette nouvelle possibilité d'utilisation du Cesu.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de M. Christophe Sirugue, la commission des affaires sociales a complété l'article L. 441-3 relatif à l'accueil familial des personnes handicapées qui devraient en principe être prises en charge en maison d'accueil spécialisé (MAS). Cet article dispose que l'accueil familial peut être permanent ou temporaire. Il est désormais précisé qu'il peut également être séquentiel, c'est-à-dire d'une durée temporaire mais répétée dans le temps. Par cohérence, les dispositions générales relatives à l'accueil familial ont été complétées en séance plénière à l'initiative de M. Christophe Sirugue et des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen, pour intégrer également l'accueil séquentiel.

En séance plénière, l'Assemblée nationale a également adopté un amendement de Mmes Le Loch et Guittet visant à assurer la formation des accueillants familiaux en amont de la délivrance de l'agrément.

Elle a ensuite adopté un amendement de M. Christophe Sirugue et des membres du groupe socialiste, républicain et citoyen faisant passer de six à huit le nombre total de contrats d'accueil, « *sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent* ».

Toujours sur proposition de M. Christophe Sirugue et plusieurs de ses collègues, des dispositions ont été introduites améliorer la rémunération des accueillants familiaux.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de développement de l'accueil familial et d'amélioration du cadre juridique de cette activité. Sur proposition de ses rapporteurs, elle a adopté **un amendement** clarifiant les exigences de formation des accueillants familiaux : la formation initiale et l'initiation aux premiers secours interviendront le premier accueil ; les accueillants familiaux devront par ailleurs s'engager à suivre une formation continue. Elle a, par cohérence, supprimé des dispositions devenues redondantes sur le nombre d'heures de formation devant intervenir avant le premier accueil et sur la nécessité d'effectuer l'initiation aux gestes de premier secours avant le premier accueil.

Toujours à l'initiative de ses rapporteurs, elle a adopté **un amendement** visant à simplifier les dispositions relatives au nombre de personnes pouvant être accueillies par un même accueillant familial : il s'élèvera à trois personnes de façon simultanée dans la limite de huit contrats d'accueil au total. Elle a dans le même temps supprimé la possibilité pour le président du conseil général d'accorder des dérogations pour répondre à des besoins d'accueil spécifiques.

Elle a enfin adopté **un amendement** rédactionnel et **un amendement** de coordination avec les dispositions applicables à Mayotte, sur proposition de ses rapporteurs.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 40

(art. L. 342-2, L. 342-3 et L. 342-4 du code de l'action sociale et des familles)

**Tarification des établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes**

Objet : Cet article a pour objet de prévoir la fixation d'un tarif global pour certaines prestations d'hébergement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article modifie le chapitre II du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles qui concerne quatre catégories d'établissements d'hébergement pour personnes âgées :

- ceux qui ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement (APL) ;
- ceux qui 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 l'aide sociale ;
- ceux qui sont conventionnés au titre de l'APL mais non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ;
- ceux qui, habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, en accueillent en pratique moins de 50 % et qui concluent de ce fait une convention d'aide sociale dans les conditions prévues à l'article L. 342-3-1.

Dans ces structures, un contrat écrit est obligatoirement passé entre l'établissement et le résident ou son représentant légal. L'article L. 342-2 définit le contenu de ce contrat. Le 1^o du présent article complète cet article afin de prévoir que, pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), le contrat doit désormais prévoir un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement dit « socle de prestations ». La liste des prestations contenues dans ce « socle » doit être fixée par décret.

Le 2^o remplace les deux premiers alinéas de l'article L. 342-3 par quatre alinéas.

Le premier d'entre eux établit un lien entre le « socle de prestations » et le tarif établi par l'établissement. Un prix global dit « tarif socle » devra être défini. Dans l'hypothèse où une clause du contrat fixerait un tarif distinct pour une prestation devant être incluse dans le « socle des prestations », celle-ci serait réputée non écrite. Plusieurs types de tarifs afférents à l'hébergement seront donc définis au moment de l'entrée d'une personne en Ehpad : le « tarif socle », correspondant à un ensemble de prestations devant être identiques dans chaque établissement ; les tarifs des autres prestations relatives à l'hébergement mais qui n'ont pas à être incluses dans le tarif socle.

Le deuxième alinéa prévoit les modalités de fixation et d'évolution des tarifs nouvellement définis. Comme cela s'applique actuellement pour le prix de chaque prestation hébergement, les tarifs seront fixés librement au moment de la signature du contrat. Ils pourront ensuite varier dans des conditions fixées par décret et dans la limite d'un pourcentage fixé au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté. Ce dispositif est proche de celui qui s'applique actuellement, à l'exception de trois éléments :

- aujourd'hui, il n'est pas prévu qu'un décret définisse, en sus de l'arrêté annuel, les conditions d'évolution des prix de chaque prestation d'hébergement ;

- l'arrêté annuel est actuellement pris par le seul ministre chargé de l'économie et des finances ; il s'agira désormais d'un arrêté interministériel auquel sera également associé le ministre chargé des personnes âgées ;

- enfin, l'évolution des prix est fixée jusqu'à présent en tenant compte de celle des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services ; sera désormais également pris en compte le taux d'évolution des retraites de base, tel qu'il est prévu à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, lui-même fixé en fonction de l'évolution des prix à la consommation.

Le troisième alinéa prévoit la consultation du conseil de la vie sociale sur les tarifs socles et sur les prix des autres prestations d'hébergement. Il aura notamment à se prononcer au moment de la création d'une nouvelle prestation.

Enfin, le quatrième alinéa prévoit des dispositions spécifiques pour établissements non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale mais conventionnés au titre de l'APL. Pour ces derniers, seules les prestations socles qui ne sont pas prises en compte dans le calcul de la part de redevance assimilable à un loyer évolueront dans les conditions fixées précédemment. Le prix des autres prestations progressera conformément aux dispositions de la convention conclue au titre de l'APL.

Le 3° du présent article procède à des changements d'autorité compétente. Ce n'est plus le préfet de département mais le président du conseil général qui aura le pouvoir, en application de l'article L. 342-4, de fixer un taux d'évolution du prix des prestations supérieur. Il le fera après avis du conseil de la vie sociale et non plus du conseil d'établissement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision en commission, sur proposition de Mme Bérange Poletti.

III - La position de la commission

Votre commission partage pleinement l'objectif poursuivi par le présent article d'assurer un meilleur encadrement de l'évolution des tarifs hébergement dans les Ehpad non habilités à l'aide sociale. Elle demeure cependant réservée quant à l'applicabilité du dispositif proposé. Les auditions menées par ses rapporteurs ont en effet mis en lumière les difficultés qui pouvaient exister, d'une part, pour la définition du contenu du socle de prestation, d'autre part, pour celle du tarif socle hébergement. Votre commission formule par conséquent le vœu que les groupes de travail mis en place par le Gouvernement sur la tarification des Ehpad permette de parvenir rapidement à des solutions consensuelles pour l'ensemble du secteur.

Sur proposition de ses rapporteurs, elle a adopté **un amendement** renforçant le rôle du conseil de la vie sociale dans le suivi de l'évolution des tarifs socles ainsi qu'**un amendement** rédactionnel.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 41

(art. L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles)

**Transmission d'informations
à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article vise à organiser la transmission d'information des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes vers la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en vue de la mise en place par cette dernière d'un portail d'informations.

I - Le dispositif proposé

Le présent article découle de l'article précédent et s'inscrit dans le cadre du projet qui doit être mené par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de mise en place d'un portail public devant fournir une information exhaustive sur les prestations et tarifs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) situés sur le territoire français.

Il prévoit que les Ehpad devront transmettre périodiquement à la CNSA des informations relatives à leur capacité d'hébergement ou d'accompagnement et à leurs tarifs. Devront notamment être communiqués les tarifs 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 dans les établissements non habilités à l'aide sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Sur proposition de ses rapporteurs, votre commission a adopté **un amendement** précisant que les informations relatives à l'hébergement devront distinguer l'hébergement permanent et l'hébergement temporaire.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

*Article 42**(art. L. 315-16 et L. 314-12-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)***Saisine du juge aux affaires familiales en cas d'impayés**

Objet : *Cet article a pour objet d'étendre la compétence du juge aux affaires familiales aux situations d'impayés auxquelles sont confrontés les établissements sociaux et médico-sociaux de droit privé.*

I - Le dispositif proposé

Le dernier alinéa de l'article L. 315-16 du code de l'action sociale et des familles, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de Paulette Guinchart en première lecture de la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable¹, permet aux établissements publics sociaux et médico-sociaux d'exercer un recours devant le juge aux affaires familiales contre les résidents, contre leurs débiteurs, contre leurs conjoints et contre leurs obligés alimentaires.

Le présent article a pour objet d'étendre cette faculté à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, qu'ils soient publics ou privés. Il supprime la mention du mot « public » et déplace le dernier alinéa de l'article L. 315-16 vers un nouvel article L. 314-12-1 au sein de la section III du chapitre IV du titre I qui comprend des dispositions diverses applicables à l'ensemble des établissements et services soumis à autorisation. Ce changement de place au sein du code de l'action sociale et des familles est rendu nécessaire par le fait que l'article L. 315-16 ne concerne que les établissements sociaux et médico-sociaux ayant un statut de droit public.

L'objectif recherché par le présent article est d'apporter une solution aux structures privées confrontées aux impayés de leurs résidents. Ce type de situation a trouvé une illustration récente dans l'expulsion d'une résidente de 94 ans d'une maison de retraite privée après que l'établissement eut échoué à plusieurs reprises à établir le contact avec les enfants de cette personne. Selon l'étude d'impact, 4 320 établissements de droit privé pourraient être concernés par la mesure.

¹ Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de cet article qui doit permettre de donner aux structures de droit privé des moyens identiques à ceux dont disposent les structures de droit public pour résoudre des difficultés susceptibles de conduire à des situations de blocage. Sur proposition des rapporteurs, elle a adopté **un amendement** rédactionnel.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 43

(art. L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles)

Compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale

Objet : Cet article vise à étendre aux décisions prises par le représentant de l'Etat dans la région la compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles fixe le champ d'intervention du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale. Celui-ci connaît, en premier ressort, des recours dirigés contre les décisions prises par le préfet de département, par le directeur général de l'ARS, par le président du conseil général, par celui du conseil régional et, le cas échéant, par le ministre compétent, concernant :

- les dotations globales, les dotations annuelles, les forfaits annuels ;
- les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- les remboursements forfaitaires ;
- les subventions obligatoires versées par les régions aux instituts publics de formation des professionnels paramédicaux en application de 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.

L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 a substitué, à l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles, la compétence du préfet de région à celle du préfet de département pour la tarification des prestations fournies par les établissements et services financés par le budget de l'Etat. Elle a cependant omis de procéder à la coordination nécessaire à l'article L. 351-1 du même code afin d'étendre aux décisions prises par le représentant de l'Etat dans la région la compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale. Le présent article remédie à cet oubli.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission salue cette mesure de coordination nécessaire avec les changements issus de la loi « HPST » en matière de tarification des établissements et services sociaux financés par le budget de l'Etat.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 44

(art. L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles)

Développement des groupements de coopération sociale ou médico-sociale

Objet : Cet article a pour objet de clarifier le régime juridique applicable aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles prévoit différentes modalités de coopération entre acteurs du secteur social et médico-social destinées à « *favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement* ». Pour atteindre ces objectifs, la loi du 2 janvier 2002 a autorisé la création de groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS)¹.

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ces derniers peuvent être constitués par des professionnels sociaux, médico-sociaux et sanitaires, par des établissements et services sociaux ou médico-sociaux ainsi que par des établissements de santé. Sous réserve de la conclusion d'une convention, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou public, qui n'exercent pas dans l'une des structures membres, peuvent être associés au GCSMS.

Au-delà des missions pouvant être confiées à un groupement d'intérêt économique (GIE) ou à un groupement d'intérêt public (GIP), le GCSMS a la possibilité d'exercer un certain nombre de tâches spécifiques :

- permettre les interventions communes des professionnels concernés ;

- être autorisé ou agréé pour exercer directement, à la demande de ses membres, les missions et prestations des services sociaux et médico-sociaux et assurer directement, à la demande de l'un ou de plusieurs membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément, après accord de l'autorité l'ayant délivré ;

- procéder à des regroupements ou à des fusions ;

- créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux et adhérer à ceux-ci ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus par le code de la santé publique ;

- assurer la gestion d'une pharmacie à usage interne pour le compte de ses membres.

Depuis l'ordonnance du 23 février 2010¹, l'article L. 312-7 dispose que l'ensemble des dispositions du code de la santé publique relatives au statut des groupements de coopération sanitaire (GCS) sont applicables aux GCSMS, sous réserve des dispositions du code de l'action sociale et des familles. Cet ajout s'est avéré source d'ambiguïté quant à la faculté, pour les GCSMS, d'avoir la qualité d'établissement social ou médico-social. En effet, aux termes de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique issu de l'ordonnance du 23 février 2010, les GCS, lorsqu'ils sont titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, ont la qualité d'établissement de santé. Pour mettre fin à cette ambiguïté, un amendement sénatorial à la loi du 10 août 2011 est venu préciser que les GCSMS n'ont pas la qualité d'établissement social ou médico-social². En découle cependant une nouvelle ambiguïté quant à la capacité pour un GCSMS d'être titulaire d'une autorisation.

¹ Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Selon l'étude d'impact du présent projet de loi, ces évolutions successives ont rendu le régime juridique des GCSMS peu sécurisant, ce qui freine aujourd'hui l'utilisation de cet outil par les acteurs de terrain.

Les 1^o et 2^o du présent article proposent donc de supprimer, à la fois le renvoi au code de la santé publique, et la définition par la négative du GCSMS selon laquelle celui-ci n'est pas un établissement social ou médico-social. Les changements envisagés n'ont pas pour conséquence de faire entrer les GCSMS dans la catégorie des établissements sociaux ou médico-sociaux, ce qui supposerait une mention spécifique à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, qui dresse la liste de ces derniers. Selon l'étude d'impact, ils doivent cependant permettre d'affirmer clairement qu'un GCSMS peut être titulaire d'une autorisation, ce qui doit notamment lui permettre de répondre directement à un appel à projet ou de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) pour le compte de ses membres.

Parallèlement, le présent article transpose dans le code de l'action sociale et des familles plusieurs des règles fixées par le code de la santé publique concernant les GCS :

- le GCSMS est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement entre personnes de droit public ou entre des personnes de droit public et des personnes morales ou physiques exerçant une profession de santé ; lorsqu'il est créé exclusivement par des personnes de droit privé, le GCSMS est une personne morale de droit privé ;

- le GCSMS poursuit un but non lucratif.

L'article précise que, sous réserve des dispositions mentionnées précédemment, la nature juridique du GCSMS est librement fixée par ses membres.

L'article L. 312-7 prévoit que, lorsque le GCSMS est autorisé ou agréé pour exercer directement les missions et prestations des services sociaux et médico-sociaux ou pour assurer directement l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément, ses recettes sont recouvrées conformément aux dispositions de l'article L. 1617-5 du code général des collectivités territoriales. Ces dispositions ne concernant que les personnes de droit public, le présent article précise qu'elles ne s'appliqueront qu'aux GCSMS de droit public.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission partage l'objectif de développement des GCSMS dans le secteur médico-social. Elle estime en particulier qu'un tel statut peut s'avérer adapté pour réorganiser l'offre de services d'aide à domicile ou permettre le travail en commun de ces derniers avec les services de soins infirmiers à domicile. Dans cet optique, la clarification de leur régime juridique, telle que proposée par le présent article, ne peut être que saluée. Sur proposition de ses rapporteurs, elle a adopté **un amendement** rédactionnel.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 45

(art. L. 313-1-1, L. 313-2, L. 313-3, L. 313-5, L. 313-6, L. 313-8, L. 315-2, L. 531-6 et L. 581-7 du code de l'action sociale et des familles)

Réforme de la procédure d'appel à projets des établissements ou services sociaux et médico-sociaux

Objet : *Cet article a pour objet de réformer la procédure d'appel à projets pour la création d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.*

I - Le dispositif proposé

La loi « HPST » du 21 juillet 2009 a introduit une procédure d'appel à projets pour la création et l'évolution des établissements et services sociaux et médico-sociaux¹. Celle-ci est entrée en vigueur le 1^{er} août 2010 à la suite de la publication du décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010. Cette réforme avait pour objet de répondre aux limites du système antérieur, fondé sur la remontée d'initiatives locales auprès des comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale (Crosms), qui permettait difficilement d'assurer une couverture équitable des besoins sur les territoires.

Il est cependant rapidement apparu que la procédure créée par la loi « HPST » pouvait être allégée sur certains points. Dans un rapport commun publié sur les établissements et services pour personnes handicapées en octobre 2012, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'Inspection générale des finances (IGF) recommandaient ainsi d'exonérer de l'appel à projets les cas d'adaptation de l'offre d'une structure lorsque celle-ci s'effectue dans le cadre d'un Cpom².

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Igas-IGF, « Etablissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement », octobre 2012.

Le présent article répond à ces recommandations en introduisant plusieurs assouplissements à la procédure d'appel à projets. L'objectif est d'assurer des conditions plus souples d'évolution de l'offre sociale et médico-sociale en réponse aux besoins identifiés sur les territoires. Selon l'étude d'impact, 21 000 établissements autorisés pour accueillir des personnes âgées sont potentiellement concernés par la réforme.

• **Les transformations d'établissements de santé en établissements ou services sociaux et médico-sociaux**

Le *a)* du 1° du présent article inclut explicitement dans le champ des projets donnant lieu à une autorisation délivrée dans les conditions fixées à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, les transformations d'établissements de santé en établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

Son *b)* exonère ces projets de la procédure d'appel à projets, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) et dans la mesure où la transformation ne conduira pas à une extension de capacité supérieure à un seuil défini par décret.

• **Le rôle de la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social**

Toujours au *a)* du 1°, la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social est renommée commission de sélection et d'information. Ce changement de dénomination découle de modifications introduites ultérieurement dans l'article visant à lui permettre de formuler des avis sur des projets non soumis à appel à projets. Il s'agira des transformations d'établissements de santé en établissement médico-social ainsi que des créations d'établissements et services non personnalisés des départements ou des créations d'établissements publics départementaux relevant de la compétence exclusive du président du conseil général. Les 7° et 8° du présent article procèdent, aux articles L. 531-6 et L. 581-7 du code de l'action sociale et des familles, aux coordinations rendues nécessaires par le changement de nom de la commission.

Il est par ailleurs précisé que le seuil en dessous duquel l'avis de la commission n'est pas requis devra être fixé par décret. Cette modification n'apporte aucun changement par rapport au droit existant puisque le recours à un décret pour fixer ce seuil est déjà prévu à l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 313-11-1. Cet alinéa dispose en effet que les conditions d'application de l'article sont définies par décret en Conseil d'Etat, à l'exception du seuil précédemment mentionné, qui l'est par décret simple. Une nouvelle rédaction de cet alinéa est en outre proposée afin qu'il soit fait référence à l'ensemble des seuils prévus à l'article L. 313-11-1 et non plus au seul seuil prévu pour l'intervention de la commission de sélection d'appel à projets.

• **La refonte des cas d'exonération de la procédure d'appel à projets**

Sont jusqu'à présent exonérées de la procédure d'appel à projets :

- les opérations de regroupement lorsque sont respectées deux conditions cumulatives : elles ne doivent pas entraîner d'extensions de capacités supérieures au seuil qui détermine l'intervention de la commission de sélection d'appels à projets ; elles ne doivent pas entraîner de changement dans la mission de la structure au sens de la classification opérée par le I de l'article L. 312-1 ;

- les opérations de transformations, lorsqu'elles respectent la classification précédemment mentionnée.

Le **b)** du 1° du présent article propose de refondre le dispositif d'exonération de la procédure d'appel à projets en distinguant deux types de situations : les opérations qui seront entièrement exonérées de l'appel à projets, celles qui en seront exonérées, sous réserve de la conclusion d'un Cpom.

La nouvelle rédaction du II de l'article L. 313-11-1 couvre le premier type de situations. Seront donc totalement exonérés de la procédure d'appel à projets :

- les regroupements opérés par le gestionnaire détenteur des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles n'entraînent pas d'extensions de capacités supérieures au seuil déterminant l'intervention de la commission de sélection d'appel à projets ;

- les transformations n'entraînant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires au sens de la typologie définie par l'article L. 312-1 ;

- les créations et extensions de lieux de vie et d'accueil ;

- les extensions de capacités pour des structures dont la capacité ne dépasse pas dix lits, lorsqu'elles sont inférieures à un seuil fixé par décret.

La nouvelle rédaction du III de l'article L. 313-11-1 concerne quant à elle les exonérations d'appel à projets qui devront donner lieu à la conclusion d'un Cpom. Sont concernés :

- les transformations d'établissements, lorsque la catégorie des bénéficiaires évolue sous réserve que, en cas d'autorisation conjointe, les deux autorités ne soient pas en désaccord, et sous réserve que la transformation n'entraîne pas d'extension supérieure à un seuil prévu par décret ; ne seront cependant pas soumises à la conclusion d'un Cpom les opérations concernant des services qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ni à délivrer des soins aux assurés sociaux ;

- les transformations d'établissements de santé en établissements ou services médico-sociaux lorsqu'elles n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil fixé par décret, comme cela a été indiqué précédemment.

Un cas spécifique est également prévu au 6° du présent article. Il s'agit des créations d'établissements et services non personnalisés des départements ou des créations d'établissements publics départementaux relevant de la compétence exclusive du président du conseil général auxquels la procédure d'appel à projets ne pourra pas s'appliquer. La commission d'information et de sélection donnera cependant un avis sur ces projets.

• **Le rétablissement de la compétence de l'Etat pour autoriser la création de lieux de vie et d'accueil**

La loi « HPST » a supprimé la compétence du préfet pour autoriser les lieux de vie et d'accueil. Il ne peut plus désormais intervenir que de façon conjointe avec le directeur général de l'ARS ou avec le président du conseil général. Or certains lieux de vie et d'accueil, chargés de prendre en charge des mineurs délinquants en application de l'ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante, sont entièrement financés par l'Etat. Leur autorisation doit par conséquent relever de la seule compétence de l'Etat.

Le 4° du présent article a pour objet de rétablir cette compétence à l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles. Le 3° du présent article procède par ailleurs à une clarification rédactionnelle concernant l'autorisation de lieux de vie et d'accueil lorsque ceux-ci le sont uniquement par le président du conseil général.

• **La suppression du caractère obligatoire de la visite de conformité pour le renouvellement des autorisations**

Le 5° dispense de la visite de conformité prévue à l'article L. 313-6 du code de l'action sociale et des familles les renouvellements d'autorisation. Seront seules soumis à la visite de conformité les projets d'autorisation, de transformation ou d'extensions mentionnés à l'article L. 313-1-1, lorsqu'ils doivent être autorisés après appel à projets. La visite de conformité devra malgré tout intervenir dans le cas spécifique des extensions qui, bien que n'étant pas soumises à un appel à projets, nécessitent des travaux impliquant la délivrance d'un permis de construire, une modification du projet d'établissement ou un déménagement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée a adopté deux amendements de la rapporteure Martine Pinville, tendant à allonger de trois mois la durée dont disposent les autorités de tarification pour examiner les rapports d'évaluation externe qui leur sont transmis avant le renouvellement d'une autorisation. Aux termes de l'article L. 313-5, le renouvellement s'effectue par tacite reconduction sauf si l'autorité décide, au moins un an avant le renouvellement, de demander à l'établissement ou au service de déposer une demande de renouvellement dans un délai de six mois. Cette décision est prise au regard des résultats de l'évaluation externe. L'allongement de trois mois des délais accordés aux autorités de tarification devrait trouver à s'appliquer prochainement lorsqu'elles auront à se prononcer sur le renouvellement des autorisations des établissements autorisés avant la loi du 2 janvier 2002. La majorité des rapports d'évaluation externe concernant ces renouvellements d'autorisation leur ayant été transmis tardivement, il est préférable de prévoir un allongement des délais d'examen des rapports. Le délai de présentation de la demande de renouvellement d'autorisation est quant à lui ramené à trois mois, de façon à permettre à l'autorité de tarification de continuer à disposer de six mois pour examiner la demande.

III - La position de la commission

Votre commission se félicite de cette réforme de la procédure d'appel à projets dans le secteur médico-social. Sur proposition de ses rapporteurs, elle a adopté **un amendement** rédactionnel.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

*Article 45 bis***Rapport sur la procédure de renouvellement
des autorisations d'établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement un rapport d'évaluation de la procédure de renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux autorisés et ouverts avant l'application de la loi du 21 juillet 2009.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article a été inséré en séance publique à l'initiative de Martine Pinville. Il vise à demander au Gouvernement un rapport d'évaluation de la procédure de renouvellement des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ouverts avant la promulgation de la loi de la loi « HPST » du 21 juillet 2009¹.

Aux termes de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi du 2 janvier 2002², les établissements et services sociaux et médico-sociaux, dont la liste est fixée par l'article L. 312-1, sont autorisés pour une durée de quinze ans. Un régime spécifique s'applique aux structures qui existaient déjà à la date de la promulgation de la loi du 2 janvier 2002. L'autorisation est considérée comme leur ayant été accordée pour une durée de quinze ans, à la date de la promulgation de la loi. L'ensemble de ces établissements et services devront donc procéder à une demande de renouvellement de leur autorisation avant le 3 janvier 2017.

Dans l'intervalle, ces structures ont l'obligation, en application de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, de procéder à des évaluations qui peuvent être internes ou réalisées par un organisme extérieur. Leurs obligations en la matière varient selon la date à laquelle a été délivrée l'autorisation.

Le régime de droit commun, qui s'applique aux établissements et services créés après la promulgation de la loi « HPST », prévoit une évaluation interne tous les cinq ans, ou, pour les structures ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), à la date du renouvellement de ce Cpom. Deux évaluations externes doivent également être réalisées. La première intervient au plus tard sept ans après la délivrance de l'autorisation, la seconde au plus tard deux ans avant son renouvellement.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ceux qui ont été autorisés et ouverts avant la loi « HPST » n'ont l'obligation de procéder qu'à une évaluation interne et une évaluation externe. Celles-ci doivent intervenir respectivement, au plus tard, trois ans et deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. Ces établissements et services, qui sont près de 20 000, devaient donc transmettre à leurs autorités de tarification, au plus tard le 3 janvier 2015, les résultats de leur évaluation externe. Selon les informations fournies à vos rapporteurs, 83 % d'entre eux l'avaient fait.

II - La position de la commission

La procédure de renouvellement, à une même date et pour un grand nombre d'établissements, soulève un certain nombre d'enjeux : charge de travail pour les autorités de tarification ; définition de la façon dont sera traitée la situation des structures n'ayant pas effectué leur évaluation externe ; question de savoir si, oui ou non, les autorisations seront renouvelées. Votre commission partage donc pleinement l'objectif poursuivi par cet article de dresser un bilan de ce processus. Celui-ci devrait en outre permettre de disposer d'un aperçu du paysage des structures sociales et médico-sociales sur le territoire pour une très large part d'entre elles.

A l'initiative des rapporteurs, elle a adopté **un amendement** prévoyant, pour plus de précision, de faire référence à la loi du 2 janvier 2002 plutôt qu'à la loi « HPST ».

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 45 ter [nouveau]
(art. L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)
Aide à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Objet : Cet article additionnel, insérer à l'initiative des rapporteurs, crée une nouvelle section au sein du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie destinée à recevoir des financements pérennes pour l'aide à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le présent article crée une nouvelle section au sein du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) destinée à recevoir des financements pérennes pour l'aide à l'investissement dans le secteur médico-social. Il reprend proposition déjà formulée à plusieurs reprises par le Sénat à l'occasion de l'examen des lois de financement de la sécurité sociale. Les besoins du secteur sont grandissants et les établissements et

services sociaux et médico-sociaux doivent pouvoir d'une visibilité sur la façon dont ils pourront être accompagnés par la CNSA dans leurs projets de rénovation et de modernisation.

Pour les années 2015 à 2017, cette section sera abondée, conformément à l'engagement du Gouvernement, par la moitié du produit 2015 de la Casa. Pour les exercices suivants, elle sera abondée par 2% du produit de la CSA, conformément à la pratique antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Votre commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

TITRE IV

GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

Article 46

*(art. L. 142-1 [nouveau], L. 142-2 [nouveau] et L. 146-1
du code de l'action sociale et des familles)*

Création du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie

Objet : Cet article crée un Haut Conseil de l'âge, rétabli par votre commission après que l'Assemblée nationale l'avait transformé en Haut Conseil de la famille et des âges de la vie à l'initiative du Gouvernement.

I - Le dispositif proposé

• L'absence de toute instance nationale relative aux politiques de l'âge, une réflexion sur l'adaptation de la société au vieillissement aujourd'hui trop dispersée

La politique de l'âge et l'adaptation de la société au vieillissement concernent de nombreux ministères (affaires sociales et santé, logement, transport, ville, économie), de multiples institutions (caisses nationales de retraite, d'assurance maladie, Agence nationale de l'habitat) et un grand nombre d'acteurs de la société civile (services d'aide à domicile, associations de retraités et de personnes âgées, bénévoles qui interviennent en faveur du maintien du lien social des personnes âgées).

Or, les instances de débat consacrées à ces sujets majeurs sont aujourd'hui trop dispersées et ne disposent que de mandats très circonscrits.

La seule véritable institution administrative permanente consacrée au vieillissement au niveau national à l'heure actuelle est le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA), créé par le décret n° 82-697 du 4 août 1982 et placé auprès du ministre chargé des personnes âgées.

Présidé par le ministre, ce comité dont les missions et la composition sont fixés aux articles D. 149-1 à 6 du code de l'action sociale et des familles, permet la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale qui les concerne.

Le décret n° 2006-609 du 26 mai 2006 a élargi considérablement le rôle du CNRPA puisque sa consultation par le ministre chargé des personnes âgées est désormais obligatoire sur les projets de textes réglementaires concernant les personnes âgées et relatifs aux politiques de

prévention de la perte d'autonomie, de soutien à la dépendance, de maintien à domicile, de coordination gérontologique ainsi qu'à la qualité des prises en charge par les services et établissements.

Par ailleurs, des comités éphémères, chargés de missions spécifiques mais dépourvus de toute existence législative ou réglementaire, ont été constitués au cours du temps. C'est ainsi que le comité « *Avancée en âge* » a succédé dans les années récentes au comité « *Bien vieillir* » et a rassemblé les acteurs des politiques gérontologiques autour du thème de la prévention de la perte d'autonomie.

Plus récemment encore, le décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 a créé le comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD), présidé par le ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, et qui a pour mission d'aider à la définition, à la mise en œuvre et au suivi des politiques de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées.

Toutefois, comme le relève à juste titre l'étude d'impact du projet de loi, aucune de ces instances ne dispose aujourd'hui d'un mandat et d'un champ d'action suffisamment large pour appréhender la question du vieillissement de manière transversale et prospective. En outre, elles n'échangent pas suffisamment entre elles, ne mutualisent pas leur expertise et leurs travaux manquent de visibilité.

Enfin, elles n'ont pas pleinement réussi à assurer une représentation et une participation des usagers et des professionnels des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées.

• **La création d'un Haut Conseil de l'âge, instance de réflexion et de propositions ambitieuse pour l'adaptation de la société au vieillissement**

Afin de résoudre les difficultés engendrées par le trop grand éclatement et le manque de transversalité des instances de réflexion et de proposition consacrées aux politiques de l'âge, le présent article crée un Haut Conseil de l'âge, placé auprès du Premier ministre, chargé d'animer le débat public et 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.

Il doit également contribuer à l'élaboration d'une politique globale de l'autonomie des personnes âgées et assurer la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques qui les concernent.

La création de ce Haut Conseil de l'âge vise à instituer - en remplacement du comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) et du comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD) évoqués plus haut - une instance nationale de réflexion sur le vieillissement de la société française, à même de réunir l'ensemble des acteurs concernés et de dégager des diagnostics et des préconisations consensuels.

Alors que le CNRPA et le CNBD avaient été créés par décret et étaient placés auprès du ministre chargé des personnes âgées, le Haut Conseil de l'âge sera créé par la loi et placé auprès du Premier ministre.

Il bénéficiera d'un champ de compétence très étendu afin que puissent être pleinement prises en compte la nouveauté et l'ampleur du phénomène de vieillissement de la société, qui s'apparente à une véritable « *transition démographique* ».

En effet, alors que le CNRPA ne traitait que des questions relevant du ministère chargé des personnes âgées *stricto sensu* et que le CNBD ne s'intéressait qu'aux questions de maltraitance des personnes âgées, le Haut Conseil de l'âge aura pour objectif de lutter contre la logique en « *tuyaux d'orgues* » de l'administration française et devra permettre d'évoquer dans une même enceinte, de façon transversale, les questions relatives à la prévention et à l'accompagnement de la perte d'autonomie, mais aussi par exemples l'impact du vieillissement sur le logement, l'urbanisme, les transports, l'accessibilité, les droits des personnes âgées ou bien encore les proches aidants, autant de sujets qui peuvent relever d'autres ministères que celui en charge des personnes âgées. De la sorte, il permettra que les problématiques de l'âge et du vieillissement soient au cœur des politiques publiques et les irriguent toutes.

Le Haut Conseil de l'âge a pour modèle d'autres hauts conseils créés au cours des dernières années dans le champ de la protection sociale, et qui cherchent, eux aussi, à rassembler l'ensemble des acteurs concernés par une question donnée afin de dresser des états des lieux, voire de proposer des pistes d'évolutions et de réformes les plus consensuel possibles.

Ont ainsi été créés au cours du temps :

- le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH), créé par la loi du 30 juin 1975¹ et réformé notamment par la loi du 11 février 2005² ;

- le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), créé par la loi du 1^{er} décembre 1988³ et dont les missions sont codifiées à l'article L. 143-1 du code de l'action sociale et des familles ;

¹ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³ Loi n° 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion.

- le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), institué par le décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 et pérennisé par l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006¹ ;

- le Haut Conseil de la santé publique, institué par l'article 2 de la loi du 9 août 2004² dont les missions sont codifiées aux articles L. 1411-4 et 1411-5 du code de la santé publique ;

- le Haut Conseil de la famille, institué par le décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 ;

- le Haut Conseil de financement de la protection sociale (HCFi-PS), institués par le décret n° 2012-1070 du 20 septembre 2012.

A l'instar des autres grands problèmes de société pour lesquels ont été créés des hauts conseils, le Haut Conseil de l'âge permettra de rendre visible et lisible pour les citoyens la problématique de l'adaptation de la société au vieillissement, afin que chacun puisse prendre conscience qu'en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans en France.

• **Les missions du Haut Conseil de l'âge**

Les missions confiées par le présent article au Haut Conseil de l'âge sont particulièrement étendues, puisque celui-ci devra :

- formuler des propositions et des avis et réaliser ou faire réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques liées au vieillissement au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques. Il devra donc traiter de l'ensemble des questions soulevées par le vieillissement de la société et adopter une vision globale ;

- formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires de la politique de prévention de la perte d'autonomie et contribuer à l'évaluation de leur mise en œuvre, en lien avec le Haut Conseil de la santé publique. L'accent est ici mis sur la prévention de la perte d'autonomie, qui est un élément majeur du présent projet de loi, puisqu'il y consacre son titre I^{er} ;

- formuler 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. Ces questions apparaissent en effet fondamentales, tant pour éviter les cas de maltraitances que subissent trop souvent les personnes âgées que pour garantir les droits de personnes fragilisées, tant sur le plan physique que mental. C'est là aussi l'objet du chapitre IV du titre II du présent projet de loi ;

¹ Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

² Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

- assurer le suivi de la mise en œuvre de la présente loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et procéder à son évaluation. Cette mission implique de suivre la parution de l'ensemble des décrets d'application de la loi, mais aussi d'assurer une évaluation d'ensemble de ses résultats, afin de corriger ses éventuelles insuffisances.

- donner un avis sur tout projet de mesure législative ayant une incidence sur la politique globale de l'autonomie des personnes âgées.

• **La saisine du Haut Conseil de l'âge**

Le présent article prévoit que le Haut Conseil de l'âge peut 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.

Mais le Haut Conseil de l'âge pourra également s'autosaisir, puisque le présent article dispose qu'il peut se saisir de toute question relative aux politiques de l'autonomie des personnes âgées.

• **La composition du Haut Conseil de l'âge**

Le présent article prévoit que le Haut Conseil de l'âge est composé en nombre égal d'hommes et de femmes et qu'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 (CNSA) ;
- des associations et organismes nationaux de retraités et de personnes âgées.

Il comprend également des représentants d'associations ou organismes nationaux 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.

La composition du Haut Conseil de l'âge, les modalités de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement présenté par le Gouvernement visant à transformer le Haut Conseil de l'âge initialement prévu par le projet de loi en un Haut Conseil de la famille et des âges de la vie.

Ce Haut Conseil serait compétent, dans une approche intergénérationnelle, pour trois politiques :

- les questions liées aux familles et à l'enfance ;
- la protection de l'enfance ;
- l'avancée en âge et l'adaptation de la société au vieillissement.

Il rassemblerait donc les compétences de trois instances :

- le Haut Conseil de la famille, institué par le décret n° 2008-1112 du 30 octobre 2008 ;

- le Haut Conseil de l'âge, qui n'aurait plus d'existence autonome ;

- une instance relative à l'enfance et à la protection de l'enfance, inspirée de la « Commission enfance et adolescence »¹, structure temporaire mise en place au sein de France Stratégie (ancien Commissariat général à la stratégie et à la prospective).

A l'instar du Haut Conseil de l'âge, le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie serait placé auprès du Premier ministre et aurait pour missions d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées aux familles et à l'enfance, à la protection de l'enfance, à l'avancée en âge et à l'adaptation de la société au vieillissement, dans une approche intergénérationnelle. Il contribuerait à l'élaboration d'une politique globale et d'une stratégie opérationnelle dans son domaine de compétence. Il assurerait la participation des familles, des retraités, des personnes âgées et, dans la mesure du possible, des enfants, à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques qui les concernent.

Tout comme le texte initial le prévoyait pour le Haut Conseil de l'âge, le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie :

- formulerait des propositions et des avis et réaliserait ou ferait réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques de son champ de compétence, au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques ;

¹ Cette commission, dont la première réunion s'est tenue le 10 décembre 2013, compte une vingtaine de membres et est présidée par le professeur des universités François de Singly, sociologue spécialiste de l'enfance et de la famille.

- formulerait des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie. L'ajout par rapport au texte initial de « *l'accompagnement* » de la perte d'autonomie a le mérite de ne pas focaliser l'attention du Haut Conseil uniquement sur « *la prévention* » mais de bien montrer le *continuum* entre « *prévention* » et « *accompagnement* » ;

- formulerait toute proposition de nature à garantir le respect des droits et la bientraitance des personnes vulnérables à tous les âges de la vie ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques. La notion de « *personnes vulnérables à tous les âges de la vie* » comprend bien sûr les personnes âgées, visées par la rédaction initiale de l'article, mais aussi, par exemple, les enfants ;

- assurerait le suivi de l'application des lois et dispositions prises dans son domaine de compétence et donnerait un avis sur tout projet de mesure législative dans son champ de compétence.

L'amendement du Gouvernement a confié deux nouvelles missions au Haut Conseil de la famille et des âges de la vie. Il serait chargé de :

- mener des réflexions sur le financement des politiques mises en œuvre dans son champ de compétence ;

- favoriser les échanges d'expérience et d'informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent.

En revanche, le Haut Conseil ne serait plus spécifiquement chargé d'assurer le suivi de la mise en œuvre de la présente loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et de procéder à son évaluation.

Le mode de saisine du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie serait le même que celui du Haut Conseil de l'âge, à ceci près que, son champ de compétence étant plus large, un plus grand nombre de ministres seraient susceptibles de le saisir.

La composition du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie comprendrait les mêmes membres que le Haut Conseil de l'âge auxquels s'ajouteraient notamment, pour tenir compte de l'ensemble des prérogatives de ce nouveau Haut Conseil, des représentants :

- des régimes ou caisses d'allocations familiales ;

- des associations, organisations syndicales et organismes nationaux représentant les familles et les enfants et contribuant aux politiques familiales et de l'enfance ;

- des services aux familles et des usagers.

La nouvelle rédaction de l'article adopté par l'Assemblée nationale prévoyait que le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie siègerait en formation plénière ou spécialisée selon les publics intéressés. Il comporterait au moins trois formations spécialisées, respectivement compétentes pour les personnes âgées, les familles et l'enfance. Au sein de chaque formation spécialisée, il serait constitué de plusieurs collègues, dont au moins un collègue des usagers et de leurs représentants.

Concernant la composition du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, les modalités de désignation de ses membres, leur répartition en formations spécialisées et en collègues et ses modalités de fonctionnement seraient fixées par décret. Il serait prévu directement en revanche que le Premier ministre nommerait le président et les vice-présidents du Haut Conseil, qui présideraient chacun une formation spécialisée.

III - La position de la commission

Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie présente plusieurs difficultés :

- les liens entre les trois politiques qu'il serait chargé d'expertiser sont particulièrement ténus ;

- la politique dont on rapproche habituellement la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie est la politique du handicap. Ce rapprochement, qui pourrait aboutir un jour à la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale (ou tout du moins à celle d'un cinquième risque), se justifie pleinement tant les problématiques et les acteurs de ces politiques sont voisins. C'est ce rapprochement entre politiques de l'âge et politique du handicap qu'il faudrait approfondir, et non un rapprochement beaucoup plus formel avec la politique familiale ou la protection de l'enfance ;

- les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), créés par l'article 54 *bis*, deviendront l'instance de participation commune aux personnes âgées et aux personnes handicapées dans les départements. Dès lors, comment justifier d'un côté le rapprochement entre politique de l'âge et politique du handicap au niveau départemental, et de l'autre le rapprochement entre politique de l'âge, politique familiale et protection de l'enfance au niveau national ? Un tel système serait incohérent et illisible pour le citoyen : les systèmes de gouvernance doivent obéir aux mêmes logiques au niveau local et au niveau national ;

- transformer le Haut Conseil de l'âge en simple formation spécialisée du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie ne permettra pas de faire véritablement des économies mais enverra le signal d'une moindre ambition, voire d'une régression, sur le sujet de l'adaptation de la société au vieillissement, alors que le projet de loi prétendait au départ ériger cette problématique en priorité nationale.

C'est pourquoi votre commission a adopté **un amendement** de vos rapporteurs visant à :

- rétablir le Haut Conseil de l'âge, qui sera un outil précieux pour porter une politique ambitieuse d'adaptation de la société au vieillissement et montrera la détermination des pouvoirs publics à prendre cette question à bras-le-corps ;

- indiquer qu'il travaillera conjointement avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées, afin de poursuivre le rapprochement entre politique de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et politique du handicap ;

- préciser que le Haut Conseil s'intéressera également aux « *relations entre les générations* » ;

- conserver les deux nouvelles missions confiées au Haut Conseil par l'amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale et consistant à mener des réflexions sur le financement des politiques mises en œuvre dans son champ de compétence et à favoriser les échanges d'expérience et d'informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent ;

- valoriser les proches aidants en leur garantissant une place importante au sein du Haut Conseil ;

- confier au Haut Conseil des pouvoirs de consultation identiques à ceux du Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) en matière de textes réglementaires, en prévoyant que le ministre chargé des personnes âgées le consulte sur les projets de textes réglementaires concernant les personnes âgées et relatifs aux politiques de prévention de la perte d'autonomie, de maintien à domicile, de coordination gérontologique ainsi qu'à la qualité des prises en charge par les services et établissements ;

- inclure parmi les membres de droit du Haut Conseil des représentants de l'Agence nationale de l'habitat (Anah), des services d'aide à la personne qui interviennent auprès des personnes âgées et des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 47

(art. L. 14-10-1, L. 14-10-3, L. 14-10-7 et L. 14-10-7-1 [nouveau]
du code de l'action sociale et des familles)

**Extension des missions de la
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article vise à faire de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une véritable agence chargée d'animer au niveau national la politique de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées ainsi que la politique de soutien des proches aidants. Il lui confère également un rôle important en matière d'information du public sur les politiques de l'autonomie et prévoit qu'elle signe une convention pluriannuelle avec chaque département pour fixer leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

I - Le dispositif proposé

• La CNSA est à la fois une « caisse » et une « agence », en charge du pilotage opérationnel des politiques de l'autonomie au niveau national

Mise en place en mai 2005, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), que le rapport annexé au présent projet de loi qualifie de « *maison commune* » de l'autonomie, est un établissement public créé par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, dans un contexte de prise de conscience de la nécessité d'augmenter l'effort public pour compenser la perte d'autonomie, suite notamment à la canicule de l'été 2003. La loi du 11 février 2005¹ a par la suite précisé et étendu ses attributions.

La CNSA, dont les missions sont définies par l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, est à la fois une « *caisse* », qui doit veiller à répartir équitablement des crédits sur l'ensemble du territoire, et une « *agence* », chargée d'assurer une expertise et un appui technique aux gestionnaires locaux des prestations dans le domaine de la perte d'autonomie. L'ensemble de ses missions fait l'objet d'une convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue avec l'Etat.

En tant que « *caisse* », elle est notamment chargée « *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* ».

¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Dans cette perspective, elle :

- répartit l'« objectif global de dépenses » (OGD) destiné à financer le tarif « soins » des établissements et services médico-sociaux. L'OGD se compose de l'Ondam médico-social et d'une part des ressources propres de la CNSA ;

- prend en charge, pour chaque département, une partie de ses dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de prestation de compensation du handicap (PCH). Issus des ressources propres de la CNSA, les crédits ainsi délégués sont répartis en fonction de plusieurs critères de péréquation, tels que les dépenses d'APA constatées dans le département ou le potentiel fiscal du département.

En tant qu'« agence », elle :

- assure un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;

- assure un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux d'organisation sociale et médico-sociale et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie ;

- contribue à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées ;

- participe à l'évaluation de ces aides et veille à la qualité des conditions de leur distribution ;

- joue un rôle essentiel dans l'animation du réseau des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qu'elle a contribué à mettre en place.

• Faire évoluer les missions de la CNSA pour qu'elle devienne une véritable agence nationale dans le domaine de la perte d'autonomie des personnes âgées

Si l'appui méthodologique et l'expertise de la CNSA se sont considérablement développés ces dernières années dans le domaine du handicap, en raison notamment de ses liens avec les MDPH, ils demeurent en retrait dans le champ des politiques de l'âge, où la CNSA reste avant tout une « caisse », en charge de la répartition des financements.

Afin de lui permettre de mener une action comparable dans le champ des personnes âgées à celle qu'elle conduit depuis plusieurs années dans le champ des personnes handicapées et parachever ainsi la démarche qui a présidé à sa création en 2004 et 2005, le présent article confie de nouvelles compétences à la CNSA.

De la sorte, celle-ci pourra davantage contribuer au pilotage opérationnel de la politique nationale de l'autonomie des personnes âgées et deviendra un acteur central du pilotage de l'adaptation de la société au vieillissement.

a) Financer la prévention de la perte d'autonomie

Le présent projet de loi fait de la prévention de la perte d'autonomie l'une de ses priorités. La CNSA devra désormais lui consacrer une partie de ses crédits, ainsi que le prévoient les articles 4 et 5 du présent projet de loi.

Conformément à ces articles, codifiés aux articles L. 10-10-5 et L. 10-10-10 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA devra verser des concours aux départements pour :

- 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 ;
- programmer les aides correspondant au forfait autonomie ;
- coordonner et appuyer des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes âgées ;
- favoriser le développement d'autres actions collectives de prévention.

Le concours correspondant au forfait autonomie sera réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de places dans les établissements éligibles au forfait autonomie et les autres concours seront répartis chaque année entre les départements en fonction du nombre de personnes âgées de soixante ans et plus.

Le présent article tire les conséquences de cette prise en charge financière par la CNSA de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées en l'inscrivant parmi la liste de ses missions codifiée à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

b) Prendre en compte les proches aidants

Le présent article confie pour la première fois à la CNSA une mission relative aux « *proches aidants* », dont la définition est donnée par l'article 35 du présent projet de loi, qui sera codifié par le futur article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles¹. Cette disposition lèvera la limite actuelle de la compétence de la CNSA, qui était restreinte aux aidants familiaux.

¹ « Art. L. 133-1-3. – 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 ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. »

La CNSA devra ainsi contribuer au financement du soutien des proches aidants, notamment leurs besoins de répit mentionnés à l'article 36 du présent projet de loi. Les modalités de cette contribution financière sont définies par l'article 38 du présent projet de loi.

La CNSA devra également assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent la situation et les besoins des proches aidants.

c) Améliorer la connaissance de l'offre médico-sociale, l'analyse des besoins et l'évaluation des politiques menées sur les territoires

Le présent article confie à la CNSA la mission de « *contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins* »

En outre, alors que la CNSA était déjà chargée 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* », le présent article lui confie également la mission de mesurer et d'analyser les conditions dans lesquelles il est répondu sur les territoires à la perte d'autonomie et aux besoins de compensation des personnes âgées et des personnes handicapées.

d) Favoriser les échanges d'informations entre les acteurs de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie

L'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles avait confié un rôle moteur à la CNSA en matière d'échanges d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées. Il la chargeait également de « *diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation* ». Toutefois, ce rôle d'animation était limité au réseau des MDPH et ne concernait que la prise en charge du handicap et non l'aide à l'autonomie des personnes âgées.

Dans sa nouvelle rédaction proposée par le présent article, l'article L. 14-10-1 fait véritablement de la CNSA une agence en matière d'aide à l'autonomie des personnes âgées car il prévoit que la CNSA assurera un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées, les services du département, chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et les conférences des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées, créées par l'article 3 du présent projet de loi. Elle sera également chargée de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie.

e) Informer les personnes âgées et leur famille

Comme le rappelle le rapport annexé au présent projet de loi, « les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs aidants souffrent aujourd'hui d'un déficit de transparence et de lisibilité. 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 ».

Pour répondre à ces difficultés, le présent article prévoit que la CNSA devra « mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes », notamment par l'animation d'un site Internet destiné aux personnes âgées.

Comme le précise le rapport annexé, ce site Internet 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. Il s'appuiera sur les données disponibles aux niveaux national et local et viendra en complément des modes d'accompagnement existant déjà sur le terrain. Une réponse téléphonique nationale de premier niveau sera adossée à ce site Internet.

Ainsi que l'a expliqué la CNSA à vos rapporteurs au cours de leurs auditions, le lancement d'une première version de ce site Internet dénommé *pourlespersonnesagees.gouv.fr* est prévu pour le mois de mai 2015.

Cette première version comportera :

- un contenu éditorial sur les démarches à accomplir par les personnes âgées et leurs proches aidants ;
- un annuaire des structures médicalisées et des points d'information locaux ;
- un simulateur de reste à charge en Epahd.

L'annuaire devrait par la suite comprendre des informations sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées (foyers-logements) et sur les services d'aide à domicile.

f) Mise en œuvre d'un système d'information commun à toutes les MDPH et définition des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode Maia

Le présent article confie à la CNSA la mission de concevoir et mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), comportant l'hébergement de données de santé en lien avec l'Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé).

Pour les besoins de sa mise en œuvre, la CNSA 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. Cette compétence a reçu un avis favorable de l'Assemblée des départements de France (ADF).

En lien avec l'Asip santé, elle peut labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes.

Toujours en lien avec l'Asip santé, la CNSA devra définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations 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 (Maia).

g) La négociation de conventions pluriannuelles avec les départements fixant les engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

L'article L.14-10-7 du code de l'action sociale et des familles disposait que « *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* ».

Le présent article élargit le champ de ces conventions signées entre le département et la CNSA, jusqu'ici restreintes au fonctionnement des seules MDPH, à l'ensemble de leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Dans cette perspective, il prévoit que cette convention pluriannuelle signée entre la CNSA et le département portera notamment sur :

- le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou des maisons départementales de l'autonomie (MDA). Elle devra tenir compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de réalisation des objectifs antérieurs ;

- des objectifs de qualité ;

- les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention ;

- les modalités de versement des autres concours.

Dans cette perspective, un projet de convention pluriannuelle type est en cours d'élaboration en lien étroit avec les services du ministère (direction générale de la cohésion sociale). Ce projet fera l'objet d'une concertation avec l'ADF au cours du printemps 2015.

Ce projet, qui a vocation à évoluer en fonction du texte définitif de la loi, fera l'objet d'une présentation au conseil de la CNSA et pourrait être soumis, en fonction de la promulgation de la loi, à son vote à l'automne.

Le projet de convention type a vocation à intégrer les nouvelles missions de la CNSA prévues par le projet de loi telles que l'animation des conférences des financeurs, l'appui aux équipes APA des conseils généraux, le renouvellement de la politique d'aide aux proches aidants, et à préciser les modalités de son intervention auprès des conseils généraux.

En fonction du calendrier d'adoption de la loi, les négociations avec les conseils généraux de ces nouvelles conventions pluriannuelles devraient être conduites à partir de la fin de l'année 2015 et en 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le VI de l'article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles dispose que la CNSA « *transmet, chaque année, au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant les comptes prévisionnels de la caisse pour l'année en cours et l'année suivante ainsi que l'utilisation des ressources affectées à chacune des sections mentionnées à l'article L. 14-10-5. Ce rapport détaille notamment la répartition des concours versés aux départements en application du même article. Il dresse un diagnostic d'ensemble des conditions de la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire national et comporte, le cas échéant, toute recommandation que la caisse estime nécessaire* ».

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à faire figurer des indicateurs sexués dans ce rapport transmis chaque année par la CNSA au Parlement et au Gouvernement.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, **un amendement** visant à améliorer la rédaction de cet article.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 47 bis [nouveau]
(art. L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles)

**Composition du conseil de la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article additionnel, inséré à l'initiative des rapporteurs, prévoit que les régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse pourront faire partie du conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et que celui-ci comprendra trois vice-présidents élus parmi les représentants des conseils généraux, les représentants des personnes âgées et les représentants des personnes handicapées.

Le présent article additionnel, adopté par votre commission à l'initiative de ses rapporteurs, vise à :

- faire entrer des représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse au conseil de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

- prévoir que ledit conseil élira en son sein trois vice-présidents choisis respectivement parmi les représentants des conseils généraux, les représentants des associations de personnes âgées et les représentants des associations de personnes handicapées. De la sorte, les conseils généraux, qui sont les premiers financeurs et les pilotes de l'action sociale en faveur de l'autonomie des personnes âgées verront leur rôle davantage reconnu au sein du conseil de la CNSA, tout comme les personnes âgées et les personnes handicapées, qui doivent être davantage associées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques qui les concernent.

Votre commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 48

(art. L. 114-5 et L. 114-8 du code de la sécurité sociale)

**Règles comptables applicables à la Caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article prévoit que les comptes de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie devront respecter le même plan comptable unique que celui des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et qu'ils seront certifiés par un commissaire aux comptes.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale dispose que « 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 présent article vise à imposer clairement les mêmes obligations comptables à la CNSA, organisme finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Par conséquent, la CNSA devra désormais se conformer aux obligations prévues par le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

En tant qu'établissement public administratif, la CNSA est déjà soumise à la norme de comptabilité publique M 9-1. Les changements qui découleront de cette mesure seront donc peu nombreux, même si elle permettra d'apporter un certain nombre de clarifications.

Par ailleurs, l'article 48 prévoit, qu'à l'instar des organismes nationaux de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), les comptes de la CNSA seront certifiés par un commissaire aux comptes.

De la sorte, la certification des comptes de la CNSA par un commissaire aux comptes, déjà opérée sur une base volontaire, deviendra une obligation, permettant à la CNSA de rentrer dans le droit commun des régimes de base de sécurité sociale, sans changer la pratique actuellement en vigueur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 49

(art. L. 146-3 et L. 146-3-1 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

**Transmission de données par les maisons départementales
des personnes handicapées**

Objet : *Cet article enrichit la liste des données normalisées transmises par les maisons départementales des personnes handicapées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.*

I - Le dispositif proposé

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) conduit des travaux d'analyse statistique sur la politique du handicap à partir des données qui lui sont fournies par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Ces analyses visent à :

- améliorer la connaissance des publics et des besoins ;
- perfectionner le pilotage de la politique du handicap au niveau national, tout en tenant compte des réalités locales auxquelles sont confrontés les départements.

Ces travaux d'analyse correspondent aux missions qui sont confiées à la CNSA par les 6° et 7° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, aux termes desquels elle doit :

- assurer un échange d'expériences et d'informations entre les MDPH, diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;
- 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 handicapées.

• **Les données déjà recueillies par la CNSA auprès des MDPH**

Les MDPH transmettent depuis leur création de nombreuses informations à la CNSA.

En effet, l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles dispose que, dans le cadre d'un système d'information organisé par décret pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), les MDPH transmettent à la CNSA des données relatives :

- à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;

-
- à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;
 - aux caractéristiques des personnes concernées ;
 - aux décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Grâce à l'exploitation de ces données, qui ont fait l'objet de travaux d'harmonisation et de définition importants, la CNSA :

- assure le suivi de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap (PCH) et analyse le contenu de cette prestation. Les résultats de ce suivi font l'objet d'une présentation au conseil de la CNSA chaque année en avril ;

- assure le suivi de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), financée par l'Etat et versée par les caisses d'allocations familiales (Caf), et propose des indicateurs de suivi spécifiques à cette prestation pour renseigner le rapport annuel de performance, annexé au projet de loi de finances ;

- analyse le bilan d'activité des MDPH (nature et volume des demandes, nature des décisions et des avis, nombre de personnes...) et propose des restitutions départementales comparées, à l'occasion de la publication du rapport d'activité des MDPH présenté au conseil de la CNSA chaque année en novembre ;

- suit le budget et les effectifs des MDPH.

La CNSA mène également un certain nombre d'enquêtes qui visent à répondre à des problématiques particulières, comme par exemple, les enquêtes concernant les fonds de compensation.

• **Un enrichissement des données transmises par les MDPH à la CNSA**

Le présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 247-2 qui devient l'article L. 146-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Il enrichit le contenu des données transmises par les MDPH à la CNSA et précise leur caractère normalisé.

A l'instar de l'article L. 247-2, ce nouvel article prévoit que les MDPH transmettent à la CNSA des données normalisées relatives :

- à leur activité, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;
- à l'activité des équipes pluridisciplinaires et des commissions des droits et de l'autonomie ;
- aux caractéristiques des personnes concernées ;

- concernant les décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le présent article prévoit en outre que les MDPH transmettent à la CNSA leur rapport d'activité annuel et plusieurs nouveaux types de données normalisées, notamment :

- la mesure de la satisfaction des usagers des MDPH ;
- les ressources et les dépenses du fonds départemental de compensation du handicap ;
- les effectifs de la MDPH ;
- le montant et la répartition des financements qu'elle a reçus.

Grâce à la quantité et à la variété accrue des informations dont disposera la CNSA, celle-ci sera à même de fournir des analyses et des études plus détaillées sur la politique du handicap menée tant au niveau national qu'au niveau de chacun des départements.

En outre, la qualité des données transmises sera améliorée et rendue plus efficace car la CNSA, conformément aux dispositions de l'article 47 du présent projet de loi, concevra et mettra en œuvre un système d'information commun aux MDPH et définira des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des MDPH.

Dans la même perspective, l'article 51 du projet de loi dispose que « *les MDPH doivent utiliser un système d'information commun, interopérable avec les systèmes d'information des départements et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* ». Grâce à ce système d'information commun aux MDPH et interopérable avec ceux de la CNSA, les données pourront être directement normées avant même tout envoi à la CNSA et leur transmission pourra être automatisée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté des amendements rédactionnels et a également inséré un alinéa pour préciser que le rapport annuel des MDPH et les données normalisées qu'elles transmettent à la CNSA comportent des indicateurs sexués.

III - La position de la commission

Un enrichissement des données transmises par les MDPH à la CNSA permettra à celle-ci d'assurer un meilleur suivi de la politique du handicap menée sur l'ensemble du territoire national et à l'ensemble des acteurs impliqués d'en améliorer le pilotage.

Votre commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un **amendement** de coordination.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 50

(art. L. 232-21 à L. 232-21-4 [nouveaux] du code de l'action sociale et des familles)

**Collecte, conservation et transmission de données
relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie
et à l'aide sociale à l'hébergement par les départements**

Objet : Cet article impose aux départements des obligations de collecte, de conservation et de transmission de données aux autorités nationales en matière d'allocation personnalisée d'autonomie et d'aide sociale à l'hébergement.

I - Le dispositif proposé

• Les données relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie et à l'aide sociale à l'hébergement que devront collecter et conserver les départements

En l'état actuel du droit, les départements n'ont aucune obligation de collecte et de conservation d'informations et de données relatives aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et aux plans d'aide établis par les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation. Il n'est pas non plus prévu que ces derniers utilisent le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques du demandeur, tant pour la gestion des demandes d'aide sociale à l'hébergement (ASH) que pour celle des demandes d'APA. Aussi est-il difficile à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) d'obtenir des départements des informations utilisables à des fins statistiques.

Pour répondre à cette difficulté, le présent article dispose que pour l'attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'APA et de l'ASH, ainsi qu'à des finalités statistiques, les départements collectent, tiennent à jour et conservent les données individuelles relatives :

- aux versements d'APA à domicile et en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources de leurs bénéficiaires ;
- aux prestations servies en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources des bénéficiaires de l'ASH ;

- à l'activité de l'équipe médico-sociale du département, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises.

Pour mener à bien cette mission de collecte et de conservation de données individuelles, les départements recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques bénéficiaires (NIR), dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Selon l'étude d'impact du projet de loi, l'utilisation du NIR permettra des traitements nouveaux par l'appariement entre les données des départements sur les bénéficiaires de l'APA et d'autres sources administratives comme, par exemple, les sources fiscales et les données de l'assurance maladie. L'utilisation du NIR permettra ainsi de mieux connaître les bénéficiaires de l'APA en termes de conditions de vie mais aussi d'affiner considérablement les travaux sur le reste à charge et le reste à vivre des personnes âgées dépendantes.

La détermination par la loi de la liste des informations que doivent collecter les départements en matière d'APA et d'ASH permettra de systématiser une pratique déjà largement répandue et ne devrait donc pas représenter d'impact financier significatif pour les départements.

Il convient d'ailleurs de relever que ces données, en particulier celles relatives aux bénéficiaires de l'APA et aux plans d'aide établis par les équipes médico-sociales chargées de l'évaluation, ont déjà été collectées par la Drees à deux reprises (années 2007 et 2011) auprès de départements volontaires. Les travaux issus de l'exploitation de ces données ont par la suite permis d'alimenter les différents débats préparatoires aux travaux d'élaboration du présent projet de loi.

Cependant, reposant sur le volontariat des conseils généraux, l'information disponible était d'une représentativité limitée et très couteuse à recueillir, difficultés que le présent article permettra de surmonter à l'avenir.

• Obligation de transmission par le département de données relatives à l'APA et à l'ASH à la CNSA et au ministre chargé des personnes âgées

Le présent article impose aux départements des obligations de transmissions de données aux autorités nationales en matière d'APA et d'ASH.

L'article L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles prévoit déjà qu'« afin d'alimenter un système d'information organisé par décret pris après avis de la Cnil, 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 (CNSA) ;

- des données statistiques relatives au développement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à ses principales caractéristiques et notamment à celles de ses bénéficiaires ainsi qu'à l'activité des équipes médico-sociales ».

Le présent article reprend très largement les dispositions de cet article L. 232-17 puisqu'il prévoit que chaque département transmet à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les données, précisées par décret, relatives aux dépenses nettes d'APA. Ces transmissions, qui existent depuis 2006 et étaient fondées sur l'article L. 232-17 susmentionné, permettent à la CNSA de fixer le montant de financement de l'APA qu'elle accorde à chaque département.

En outre, sur le fondement du présent article, chaque département transmet au ministre chargé des personnes âgées les données, précisées par décret, relatives aux décisions d'attribution de l'APA, ainsi que les informations individuelles relatives aux bénéficiaires.

Dans les deux cas, le décret qui indique la liste des données transmises par le département précise également les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission normalisée de ces données.

Enfin, les départements transmettent des informations individuelles relatives aux personnes concernées par les décisions d'attribution de l'APA et de l'ASH, à l'évaluation de leurs besoins et à l'instruction des demandes au ministre chargé des personnes âgées, dans des conditions prévues par décret, à des fins de constitution d'échantillons statistiquement représentatifs en vue de l'étude des situations et des parcours des personnes figurant dans ces échantillons.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement pour préciser que l'ensemble des informations et données que les départements doivent collecter, conserver et transmettre à la CNSA ou au ministre chargé des personnes âgées dans le cadre de cet article comportent des indicateurs sexués.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté un **amendement** de M. Claude Raynal visant à préciser que les informations individuelles relatives aux personnes concernées par les décisions d'attribution de l'APA et de l'ASH, à l'évaluation de leurs besoins et à l'instruction des demandes qui sont transmises par le département au ministre chargé des personnes âgées 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 sont rendues anonymes.

En effet, l'élaboration par le ministère chargé des personnes âgées d'échantillons statistiquement représentatifs ne nécessite pas l'utilisation de données non anonymisées et il paraît nécessaire de préserver au maximum la vie privée des personnes dont les informations individuelles seront utilisées.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 51

(art. L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles)

**Système d'information des maisons départementales
des personnes handicapées**

Objet : Cet article prévoit que les maisons départementales des personnes handicapées utilisent un système d'information commun, interopérable avec ceux des départements et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

I - Le dispositif proposé

Cet article prévoit que les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, interopérable avec les systèmes d'information des départements et ceux de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), selon des conditions précisées par décret.

Ce système d'information est conçu et mis en œuvre par la CNSA, ainsi que le prévoit l'article 47 du présent projet de loi, qui insère à cet effet un 13° à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

Il comporte l'hébergement de données de santé en lien avec l'agence nationale des systèmes d'information partagés de santé prévue à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique (Asip santé).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Cet article tire les conséquences des dispositions des articles 47 et 49 du projet de loi.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*Article 52 A [nouveau]**(art. L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles)***Rôle du département dans la prise en charge des personnes âgées**

Objet : *Cet article additionnel vise à réaffirmer le rôle de pilote des départements dans la prise en charge des personnes âgées.*

Cet article additionnel s'inspire d'un article de l'avant-projet de loi qui avait été retiré au moment où la suppression des départements avait été évoquée par le Premier ministre. Il vise à réaffirmer le rôle de pilote des départements dans la prise en charge des personnes âgées.

Pour la première fois, il confie également aux départements un rôle moteur dans le soutien, l'accompagnement et la valorisation des proches aidants.

Il précise que, pour mener à bien ses missions, le département s'appuie sur la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie qui sont créés par le présent projet de loi, respectivement aux articles 3 et 54 *bis*.

Le département veille également à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic) et des professionnels qui mettent en œuvre la méthode Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie).

Cet amendement prévoit enfin que le département peut signer des conventions avec l'agence régionale de santé (ARS), les organismes de sécurité sociale (caisses d'assurance maladie, caisses de retraite) ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées (autres collectivités territoriales, EPCI, CCAS par exemples) pour assurer la coordination de l'action gérontologique.

Votre commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 52

(art. L. 113-3 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles)

**Évolution des maisons pour l'autonomie et l'intégration
des malades d'Alzheimer**

Objet : Cet article propose de simplifier l'énoncé du champ d'intervention des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, d'en rectifier la dénomination et d'autoriser les personnels qui interviennent dans leur cadre à déroger de façon encadrée au secret professionnel.

I - Le dispositif proposé

• **Les Maia, issues du plan Alzheimer 2008-2012, constituent une réponse efficace au manque d'intégration de la prise en charge des personnes âgées**

La mesure n° 4 du plan Alzheimer 2008-2012 a prévu la labellisation sur tout le territoire de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), qui ont pour « *objectif de favoriser une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement dans une perspective d'intégration de l'ensemble des acteurs qui participent à la prise en charge des malades souffrant de la maladie d'Alzheimer, à leurs aidants, ou plus largement, à toutes les personnes âgées en lourde perte d'autonomie* »¹.

A travers la constitution des Maia, l'objectif des pouvoirs publics est de renforcer l'articulation des intervenants des champs sanitaire, social et médico-social autour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou, plus largement de toutes les personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches aidants.

Les Maia répondent en effet au constat d'une fragmentation de la prise en charge des personnes âgées, tant pour l'accessibilité aux soins et aux aides que pour le fonctionnement des structures et des services, particulièrement problématique dans la situation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et à laquelle ne pouvaient répondre suffisamment les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic) et les réseaux gérontologiques.

¹ Circulaire N° DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan « Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 ».

Elles constituent un processus d'intégration qui permet de construire, selon une méthode innovante, un « *guichet unique* » et un réseau intégré de partenaires pour les soins, les aides et l'accompagnement des malades qui vivent à domicile en :

- simplifiant les parcours en associant le secteur sanitaire et le secteur médico-social ;
- réduisant les doublons en matière d'évaluation ;
- favorisant la circulation de l'information entre les différents professionnels de santé qui interviennent auprès de la personne malade (médecin, infirmier, assistant social, ergothérapeute...) ;
- évitant les ruptures de continuité dans les interventions auprès des personnes ;
- améliorant la lisibilité pour les personnes âgées et leurs proches aidants par l'organisation partagée des orientations ;
- assurant la coordination des soins à domicile.

Les Maia, qui sont aujourd'hui plus de 200 en France, reposent sur des structures préexistantes : elles sont intégrées au sein d'un Clic, d'un conseil général, d'un accueil de jour, d'une maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH), d'un hôpital ou encore d'une association France Alzheimer.

Au terme de près de deux années d'expérimentation sur dix-sept sites pilotes, les Maia ont reçu une base légale avec l'article 78 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, codifié à l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles qui dispose :

« 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 coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

« Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »

Cette loi confère également aux agences régionales de santé (ARS) la mission, codifiée à l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, de financer les Maia¹ et de s'assurer du respect de leur cahier des charges².

• **Simplification de l'énoncé du champ d'intervention des Maia et modification de leur dénomination**

Comme le soulignait le rapport d'évaluation du plan Alzheimer présenté devant le 17^{ème} comité de suivi de ce plan qui s'est tenu le 28 juin 2013, la dénomination « *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer* » pose deux difficultés :

- le terme « *maison* » donne à penser que la Maia est un lieu, un centre, alors qu'il s'agit d'une méthode d'intégration entre structures de soins, d'information et d'accompagnement d'une personne âgée sans création d'une nouvelle entité ;

- l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles prévoyant que sont concernés par les Maia les « *personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie* » et non pas seulement les malades d'Alzheimer, la référence à la maladie d'Alzheimer dans l'acronyme Maia devient trompeuse.

Dès lors, le présent article 52 prévoit de modifier l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles précité afin de :

- remplacer les termes « *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer* » par les termes « *méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* » ;

- supprimer les termes « *atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée* » afin de bien montrer que ce sont l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie qui sont concernées par la méthode Maia, quelles que soient les pathologies dont elles souffrent.

¹ Les Maia sont financées par les ARS sur la base d'une délégation de crédits notifiée par le directeur de la CNSA (section 1, sous-section 2 du budget de la CNSA).

² À partir du suivi et de l'accompagnement rapproché des sites par l'équipe projet nationale Maia et d'un large travail collaboratif, un cahier des charges national des dispositifs Maia a été élaboré et diffusé aux agences régionales de santé (ARS) en janvier 2011. Celui-ci définit le concept d'intégration, les modalités de pilotage des Maia, les six axes permettant de développer l'intégration des services de soins et d'aide et enfin les étapes du processus. Le cahier des charges national des dispositifs Maia donne un cadre d'organisation et une méthodologie devant permettre l'intégration des services. Il appartient en grande partie aux acteurs locaux, sous l'impulsion du pilote, de s'approprier cette démarche en la transposant au contexte local et en s'appuyant sur l'existant et en particulier sur les coordinations déjà existantes à travers principalement les Clic et/ou les réseaux gérontologiques.

• **Dérogation encadrée au secret professionnel des personnels intervenant dans le cadre des Maia**

Le présent article rappelle que les professionnels qui prennent une personne âgée en charge dans le cadre de la méthode Maia sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

L'article 226-13 dispose en effet que *« la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende »*.

Il est toutefois tempéré par l'article 226-14 qui prévoit un certain nombre d'exceptions à ce principe général du secret professionnel, comme par exemple le fait d'informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices¹.

Le présent article prévoit une exception supplémentaire, puisqu'il dispose que, par dérogation à l'article 226-13, les professionnels qui interviennent dans le cadre de la méthode Maia peuvent échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret relatifs à l'état de la santé de la personne, 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 Maia. Un tel recueil et partage d'information s'avère en effet indispensable à l'efficacité du travail des professionnels qui interviennent dans le cadre des Maia. Il contribuera à fluidifier le parcours des personnes âgées et à assurer une meilleure prise en charge.

¹ L'article 226-14 du code pénal dispose que *« l'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :*

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées 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 ;

2° Au 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 et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux 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.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire. »

Le présent article prévoit plusieurs garde-fous, afin d'éviter tout risque de dérives :

- 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. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ou à l'article L. 111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. A défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées ;

- la nature des informations qui peuvent être transmises entre les professionnels qui interviennent dans le cadre de la méthode Maia, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires sera précisée par un décret en Conseil d'État, pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dans un souci de coordination, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel visant à remplacer à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles qui définit les sept sections dans lesquelles la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) retrace ses ressources et ses charges les termes « *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer* » par les termes « *méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* ».

III - La position de la commission

Votre commission a adopté un **amendement** rédactionnel présenté par ses rapporteurs.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

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 et des centres locaux d'information et de coordination gérontologique à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Objet : Cet article prévoit que les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité et les centres locaux d'information et de coordination gérontologique pourront participer à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale en appréciant la nature des besoins de la population et en dressant un bilan de l'offre existante.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles dispose notamment que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale « *apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population* » et « *dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante* ».

Ces schémas sont établis par les autorités définies à l'article L. 312-5. Il s'agit notamment :

- des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, qui établissent, sur proposition de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un schéma au niveau national pour les établissements ou services accueillant des catégories de personnes pour lesquelles les besoins ne peuvent être appréciés qu'à ce niveau ;
- du président du conseil général qui adopte les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie dans le département.

Le présent article insère un alinéa à l'article L. 312-4 pour prévoir que les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai) peuvent contribuer, en réponse à la demande des autorités compétentes pour l'élaboration des schémas, à l'analyse de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population et au bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante.

Origine et missions des Creai

Le 22 janvier 1964, un arrêté du ministère de la santé instituait, dans chaque région de France métropolitaine et dans les Dom-Tom, un Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (Creai). Il s'agissait d'organiser un lieu ouvert à tous les partenaires de l'action sociale en vue de favoriser leur collaboration et de créer une équipe technique compétente à la disposition du terrain et de l'administration qui venait d'être mise en place (les Ddass et Drass). Les Creai devaient également jouer un rôle important dans le domaine de l'information et de la formation. Un commissaire du Gouvernement veillait au bon fonctionnement de l'organisme et l'Etat accordait une subvention de fonctionnement.

Une note de service interministérielle du 13 janvier 1984 définissait ainsi les missions des Creai : « *Les Creai ont pour mission principale d'être des lieux de repérage et d'analyse des besoins et d'étude des réponses à y apporter, des lieux de rencontre et de réflexion entre les élus, les représentants des forces sociales et ceux des administrations concernées, de fournir des analyses et des avis techniques aux décideurs, ainsi qu'aux gestionnaires des établissements et services. Ils ont, à cet égard, un rôle important à jouer comme outil technique au service des responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique en faveur des personnes handicapées et inadaptées à l'échelon régional* ». En 1989, les Creai se sont rassemblés au sein de l'Association nationale des Creai, afin de disposer d'une tête de réseau.

La spécificité et l'intérêt des Creai se situent dans leur implantation et ancrage régional depuis plusieurs décennies : ils connaissent particulièrement le paysage sanitaire, social et médico-social de leur région qu'ils mettent en perspective et enrichissent d'une vision globale et nationale et grâce aux travaux menés par l'Ancreai.

La circulaire DGCS/SD3A/2011/103 du 17 mars 2011 relative à la répartition de la contribution de la CNSA au financement des ARS, et au financement des Creai, précise que les Creai « *proposent une offre de service intéressant à la fois les décideurs publics dans le champ des personnes handicapées et en situation de vulnérabilité et d'exclusion, les gestionnaires de structures sociales et médico-sociales et les usagers* ». Les ARS sont désignées comme déléguaires des crédits destinés à leur financement, au titre du programme 157 « Handicap et dépendance ».

Source : Site Internet de l'Ancreai

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à permettre également aux centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic) de contribuer, en réponse à la demande des autorités compétentes pour l'élaboration des schémas susmentionnés, à l'analyse de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population et au bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante.

Les missions des Clic

Les Clic sont des guichets d'accueil, de conseil et d'orientation des personnes âgées présents au niveau local partout sur le territoire.

Ils assurent l'information des retraités et des personnes âgées sur l'ensemble des dispositifs en leur faveur : accès aux droits, aides et prestations, mais également services de soutien à domicile, offres de soins, loisirs, structures d'accueil...

Ils les orientent ensuite vers les organismes adaptés à leurs besoins et peuvent les aider à constituer les dossiers nécessaires à la perception de différentes aides ou *minima* sociaux tels que l'aide sociale des caisses de retraite, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou bien encore l'allocation de solidarité pour les personnes âgées (Aspa).

Les équipes médico-sociales des Clic peuvent élaborer un plan d'aide à l'autonomie dont elles assurent la mise en œuvre et le suivi, sur la base d'une évaluation du lieu de vie de la personne âgée.

Les Clic organisent également des actions collectives d'information et de formation. Y sont abordés des sujets tels que la mémoire, la prévention routière, le rôle des proches aidants ou bien encore la nutrition.

Pour les professionnels du secteur gérontologique, les Clic animent et développent les réseaux de professionnels. Ils coordonnent également les dispositifs existants, services à la personne comme établissements.

III - La position de la commission

Vos rapporteurs ont souligné l'apport précieux qui sera celui des Creai et des Clic pour participer, à la demande des autorités compétentes, à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 53 bis

(art. L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles)

**Contenu des schémas départementaux d'organisation sociale
et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées
ou en perte d'autonomie**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, précise le contenu des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie.*

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article est issu d'un amendement déposé par Mme Jeanine Dubié et adopté par l'Assemblée nationale en séance publique avec deux avis favorables de la commission et du Gouvernement.

Il vise à préciser le contenu des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie 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 (ARS), qui sont prévus à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

Dans cette perspective, il dispose à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles que « *l'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinées aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants* ».

La version actuellement en vigueur de cet article indique que « *l'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité* ». La nouvelle rédaction adoptée par l'Assemblée nationale vise donc à bien rappeler que cette « *offre de services de proximité* » est destinée « *aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie* » et qu'elle est également destinée à « *leurs proches aidants* », auxquels le présent projet de loi consacre de nombreuses dispositions.

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale vise aussi à préciser que ces schémas « *comportent des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes* ». L'adaptation des logements existants et l'offre de nouveaux logements adaptés constituent en effet un enjeu majeur de l'adaptation de la société au vieillissement car ils permettent de prévenir le plus longtemps possible la perte d'autonomie.

II - La position de la commission

Votre commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un **amendement** visant à améliorer la rédaction de cet article.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 54

(art. L. 1431-2 et L1434-12 du code de la santé publique)

Prise en compte des proches aidants dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale

Objet : Cet article vise à assurer la prise en compte des besoins d'accompagnement et de répit des proches aidants des personnes âgées et des personnes handicapées par les schémas régionaux d'organisation médico-sociale élaborés par les agences régionales de santé dans le cadre de leurs projets régionaux de santé.

I - Le dispositif proposé

En vertu de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique, les agences régionales de santé (ARS) sont chargées de réguler, d'orienter et d'organiser 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.

A ce titre, elles contribuent notamment 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 en établissements une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux.

Le présent article, reprenant plusieurs des axes forts du projet de loi, vise à enrichir l'article L. 1431-2 en prévoyant que les agences régionales de santé contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées et les actions de modernisation de l'aide à domicile.

L'article L. 1434-12 du code de la santé publique prévoit que le schéma régional d'organisation médico-sociale (Sroms) établi par l'ARS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la

population handicapée ou en perte d'autonomie. Le présent article rajoute parmi les objets du Sroms la nécessité de répondre aux besoins de répit et d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le présent article prévoit également que le Sroms 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 pour tout ce qui concerne les services et les actions destinés aux proches aidants.

Enfin, le présent article veille également à remplacer au b du 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique les termes « *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer* » par les termes « *méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie* ».

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article après lui avoir apporté des modifications purement rédactionnelles.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un **amendement** visant à améliorer la rédaction de cet article.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 54 bis

(art. L. 114-3, L. 114-3-1, L. 149-1, L. 149-2 [nouveau], L. 146-1, L. 146-2, L. 531-7, L. 541-4 et L. 581-1 du code de l'action sociale et des familles)

**Création des conseils départementaux
de la citoyenneté et de l'autonomie**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, propose la création d'un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie afin d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département à la place des comités départementaux des retraités et des personnes âgées et des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, qui figurait dans l'avant-projet de loi issu de la vaste concertation menée par Mme Michèle Delaunay, en avait été retiré au moment où le Gouvernement avait évoqué une éventuelle suppression des départements. Il a été rétabli dans le projet de loi par un amendement du Gouvernement adopté en première lecture en séance publique par l'Assemblée nationale.

• **Un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) pour assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département**

Le présent article crée dans tous les départements un conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie afin d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie dans le département.

Dans la mesure où les politiques du handicap et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées appellent de nombreuses réponses communes et relèvent en grande partie des mêmes acteurs, cette instance de participation et de consultation vise à regrouper les instances de participation qui existaient précédemment de façon séparée pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.

L'entrée en vigueur du présent article et la création des CDCA entraînera donc la disparition des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (Coderpa) et celle des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH). Dans cette perspective, le présent article prévoit l'abrogation de l'article L. 146-2 du code de l'action sociale et des familles.

Les Coderpa

L'article L 149-1 du code de l'action sociale et des familles définit les missions des Coderpa :

Le comité départemental des retraités et personnes âgées est une instance consultative placée auprès du président du conseil général.

« 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. »

Le Coderpa constitue un lieu de dialogue, d'information, de réflexion et de proposition. Il est consulté sur les projets d'application territoriale des textes réglementaires concernant les personnes âgées.

Il peut débattre de sa propre initiative de toute question concernant les personnes âgées et se voir confier, par le président du conseil général, toute mission au bénéfice des personnes âgées. Il établit, chaque année, un rapport sur la mise en œuvre des programmes intéressant les personnes âgées.

Les CDCPH

L'article L. 146-2 du code de l'action sociale et des familles définit ainsi les missions des CDCPH :

« Le conseil départemental consultatif des personnes handicapées donne un avis et formule des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale et sur les mesures à mettre en œuvre au plan local pour assurer la coordination des interventions de tous les partenaires institutionnels ou associatifs, notamment en matière de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle, d'accessibilité, de logement, de transport, d'accès aux aides humaines ou techniques et d'accès au sport, aux loisirs, au tourisme et à la culture.

Il est informé de l'activité de la maison départementale des personnes handicapées prévue à l'article L. 146-3.

Il est également informé du contenu et de l'application du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.

La composition, les conditions de nomination des membres du conseil ainsi que ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

Chaque conseil départemental consultatif des personnes handicapées est chargé de réaliser, dans un délai de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, un recensement du nombre de personnes handicapées résidant dans le département et de la nature de leur handicap.

Il bénéficie pour cela d'un accès aux documents et données de la commission mentionnée à l'article L. 146-9, des hôpitaux, des centres d'accueil et d'hébergement des personnes handicapées et de tout autre institution susceptible de lui fournir des indications précises à ce sujet.

Le conseil départemental consultatif des personnes handicapées est tenu de respecter les dispositions législatives et réglementaires en vigueur en visant à protéger le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité des informations médicales. »

• **Le champ de compétence des CDCA**

Le présent article prévoit que le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie permettra la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie.

Le champ de ses attributions est très large puisqu'elles couvrent notamment la prévention, l'accessibilité, le logement, le transport, l'accès aux soins et l'accompagnement médico-social, l'accès aux aides humaines ou techniques, l'accès à l'activité physique, aux loisirs, au tourisme et à la culture, à la scolarisation et à l'intégration sociale et professionnelle.

Cette liste particulièrement fournie vient étoffer un peu plus celle qui était énoncée par l'article L 146-2 du code de l'action sociale et des familles à propos des CDCPH et qui prévoyait leur compétence en matière de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle, d'accessibilité, de logement, de transport, d'accès aux aides humaines ou techniques et d'accès au sport, aux loisirs, au tourisme et à la culture.

Un tel degré de précision est en revanche une nouveauté pour les instances de participation des personnes âgées, puisque la loi ne précisait nullement le champ d'attribution des Coderpa.

• **Les missions des CDCA**

Le présent article prévoit que les CDCA seront consultées sur l'ensemble des documents qui déterminent la conduite des politiques de l'autonomie dans le département :

- le schéma régional de prévention, qui inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire et qui organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire ;

- les schémas régionaux et départementaux d'organisation sociale et médico-sociale qui apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante, 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, précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas ;

- la programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués par l'agence régionale de santé, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie ;

- le programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires établi dans chaque département par la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées créée par l'article 3 du présent projet de loi. Dans le cadre de ce programme, la conférence des financeurs améliore l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles, programme les aides correspondant au forfait autonomie, appuie les initiatives de prévention au niveau local ainsi que les actions d'accompagnement des proches aidants ;

- les rapports d'activité de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), de la conférence des financeurs et des services du département chargés des personnes âgées avant leur transmission à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé ;

- les conventions signées entre le département et ses partenaires en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre.

Le CDCA est également informé du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat, du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.

Il formule des recommandations sur le développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département.

Il transmet, au plus tard le 30 juin de chaque année, au Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) et à la CNSA un rapport sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, dont la synthèse fait l'objet d'une présentation dans chacune de ces instances.

Il peut débattre, de sa propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie et formuler des propositions sur les orientations de cette politique. Il peut être saisi par toute institution souhaitant le consulter.

• **La composition et l'organisation des CDCA**

Le CDCA est présidé par le président du conseil général.

Organe consultatif et non décisionnel, il a vocation à rassembler l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de l'autonomie dans le département.

a) Le CDCA comprendra de nombreux membres de droit

Le CDCA comprend naturellement des représentants des personnes âgées, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants, qui participent par son biais à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques qui les concernent.

Il comprend également en tant que membres de droit des représentants de l'ensemble des institutions et organismes qui participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, notamment des représentants du département, d'autres collectivités territoriales et d'établissements publics de coopération intercommunale, de l'agence régionale de santé (ARS), des services départementaux de l'État, de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) dans le département, du recteur d'académie et de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dirrecte).

Il comprend également des représentants des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie (Cnav, MSA, RSI, Cnam), des fédérations des institutions de retraite complémentaire Agirc-Arrco, des mutuelles, des autorités organisatrices de transport, des bailleurs sociaux, des architectes urbanistes, des professionnels et gestionnaires des établissements sociaux et médico-sociaux.

Toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de l'autonomie peut y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

b) Une organisation en formations spécialisées et en collèges

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie siège en formation plénière ou en formation spécialisée, selon les publics intéressés.

Il comporte au moins deux formations spécialisées compétentes, respectivement, pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Ces deux formations, héritières de la Coderpa et de la CDCPH, pourront traiter des spécificités respectives de la politique du handicap et de la politique de prise en charge des personnes âgées d'autre part.

Au sein de chaque formation spécialisée seront constitués plusieurs collèges, dont au moins un collège des représentants des usagers et un collège des représentants des institutions. Ce collège des institutions sera chargé de contribuer à la coordination de ces dernières sur le territoire.

Le collège des représentants des institutions compétent pour les personnes âgées sera notamment composé des membres de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées créée par l'article 3 du projet de loi, à savoir le président du conseil général, le directeur général de l'ARS ou son représentant, des représentants du

département et d'autres collectivités territoriales ou établissements de coopération intercommunale, de l'Agence nationale de l'habitat dans le département, des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie ainsi que des régimes de retraite complémentaire Agirc-Arrco ainsi que les mutuelles.

Le présent article précise enfin que la composition du CDCA, ses modalités de fonctionnement, les modalités de désignation de ses membres et leur répartition en formations spécialisées et en collèges seront fixées par décret.

II - La position de la commission

Votre commission considère que les CDCA devraient permettre une meilleure consultation de proximité des personnes âgées et des personnes handicapées sur l'élaboration et la mise en œuvre des politiques qui les concernent. Ils auront en outre le grand mérite de rassembler l'ensemble des acteurs de la politique de l'autonomie dans le département au sein d'un organisme consultatif unique.

A l'initiative de ses rapporteurs, votre commission a adopté **quatre amendements** visant à :

- inclure l'habitat collectif, l'urbanisme et la vie associative dans la liste des compétences des CDCA ;

- préciser la nature des recommandations que formuleront les CDCA pour développer la bientraitance, en indiquant qu'ils formuleront des recommandations de nature à garantir le respect des droits et la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques ;

- prévoir que les CDCA formuleront également des recommandations visant à assurer le soutien et la valorisation des proches aidants dans le département ;

- rappeler que le CDCA donne un avis sur la constitution d'une maison départementale de l'autonomie (MDA) et qu'il est informé de son activité et de ses moyens par le président du conseil général ;

- prévoir la présence au CDCA de représentants des retraités et de représentants des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées, notamment *via* l'association Monalisa (mobilisation nationale contre l'isolement des âgés) ;

- améliorer la rédaction de l'article.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 54 ter
(art. L. 149-3 [nouveau] du code de l'action sociale et des familles)

Création des maisons départementales de l'autonomie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, encadre le processus de création de maisons départementales de l'autonomie regroupant les maisons départementales des personnes handicapées et les services des conseils généraux chargés de la prise en charge des personnes âgées.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article, qui figurait dans l'avant-projet de loi issu de la vaste concertation menée par Michèle Delaunay, en avait été retiré au moment où le Gouvernement avait évoqué une éventuelle suppression des départements. Il a été rétabli dans le projet de loi par un amendement du Gouvernement adopté en première lecture en séance publique par l'Assemblée nationale.

• Des expérimentations de maisons départementales de l'autonomie ont déjà été menées

Plusieurs départements ont d'ores-et-déjà mis en place des maisons départementales de l'autonomie (MDA) regroupant les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et tout ou partie des services des départements consacrés aux personnes âgées.

a) Les maisons départementales des personnes handicapées, guichet unique pour les personnes handicapées mis en place par la loi de 2005 sur le handicap

Créées 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, les MDPH sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants. Il existe une MDPH dans chaque département, fonctionnant comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap.

En son sein, une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de la personne handicapée, afin de lui permettre de faire reconnaître ses droits à compensation par la commission des droits et de l'autonomie.

b) Les maisons départementales de l'autonomie : créer un guichet unique pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées

La création d'une maison départementale de l'autonomie (MDA) consiste à mutualiser les missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, éventuellement, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées.

Certains départements ont ainsi entrepris, sans que les maisons départementales de l'autonomie aient jusqu'ici bénéficié d'un encadrement juridique, un rapprochement méthodologique, voire géographique de leurs équipes d'accueil et, parfois, d'évaluation de la situation des personnes âgées ou handicapées.

Ainsi, selon la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), 37 départements ont déjà mis en œuvre une mutualisation des fonctions d'accueil et d'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées, souvent en lien avec une territorialisation des lieux d'accueil. 20 départements supplémentaires auraient l'intention de s'engager prochainement dans la même démarche.

En outre, plus du tiers des départements ont rapproché leurs équipes d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce rapprochement consiste en un partage des compétences dans 75% des cas et en une interchangeabilité des équipes dans 25 % des cas.

La CNSA a décidé d'accompagner d'un point de vue financier et méthodologique trois projets de création de MDA : ceux du Cantal, de la Corrèze et de la Côte-d'Or.

Le 1^{er} janvier 2011, les trois départements expérimentateurs ont lancé la démarche de création d'une MDA. Un bilan de leur fonctionnement a été réalisé mi-2013 et a fait l'objet d'une présentation à la commission Aide à domicile du conseil de la CNSA en octobre 2013.

Il ressort de ce bilan, selon la DGCS, que la création d'une MDA peut permettre de :

- simplifier les démarches des usagers et de leur proposer un service identifié en termes d'accueil, d'orientation, d'évaluation, de suivi, d'animation territoriale et de travail en réseau ;

- favoriser des économies d'échelle ;

- développer une culture de l'autonomie en mettant en œuvre une méthode et des outils communs pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées.

- **Des maisons de l'autonomie dépourvues de la personnalité morale**

Afin de fournir un cadre légal aux regroupements qui ont déjà été menés par un certain nombre de départements et d'encadrer ceux qui seront amenés à se développer à l'avenir, le présent article autorise la création par le président du conseil général d'une maison de l'autonomie.

Cette maison de l'autonomie ne dispose pas de la personnalité morale. Elle regroupe la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) - qui dispose pour sa part de la personnalité morale et est organisée sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) - ainsi que les personnels et moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

- **Les missions des maisons de l'autonomie**

Les maisons de l'autonomie se voient confier des missions d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation des personnes âgées, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants.

Le cas échéant, elles peuvent également se voir confier l'instruction des demandes, l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées.

- **Le processus de constitution des maisons de l'autonomie**

La constitution d'une maison de l'autonomie par regroupement de la MDPH et des personnels et moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées se fait à l'initiative du président du conseil général.

Elle est soumise à l'avis conforme de la commission exécutive de la maison départementale des personnes handicapées et à l'avis du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

- **La labellisation des maisons de l'autonomie**

La loi prévoit un encadrement très succinct des maisons de l'autonomie, qui doivent s'adapter à la diversité des territoires et peuvent être relativement différentes d'un département à l'autre.

Toutefois, afin d'encourager la qualité du service rendu aux usagers, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pourra délivrer le label de maison départementale de l'autonomie aux maisons de l'autonomie qui respecteront les prescriptions d'un cahier des charges défini par décret.

II - La position de la commission

Vos rapporteurs ont salué la rédaction particulièrement équilibrée de cet article, de nature à rassurer les acteurs en charge des politiques du handicap, en ce qu'elle permet la création d'une maison départementale de l'autonomie à l'initiative du président du conseil général mais précise que :

- l'avis conforme du comité exécutif de la MDPH est nécessaire pour autoriser cette création ;

- la MDPH continuera à posséder une existence autonome sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) ;

- la MDA ne possèdera pas la personnalité morale.

Votre commission a ensuite adopté un **amendement** prévoyant que le président du conseil général transmet chaque année au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) les données relatives à l'activité et aux moyens de la MDA.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 55

Demande d'habilitation pour réformer le contentieux de l'aide sociale

Objet : Cet article autorise le Gouvernement à réformer le contentieux de l'aide sociale par ordonnances.

I - Le dispositif proposé

Le contentieux de l'aide sociale relève de juridictions administratives spéciales

Les juridictions de l'aide sociale sont des juridictions spéciales qui appartiennent à l'ordre administratif. Elles sont compétentes en cas de contestation d'une décision relative à l'attribution d'une prestation d'aide sociale - allocation personnalisée d'autonomie (APA) et prestation de compensation du handicap (PCH) par exemples - par le préfet de département ou par le président du conseil général.

Cette contestation s'effectue :

- en première instance, devant une commission départementale de l'aide sociale (CDAS), présente dans chaque département, dont la composition est déterminée par l'article L. 134-6 du code de l'action sociale et des familles ;

-
- en appel, devant la commission centrale d'aide sociale (CCAS), dont la composition est déterminée par l'article L. 134-2 du code de l'action sociale et des familles ;
 - en cassation, devant le Conseil d'Etat.

• **Deux décisions du Conseil constitutionnel ont fragilisé la composition des commissions départementales de l'aide sociale et de la commission centrale d'aide sociale**

Le contentieux de l'aide sociale a été grandement fragilisé par la censure par le Conseil constitutionnel de plusieurs dispositions déterminant la composition des commissions départementales de l'aide sociale et de la commission centrale d'aide sociale pour méconnaissance des principes constitutionnels d'indépendance et d'impartialité de la justice.

a) La décision n° 2010-110 QPC du 25 mars 2011 a censuré des dispositions fixant la composition des commissions départementales d'aide sociale (CDAS)

Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 134-6 du code de l'action sociale et des familles prévoyaient que trois conseillers généraux élus par le conseil général et trois fonctionnaires de l'État en activité ou à la retraite, désignés par le représentant de l'État dans le département, siègent à la commission départementale de l'aide sociale.

Par sa décision n°2010-110 QPC du 25 mars 2011, le Conseil constitutionnel a estimé que « *ni l'article L. 134-6 ni aucune autre disposition législative applicable à la commission départementale d'aide sociale n'institue les garanties appropriées permettant de satisfaire au principe d'indépendance des fonctionnaires siégeant dans cette juridiction et que ne sont pas davantage instituées les garanties d'impartialité faisant obstacle à ce que des fonctionnaires puissent siéger lorsque cette juridiction connaît de questions relevant des services à l'activité desquels ils ont participé* ».

Il a également considéré que « *méconnaît également le principe d'impartialité la participation de membres de l'assemblée délibérante du département lorsque ce dernier est partie à l'instance* ».

Par conséquent, le Conseil constitutionnel a censuré les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 134-6 du code de l'action sociale et des familles.

b) La décision n° 2012-250 QPC du 8 juin 2012 a censuré des dispositions fixant la composition de la commission centrale d'aide sociale

Le quatrième alinéa de l'article L. 134 2 du code de l'action sociale et des familles prévoyait que sont membres des sections ou sous-sections de la commission centrale d'aide sociale des fonctionnaires désignés par le ministre chargé de l'action sociale ; le sixième alinéa de cet article permettait au ministre chargé de l'aide sociale de nommer comme rapporteurs des fonctionnaires des administrations centrales des ministères, chargés

d'instruire les dossiers soumis à la commission et ayant voix délibérative ; son septième alinéa prévoyait que le même ministre pouvait nommer comme commissaires du gouvernement chargés de prononcer leurs conclusions sur les dossiers des fonctionnaires du ministère chargé de l'aide sociale.

Par sa décision n° 2012-250 QPC du 8 juin 2012, le Conseil constitutionnel a estimé « *que ni l'article L. 134-2 du code de l'action sociale et des familles ni aucune autre disposition législative applicable à la commission centrale d'aide sociale n'instituent les garanties appropriées permettant de satisfaire au principe d'indépendance des fonctionnaires membres des sections ou sous sections, rapporteurs ou commissaires du gouvernement de la commission centrale d'aide sociale et que ne sont pas davantage instituées les garanties d'impartialité faisant obstacle à ce que des fonctionnaires exercent leurs fonctions au sein de la commission lorsque cette juridiction connaît des questions relevant des services à l'activité desquels ils ont participé* ».

Par conséquent, le Conseil constitutionnel a censuré les dispositions des quatrième, sixième et septième alinéas de l'article L. 134-2 du code de l'action sociale et des familles.

c) Une habilitation très large du Gouvernement à réformer par ordonnances le contentieux de l'aide sociale

Le présent article autorise le Gouvernement, en vertu de l'article 38 de la Constitution, à adopter par ordonnances des dispositions relevant du domaine de la loi de nature à :

- supprimer les commissions départementales d'aide sociale et instituer, pour les décisions dont elles avaient à connaître, un recours administratif préalable obligatoire (Rapo) ;

- fixer les règles constitutives et le mode de composition de la juridiction compétente en matière d'aide sociale en remplacement de la commission centrale 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 de la justice ;

- modifier les limites de la compétence des juridictions de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire dans le contentieux de l'aide sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Comme l'a précisé devant votre commission Mme Catherine Di Folco, rapporteur pour avis de la commission des lois, la nécessité de prévoir une réforme globale de l'organisation du contentieux de l'aide sociale, telle que la propose le Gouvernement au présent article 55, n'est

nullement nécessaire pour résoudre le problème juridique posé par les deux décisions QPC du Conseil constitutionnel, qui remettaient seulement en cause la composition des commissions départementales d'aide sociale (CDAS) et de la commission centrale d'aide sociale (CCAS) pour défaut d'impartialité et d'indépendance.

C'est pourquoi votre commission a adopté **l'amendement présenté par Mme Di Folco au nom de la commission des lois** et visant à restreindre le champ des ordonnances à la fixation des règles de composition des CDAS et de la CCAS, pour leur permettre de fonctionner de nouveau de manière satisfaisante.

La réforme globale du contentieux de l'aide sociale, quant à elle, pourra figurer dans le projet de loi sur « *la justice du 21^{ème} siècle* ».

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE MER

Article 56

Application de la loi outre-mer

Objet : Cet article précise les conditions d'application de la loi dans les outre-mer.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à préciser les modalités d'application de la loi dans les différents départements et collectivités d'outre-mer.

• L'application de la loi en Guyane, en Guadeloupe, à La Réunion et en Martinique

Ces départements d'outre-mer sont soumis au principe d'identité législative mais des adaptations du droit peuvent y être opérées afin de prendre en compte les caractéristiques et les contraintes spécifiques de ces territoires. Le 1° du présent article décrit ces adaptations.

a) Dispositions relatives à la conférence des financeurs

Le présent article crée deux articles nouveaux au sein du chapitre I^{er} du titre II du livre V du code de l'action sociale et des familles.

L'article L. 521-2 nouveau prévoit que le chapitre créé par l'article 3 du présent projet de loi s'applique en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy dans les conditions prévues aux articles L. 1442-1 à L. 1442-6 du code de la santé publique, relatifs à l'agence de santé commune à ces trois territoires.

L'article L. 521-3 nouveau précise qu'un décret en Conseil d'Etat doit fixer les conditions particulières d'adaptation applicables en Guyane.

b) Dispositions ne s'appliquant pas

Les articles 11, 12 et 14 modifient en effet des articles du code de l'action sociale et des familles qui ne sont pas applicables dans les départements d'outre-mer. L'article 13 est relatif aux établissements conventionnés à l'aide personnalisée au logement, qui n'existe pas sous cette forme. Le c) du présent article prévoit donc que les articles 11 à 14 ne sont pas applicables dans les départements d'outre-mer.

Par suite, le 1° de l'article L. 14-10-10 du CASF, dans sa rédaction issue de l'article 5 n'est pas applicable dans les départements d'outre-mer. Il s'agit en effet d'une disposition relative au forfait autonomie, destiné au financement des résidences autonomie prévues à l'article 11.

c) Dispositions nécessitant une adaptation

L'article 40 du projet de loi modifie la rédaction de l'article L. 342-3 du CASF. Il prévoit plusieurs dispositions relatives à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées. Une de ces dispositions fait référence à la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement (APL). Le d) du présent article tire la conséquence de l'absence de cette aide dans les départements d'outre-mer et renvoie à des conditions fixées par décret au lieu des conditions fixées par la convention APL.

• **A Saint-Barthélemy et à Saint-Martin**

A 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 compétences de ces collectivités.

a) Dispositions relatives à la conférence des financeurs

Un article L. 581-10 est créé au sein du code de l'action sociale et des familles afin d'adapter les dispositions de l'article 3 du projet de loi, relatives à la conférence des financeurs, au ressort territorial de l'agence de santé commune à la Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Un décret en Conseil d'Etat doit venir préciser les modalités d'adaptation de ces dispositions.

b) Dispositions ne s'appliquant pas

Comme pour les départements d'outre-mer et pour des raisons similaires, les articles 11, 12, 13, 14 et 16 ainsi que le 1° de l'article L. 14-10-10 du CASF dans sa rédaction issue de l'article 5 ne s'appliquent pas.

Les collectivités de Saint-Barthélemy et de Saint Martin s'étant vu transférer la compétence en urbanisme, construction, habitation et logement et en matière de circulation routière et de transports (en juillet 2007 et avril 2012 respectivement), les articles 15 (modifiant la loi fixant le statut de la copropriété) et l'article 18 (modifiant le code des transports) n'y sont pas applicables.

c) Adaptation

Enfin, l'aide personnalisée au logement (APL) n'existant pas à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, une adaptation du même ordre que celle prévue pour les départements d'outre-mer doit être opérée. Pour l'application de l'article L. 342-3 du CASF, la référence à la convention APL est remplacée par un renvoi à un décret.

• **L'application de la loi à Saint-Pierre-et-Miquelon**

A Saint-Pierre-et-Miquelon, le régime législatif est applicable de plein droit, à l'exception des dispositions intervenant dans le domaine de compétences de cette collectivité, conformément à l'article LO. 6413-1 du code général des collectivités territoriales (CGCT).

Les adaptations prévues sont du même ordre que celles prévues pour Saint-Barthélemy et Saint-Martin. Il est tenu compte du fait que c'est le préfet qui y exerce les compétences de l'ARS (création d'un article L. 531-10 du CASF). En vertu de la compétence de la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon en matière d'urbanisme, de construction, d'habitation et de logement (article LO. 6414-1 du CGCT), les articles 11 à 16 et la nouvelle rédaction de l'article L. 14-10-10 du CASF dans sa rédaction issue de l'article 5 n'y sont pas applicables. L'article 18 est toutefois applicable, cette collectivité n'étant pas compétente en matière de transports.

L'APL n'existant pas dans cette collectivité, une adaptation des dispositions de l'article L. 342-3 est également prévue.

Enfin, l'article 49 relatif aux maisons départementales de l'autonomie n'est pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, en raison de l'existence d'une maison territoriale de l'autonomie qui dispose d'une structure particulière.

• **L'application de la loi à Mayotte**

Le département de Mayotte est soumis au principe d'identité législative et les lois et règlements entrant en vigueur après le 31 mars 2011 y sont applicables de plein droit. Des adaptations demeurent possibles, notamment pour les matières dans lesquelles une disposition spécifique subsiste.

a) Dispositions relatives à la conférence des financeurs

L'article L. 542-3 du CASF est modifié afin de tenir compte de l'existence d'une agence de santé de l'océan Indien, commune à Mayotte et à La Réunion. Des décrets doivent préciser les adaptations éventuellement nécessaires.

b) Dispositions ne s'appliquant pas

Un certain nombre de dispositions du projet de loi ne trouvent pas à s'appliquer dans la mesure où elles modifient des textes qui ne sont pas applicables à Mayotte.

Il en va ainsi des articles 11 à 14 ainsi que le 1° de l'article L. 14-10-10 du CASF dans sa rédaction issue de l'article 5, comme pour les autres départements d'outre-mer.

Il en va de même des dispositions relatives au droit du travail, Mayotte disposant de son propre code du travail. C'est le cas notamment de l'article 33 relatif à la dispense de la procédure de l'appel à projet et de l'article 37 relatif à l'expérimentation du baluchonnage.

L'aide personnalisée à l'autonomie, l'APL et le chèque emploi service universel (Cesu) n'existent pas non plus dans ce département. Les dispositions les concernant ne trouvent donc pas non plus à s'appliquer.

Enfin, la rédaction initiale de cet article excluait l'application à Mayotte de l'ensemble des dispositions du projet de loi, relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH).

c) Dispositions diverses

Il est également prévu une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 des dispositions des articles 25 et 26.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Au stade de l'examen en commission, un amendement de la rapporteure visant à rectifier une erreur matérielle a été adopté. L'entrée en vigueur différée à Mayotte concerne les articles 26 et 27 et non l'article 25.

L'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014, parue postérieurement aux travaux de rédaction du texte et à son examen par le Conseil d'Etat, a étendu à Mayotte, moyennant certaines adaptations, des dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatives à l'adoption, à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Afin de supprimer toute incohérence entre les dispositions du projet de loi et celles de cette ordonnance, l'Assemblée nationale a, sur proposition du Gouvernement, adopté plusieurs (14) amendements en séance publique. L'ensemble des alinéas prévoyant que des dispositions relatives à l'APA ne s'appliquent pas à Mayotte sont ainsi supprimés.

III - La position de la commission

Les adaptations prévues sont rendues nécessaires par les particularités législatives dont bénéficient certaines collectivités d'outre-mer.

Les amendements adoptés en séance publique, sur proposition du Gouvernement, permettent de tenir compte de l'ordonnance du 7 mai 2014, dont l'article 67 du projet de loi, également inséré par l'Assemblée nationale sur proposition du Gouvernement, prévoit la ratification

Votre commission a adopté **deux amendements** de coordination.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié

Article 57

(art. L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles)

**Modalités d'intervention de la caisse nationale
de solidarité pour l'autonomie outre-mer**

Objet : *Cet article modifie le mode de calcul de concours de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fdans certaines collectivités d'outre-mer.*

I - Le dispositif proposé

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) attribue chaque année des concours financiers aux départements afin de participer au financement de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH), conformément à l'article L. 14-10-5 du CASF. Le montant de ces concours est calculé sur la base de plusieurs critères, dont le potentiel fiscal.

La notion de potentiel fiscal n'est toutefois pas applicable dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin en raison de l'autonomie fiscale dont elles bénéficient. Les concours financiers de la CNSA sont donc actuellement calculés en postulant un potentiel fiscal nul. Ce mode de calcul est particulièrement favorable aux collectivités concernées, le taux de couverture des prestations en question par le concours accordé par l'Etat étant largement au-dessus de la moyenne nationale.

Le présent article vise à faire évoluer les modalités de calcul des concours financiers versés pour le financement de l'APA, de la PCH et des MDPH afin de les rapprocher du droit commun. Il modifie en ce sens l'article L. 14-10-7 du CASF. En ce qui concerne l'APA et la PCH, le dispositif proposé prévoit le calcul d'une quote-part majorée correspondant au double du rapport entre le nombre de bénéficiaires dans les trois collectivités d'outre-mer concernées et le nombre total de bénéficiaires. Cette quote-part est ensuite répartie entre les collectivités concernées.

• **Pour le calcul du concours APA**

L'article 38 crée une deuxième part dans le calcul du montant accordé aux départements pour le versement de l'APA. Il est précisé que le dispositif spécifique créé par le présent article ne se substitue qu'au concours existant -qui devient la première part. Les critères de répartition sont maintenus, à l'exception du potentiel fiscal. Le critère correspondant au nombre de bénéficiaires du RSA voit sa pondération augmenter de 5 % à 30 %.

- **Pour le calcul du concours PCH**

La quote-part prend en compte le nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Les critères de répartition demeurent les mêmes, à l'exception du potentiel fiscal, et leur pondération est réduite d'un tiers à l'exception du critère du nombre de bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP.

- **Pour le calcul du concours MDPH**

Les modifications apportées ne reviennent pas sur la prise en compte du potentiel fiscal. En effet, le problème posé par le mode de calcul actuel est moins aigu dans la mesure où seule la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon a mis en place une maison des personnes handicapées. Les modifications apportées sont donc uniquement rédactionnelles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement de précision rédactionnelle.

III - La position de la commission

Le dispositif proposé a pour effet de diminuer les montants attribués aux trois collectivités d'outre-mer concernées. Pour l'APA, le concours pour 2014, qui s'élevait à 956 000 euros (dont près de 615 000 pour Saint-Martin) aurait été, avec le mode de calcul proposé, de 845 000 euros. Pour la PCH, le concours 2014 aurait été de 326 000 euros au lieu de 356 000 euros.

Toutefois, le taux de couverture des prestations en question demeure largement supérieur à la moyenne nationale, comme le montrent les tableaux ci-dessous :

Comparaison des concours APA pour 2014 selon le mode de calcul

(en euros)

	Concours, méthode actuelle	Taux de couverture	Concours, méthode proposée	Taux de couverture
Saint-Barthélemy	176 039	34,7 %	155 832	31%
Saint-Martin	613 681	45,3 %	535 832	40 %
Saint-Pierre-et-Miquelon	165 808	45,2 %	154 256	42 %
Total	955 528	42,9 %	845 156	38 %
Moyenne nationale		33 %		33 %

NB : Taux de couverture calculé par rapport aux dépenses 2012

Source : Etude d'impact

Comparaison des concours PCH pour 2014 selon le mode de calcul

(en euros)

	Concours, méthode actuelle	Taux de couverture	Concours, méthode proposée	Taux de couverture
Saint-Barthélemy	70 976	88 %	56 726	71 %
Saint-Martin	273 961	79 %	258 299	74 %
Saint-Pierre-et- Miquelon	10 878	100 %	10 878	100 %
Total	355 830	83 %	326 303	74,3 %
Moyenne nationale		39 %		39 %

NB : Taux de couverture calculé par rapport aux dépenses 2012

Source : Etude d'impact

Ce nouveau mode de calcul rapproche la situation des collectivités concernées du droit commun en mettant fin à un système qui leur était particulièrement avantageux. La diminution des ressources qui leur sont affectées ne paraît toutefois pas excessive dans la mesure où elle ne remet pas en cause leur capacité à financer les dépenses liées à la perte d'autonomie. Au total, les sommes en jeu demeurent modestes.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 58

Remise au Parlement par le Gouvernement de deux rapports sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi

Objet : Cet article prévoit la remise par le Gouvernement au Parlement de deux rapports sur l'évaluation de la loi.

I - Le dispositif proposé

Le présent article prévoit que le Gouvernement remet au Parlement deux rapports d'évaluation de la mise en œuvre du présent projet de loi. Le premier rapport doit être transmis, au plus tard le 1^{er} septembre 2016, le second un an après, soit le 1^{er} septembre 2017. Les deux rapports devront avoir été établis après une analyse conjointe de l'Etat et des départements. Ils proposeront, le cas échéant, des évolutions de la loi et de ses mesures d'application.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Compte tenu des délais d'examen du présent projet de loi, la commission a, sur proposition des rapporteurs, adopté **un amendement** prévoyant un délai glissant pour la publication des deux rapports d'évaluation. Celle-ci interviendra, au plus tard, dix-huit mois, puis trente-six mois après la promulgation de la présente loi.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 59

**Suppression de la section V bis
du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**

Objet : Cet article a pour objet de fixer la date de suppression de la section du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dédiée à la mise en réserve du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, en même temps qu'elle instituait la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa), a créé une section V bis au sein du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) consacrée à la mise en réserve du produit de cette nouvelle contribution dans la perspective du « *financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie* ».

L'article 4 prévoit de supprimer cette section. Celle-ci n'aura en effet plus d'objet une fois la loi promulguée puisque la Casa sera bien utilisée à la mise en œuvre des réformes pour lesquelles elle a été créée. Son produit sera par conséquent réparti entre les autres sections du budget de la CNSA. Le présent article fixe la date d'entrée en vigueur de cette suppression au 1^{er} janvier 2015.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Afin de tenir compte des délais d'adoption du présent projet de loi, la commission a, sur proposition des rapporteurs, adopté **un amendement** reportant au 1^{er} janvier 2016 la suppression de la section V bis.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

*Article 60***Entrée en vigueur de l'article 11**

Objet : Cet article prévoit un délai pour l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 11.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 313-2 (deuxième alinéa du III) du code de l'action sociale et des familles (CASF), dans sa rédaction issue de l'article 11 du projet de loi, prévoit un décret pour définir les prestations minimales qui devront être proposées par les résidences autonomie. Le présent article prévoit d'accorder aux résidences autonomie un délai de cinq ans à compter de la parution du décret pour se mettre en conformité.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Un amendement du Gouvernement, adopté en séance publique à l'Assemblée nationale, a complété cet article afin de prévoir la prolongation des autorisations qui viendraient à expirer avant la date d'expiration du délai de mise en conformité. Ces autorisations sont prorogées jusqu'à deux ans après cette date.

Les évaluations externes auxquelles les logements-foyers sont tenus, conformément à l'article L. 312-8 du CASF, devront être réalisées au plus tard un an après l'expiration de ce même délai et porter notamment sur la capacité des structures concernées à mettre en œuvre les prestations exigées. Une évaluation interne devra par ailleurs être communiquée avant l'expiration du délai de cinq ans.

III - La position de la commission

Le socle minimal de prestations que devront offrir les résidences autonomie sera défini par un décret dont les dispositions ne sont, par nature, pas encore connues. Il paraît pertinent de prévoir un délai de mise en conformité afin que les structures concernées puissent mettre en œuvre de manière satisfaisante les prestations qui deviendront ainsi obligatoires.

La prorogation des autorisations et l'extension du délai pour mettre en œuvre une évaluation externe, qui résultent de l'amendement adopté sur proposition du Gouvernement, apparaissent cohérentes. En effet, dans la mesure où la plupart des logements-foyers existant ont reçu leur autorisation avant l'entrée en vigueur de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002¹, cette autorisation étant valable quinze ans, ces établissements devraient renouveler leur autorisation en 2017 et procéder à une évaluation externe au plus tard en janvier 2015. La prorogation des autorisations en cours permettra donc de prendre en compte les règles nouvelles et le socle de prestations obligatoires dans les évaluations et dans l'instruction des demandes d'autorisation à venir.

Ce délai ne concerne que la mise en conformité avec le décret qui définit les prestations minimales offertes par les résidences services. Les autres dispositions de l'article 11 entrent donc en vigueur sans délai.

Si un délai de mise en conformité relativement long apparaît nécessaire, il convient toutefois de ne pas retarder davantage l'entrée en vigueur des dispositions de cette loi qui est attendue depuis longtemps par les acteurs. Afin d'inciter le Gouvernement à prendre dans les plus brefs délais le décret définissant les prestations minimales offertes par les résidences autonomie, votre commission a adopté un **amendement** de ses rapporteurs visant à ce que le délai de cinq ans commence à courir dès l'entrée en vigueur de la loi.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 61

Entrée en vigueur de l'article 14

Objet : Cet article diffère l'entrée en vigueur de l'article 14.

I - Le dispositif proposé

L'article 14 prévoit d'intégrer les logements-foyers et les CHRS dans le répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux, prévu par l'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitat.

Le présent article diffère au 1^{er} janvier 2016 l'entrée en vigueur de ces dispositions pour permettre l'adaptation des systèmes d'information.

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier rénovant l'action sociale et médico-sociale.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen du texte par la commission des affaires sociales, un amendement de précision de la rapporteure visant à ce que la modification rédactionnelle prévue au 1^o de l'article 14 ne fasse pas l'objet d'une entrée en vigueur différée, a été adopté.

Lors de l'examen du texte en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à ce que l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 ne concerne que les bailleurs les plus importants (plus de 1 000 logements). Pour les autres bailleurs, les dispositions concernées entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

III - La position de la commission

L'entrée en vigueur différée de cet article se justifie par la mise en œuvre du traitement informatique des données qui devront être transmises par les bailleurs. Un délai plus long est prévu pour les bailleurs possédant moins de 1 000 logements, qui disposent souvent de moins de moyens.

Compte tenu des délais d'examen du projet de loi, votre commission a adopté **un amendement proposé par la commission des affaires économiques** repoussant d'un an les dates prévues par le présent article.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 61 bis [nouveau]
Entrée en vigueur de l'article 15

Objet : Cet article additionnel prévoit un délai pour l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 15 modifiant le cadre juridique applicable aux résidences services.

L'article 15 modifie de manière substantielle le chapitre IV *bis* de la loi du 10 juillet 1965. Il prévoit, entre autres dispositions, l'interdiction pour le syndic d'être prestataire de services au sein d'une résidence services ainsi que des règles applicables aux conventions conclues avec les prestataires tiers.

Votre commission a adopté le présent amendement portant article additionnel qui prévoit que les dispositions de l'article 15 entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Ce délai permet aux copropriétés concernées de se mettre en conformité avec la loi à l'occasion de leur assemblée générale de fin d'année 2016.

Votre commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 62

Entrée en vigueur de l'article 22

Objet : Cet article précise la date d'entrée en vigueur de l'article 22 du présent projet de loi, relatif aux modalités d'information des personnes âgées accueillies en établissement.

I - Le dispositif proposé

Le présent article dispose que 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 conclus par ces établissements et les documents individuels de prise en charge délivrés par leurs soins, sont mis en conformité avec l'article 22 à l'occasion de leur plus prochaine actualisation et au plus tard dans les dix-huit mois suivant la publication de la loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 63

**Délai de réexamen des situations et droits des bénéficiaires actuels
de l'allocation personnalisée d'autonomie**

Objet : Cet article a pour objet de fixer les modalités d'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'augmentation des plafonds des plans d'aide et au droit au répit.

I - Le dispositif proposé

L'article 29 revoit les modalités de définition du montant du plan d'aide attribué dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'article 38 prévoit quant à lui qu'une partie de la fraction du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) affectée à la section II du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) servira à la revalorisation des plafonds des plans d'aide. Pour que ces mesures puissent trouver une traduction concrète auprès des

bénéficiaires actuels de l'APA, et non des seuls nouveaux bénéficiaires, il est nécessaire que leur situation et leurs droits fassent l'objet d'un réexamen par les services des départements.

C'est ce que prévoit le I du présent article. Il dispose que ce réexamen interviendra dans un délai d'un an à compter de la date de publication du décret prévu à l'article L. 232-3-1 du code de l'action sociale et des familles créé par l'article 29. Ce réexamen ne concernera cependant que les bénéficiaires de l'APA dont les plans d'aide sont les plus élevés. En effet, le I prévoit qu'un décret définisse un seuil correspondant à un certain montant de plan d'aide : seules les personnes dont le montant du plan d'aide excède ce seuil pourront voir leur situation réévaluée. Au sein de cette catégorie, seront réexaminés en priorité les situations et les droits des personnes ayant le degré de dépendance le plus élevé.

Une fois le délai d'un an écoulé, les personnes dont la situation n'aura pas été réexaminée bénéficieront d'une majoration automatique, proportionnelle au montant de leur plan d'aide. Les modalités de cette majoration doivent elles aussi être fixées par décret. L'article précise que cette majoration proportionnelle s'appliquera jusqu'à la notification de la décision du président de conseil général. Cette précision laisse entendre que la majoration proportionnelle ne concernera que les personnes éligibles à un réexamen de leur situation mais dont le dossier n'aura pu être traité dans le délai d'un an prévu par la loi. Cependant, rien ne permet, dans la rédaction actuelle de l'article, d'exclure formellement les personnes non éligibles au réexamen de leur situation de la majoration proportionnelle.

Si l'on s'en tient malgré tout à ce qui semble être l'esprit de l'article, il convient de noter que les conseils généraux n'auront l'obligation de procéder au réexamen des situations et des droits, dans le délai fixé par le présent article, que pour une partie des bénéficiaires de l'APA – ceux dont le montant du plan d'aide sera supérieur au seuil défini par décret –. Les autres ne bénéficieront pas d'un réexamen systématique de leur situation.

Le II du présent article fixe quant à lui les modalités d'entrée en vigueur des dispositions de l'article 36 relatives à la création du droit au répit et à la possibilité de bénéficier d'une augmentation ponctuelle du plan d'aide en cas d'hospitalisation du proche aidant. Verront leur situation réexaminée pour savoir s'ils ont, ou non, droit au bénéfice de ces deux mesures, les personnes qui ne relèvent pas du I du présent article. En pratique, ce sont donc les bénéficiaires de l'APA qui perçoivent les plans d'aide les moins élevés. Le II précise d'ailleurs que les situations des personnes dont le degré de dépendance est le plus élevé seront réexaminées en priorité.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Sur proposition des rapporteurs, la commission a adopté **deux amendements** visant à clarifier les délais de réexamen. Plutôt que de faire référence à la date de publication des décrets d'application des articles 29 et 36, elle a fixé au 1^{er} janvier 2017 la date limite à laquelle les départements devront avoir procédé aux réexamens prévus par le présent article. Dans l'hypothèse, probable et affichée, d'une application pleine et entière du présent projet de loi au 1^{er} janvier 2016, cette date laisse bien un délai d'un an aux départements pour engager les démarches nécessaires.

Les changements proposés permettent en outre d'éviter, au I, la seule référence à l'article 29 du projet de loi. De cette façon, il apparaît sans ambiguïté que les personnes visées par le I de l'article pourront bénéficier d'un réexamen de leur situation et de leurs droits, non seulement au regard de l'augmentation des plafonds d'aide, mais également du droit au répit.

Enfin, votre commission a adopté **un amendement** précisant que les personnes concernées par le deuxième alinéa du I – celles pour lesquelles le réexamen des situations et des droits n'aura pu être effectué dans les temps – sont bien celles visées au premier alinéa du I.

Votre commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 64

Entrée en vigueur des dispositions relatives aux accueillants familiaux

Objet : Cet article a pour objet de prévoir des mesures transitoires pour l'entrée en vigueur des dispositions relatives aux accueillants familiaux.

I - Le dispositif proposé

Le présent article comporte deux types de dispositions concernant les modalités d'application de l'article 39 relatif à l'accueil familial :

- le premier alinéa prévoit qu'un décret fixe les modalités selon lesquelles pourront s'appliquer aux personnes qui disposent déjà d'un agrément les dispositions relatives à la formation des accueillants familiaux, définies par l'article L. 443-11 du code de l'action sociale et des familles, que rétablit l'article 39 ;

- le second dispose que les II et III de l'article 39, relatifs à l'utilisation du chèque emploi services universel (Cesu), n'entreront en vigueur que le 1^{er} janvier 2016.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa rapporteure, l'Assemblée nationale a adopté un amendement corrigeant une erreur de référence.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 65

Entrée en vigueur de l'article 40

Objet : Cet article vise à exclure les contrats en cours de l'application du tarif socle dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

I - Le dispositif proposé

Le présent article exclut du champ de l'article 40 les contrats conclus avant la date d'entrée en vigueur des mesures réglementaires prévues pour sa mise en œuvre. Ne devront donc prévoir un socle de prestations d'hébergement que les contrats conclus une fois les dispositions réglementaires publiées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission reconnaît les risques d'insécurité juridique qui pourraient apparaître si l'ensemble des contrats en cours devaient être revus pour intégrer la référence à un socle de prestations relatives à l'hébergement. Elle souligne cependant que, dans la mesure où ces prestations socles détermineront ensuite un tarif socle, les Ehpad risquent de se retrouver, durant une période relativement longue, dans une situation où s'appliqueront deux régimes différents. Outre les difficultés de gestions propres qui pourront en résulter, la transparence des tarifs ne s'en trouvera probablement pas améliorée. Or l'objectif du projet de loi, notamment à

travers la mise en place du portail géré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), est justement d'améliorer la qualité de l'information fournie aux résidents sur la composition des tarifs hébergement en Ehpad.

Sous ces réserves, votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 66

(art. L. 146-3 et L. 232-17 du code de l'action sociale et des familles)

Entrée en vigueur des articles 49 et 50

Objet : Cet article abroge des articles du code de l'action sociale et des familles rendus caducs par les articles 49 et 50 du présent projet de loi.

I - Le dispositif proposé

Le présent article prévoit que 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 résultant de l'article 49 du présent projet de loi relatif à la liste des données normalisées transmises par les MDPH à la CNSA.

Ce dernier alinéa dispose que « *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* » et il est rendu inutile par les dispositions du nouvel article L. 146-3-1 inséré par l'article 49 du projet de loi dans le code de l'action sociale et des familles.

Le présent article prévoit également que l'article L. 232-17 du même code, qui prévoit la liste des données relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) que transmettent les départements au ministre chargé des personnes âgées, est abrogé à la date de publication des décrets nécessaires à l'entrée en vigueur des articles L. 232-21 et L. 232-21-1 dudit code insérés par l'article 50 du présent projet de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

Votre commission a adopté cet article sans modification.

*Article 67***Ratification d'ordonnance**

Objet : *Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à permettre la ratification de l'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014.*

I - Le dispositif proposé

Si le département de Mayotte est soumis au principe d'identité législative, le processus de convergence des législations n'est pas encore arrivé à son terme.

L'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 a prévu l'extension à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles (CASF). Un certain nombre de dispositions relatives à l'adoption, à l'allocation pour l'autonomie des personnes âgées (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH) y demeuraient toutefois inapplicables. L'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014, prise sur le fondement de l'article 27 de la loi n° 2012-1270 du 20 novembre 2012, achève cette extension moyennant plusieurs adaptations.

En ce qui concerne l'adoption, les restrictions qui avaient été posées par l'ordonnance du 31 mai 2012, sont supprimées et l'extension se fait donc à droit constant. Il s'agit notamment des modalités d'autorisation des organismes dans le domaine de l'adoption, des compétences du Conseil supérieur de l'adoption (CSA) et de l'Agence française de l'adoption pour l'adoption des mineurs étrangers, de dispositions relatives aux infractions à la législation ainsi que des autorisations d'absence dont bénéficient les membres des commission d'agrément.

En ce qui concerne l'APA et la PCH, l'ordonnance prévoit l'application de ces prestations à Mayotte à compter du 1^{er} janvier 2015. Plusieurs dispositions d'adaptation sont prévues au regard du financement de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la CSG et la CSA n'étant pas applicables dans cette collectivité. Des dispositions transitoires sont également prévues pour le calcul des concours de la CNSA au titre de la première année d'application de ces dispositifs. La commission des personnes handicapées est reconnue compétente pour instruire les droits à la PCH. Enfin, un délai est prévu pour la mise en place d'une maison départementale des personnes handicapées au statut de GIP, l'organisation actuelle de cette structure étant prolongée, au plus tard, jusqu'au 1^{er} janvier 2016.

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique cet article additionnel visant à ratifier l'ordonnance du 7 mai 2014.

II - La position de la commission

L'ordonnance du 7 mai 2014 achève le processus de convergence législative de Mayotte en ce qui concerne les dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

Article 68

Demande au Gouvernement d'un rapport sur l'allocation de solidarité aux personnes âgées

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit que le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur les moyens visant à faciliter le recours à l'allocation de solidarité aux personnes âgées par les personnes qui en remplissent les critères d'éligibilité.

I - Le dispositif proposé

Cet article est issu d'un amendement déposé par les députés Huguette Bello et Alfred Marie-Jeanne qui a été adopté par l'Assemblée nationale en séance publique.

Il prévoit que le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur les moyens visant à faciliter le recours à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) par les personnes qui en remplissent les critères d'éligibilité.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) remplace, depuis le 1^{er} janvier 2006, le « minimum vieillesse ». Accordée sous conditions de ressources, elle est destinée à assurer un minimum de revenus aux personnes d'au moins 65 ans (ou ayant atteint l'âge légal de départ en retraite en cas d'inaptitude au travail ou de situations assimilées). Les personnes qui bénéficiaient du minimum vieillesse au 1^{er} janvier 2006 peuvent continuer à le percevoir. Mais elles peuvent également, à tout moment, y renoncer pour percevoir l'Aspa, cette décision étant alors irrévocable.

Toutes les ressources du bénéficiaire ou du couple ajoutées à l'Aspa doivent assurer, depuis le 1^{er} octobre 2014, un revenu minimum égal à :

- 9 600 euros/an ou 800 euros/mois pour une personne seule ;
- 14 904 euros/an ou 1 242 euros/mois pour un couple.

Lorsque le total de l'Aspa et des ressources dépasse le plafond autorisé, l'allocation est réduite du montant du dépassement.

L'Aspa est revalorisée chaque année, au 1^{er} avril.

Une partie de l'Aspa peut être récupérée au moment du décès du bénéficiaire et réduire d'autant les biens transmis aux héritiers. Cette récupération s'effectue sur la partie de la succession nette (une fois les dettes du défunt déduites) excédant 39 000 euros.

II - La position de la commission

Faciliter le recours à l'Aspa par les personnes qui en remplissent les critères d'éligibilité est une nécessité.

Votre commission a adopté cet article sans modification.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. AUDITION DES MINISTRES

La commission procède à l'audition de Mmes Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, sur le projet de loi n° 804 (2013-2014) adopté par l'Assemblée nationale, relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (MM. Georges Labazée et Gérard Roche, rapporteurs).

M. Alain Milon, président. – Nous avons le plaisir de recevoir Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, et Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie pour débattre avec elles du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Les rapporteurs du projet devant la commission des affaires sociales sont MM. Labazée et Roche ; Mme di Folco est rapporteure pour avis de la commission des lois.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. – Les sujets du vieillissement et de la perte d'autonomie sont pour nos concitoyens des préoccupations quotidiennes. Comme vous, Laurence Rossignol et moi avons été parlementaires. Nous avons été confrontées, dans nos permanences, à des demandes très fortes de soutien, d'accompagnement, parfois d'hébergement, pour des personnes âgées vieillissantes, dont certaines avaient perdu leur autonomie.

Notre démarche ne doit pas être purement administrative. Le vieillissement de notre population est un phénomène heureux. La société attend des réponses structurantes pour faire face à ce qu'elle perçoit comme un défi, notamment financier. Sans doute cela explique-t-il qu'au cours des dix dernières années les responsables politiques ont beaucoup parlé de ce que l'on nommait la dépendance, sans avancer de proposition nouvelle. Dès 2012, nous avons engagé l'élaboration de cette loi, conformément à l'engagement pris par le Président de la République. Je tiens à rendre hommage à Michèle Delaunay, qui a œuvré à la préparation de ce texte. Il appartient désormais à Laurence Rossignol de le défendre devant la représentation nationale.

L'examen du texte s'est déroulé dans des conditions particulièrement satisfaisantes à l'Assemblée Nationale. Les députés lui ont apporté des améliorations importantes, consolidant notamment la gouvernance locale de la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées. Vos débats seront, je n'en doute pas, tout aussi fructueux et constructifs. Laurence Rossignol vous présentera en détail le texte issu des travaux de l'Assemblée. Je souhaiterais pour ma part vous exposer les points essentiels qui ont guidé sa construction.

Notre premier choix est de favoriser le maintien à domicile. Ce texte ne concerne donc pas l'hébergement dans des établissements spécialisés. Non qu'il n'y ait aucune question à se poser à ce sujet, mais la première demande de nos concitoyens nous semble être de rester chez eux aussi longtemps que possible. Cette priorité est cohérente avec d'autres choix de la politique gouvernementale, en particulier de la loi de santé, qui met en place une organisation de proximité favorisant le maintien à domicile de personnes malades. Associations et élus ont porté cette demande tout au long de la concertation. Plusieurs mesures, sur lesquelles je reviendrai, traduisent cette ambition : ainsi l'aide à l'adaptation des logements ou encore le soutien aux proches aidants.

Nous voulons apporter des réponses aux inégalités face au vieillissement. Si le temps passe à la même vitesse pour tous, il ne produit pas les mêmes effets, et l'âge accentue les disparités sociales, du fait des conditions de travail ou de logement, et des possibilités inégales de prévention. Il importe donc d'anticiper et de repérer les premiers facteurs de la perte d'autonomie, afin de la prévenir tout au long de la vie. Cette loi aura des effets concrets sur le quotidien de nombreuses personnes : toutes n'ont pas, par exemple, les moyens de réaménager leur intérieur. Un plan national d'adaptation assurera la rénovation de 80 000 logements d'ici 2017. Transformer une salle de bains, faciliter l'accès d'un appartement à un fauteuil roulant semblent des objectifs modestes ; pourtant, quel soulagement pour les personnes qui bénéficieront de cette aide !

Nous avons fait le choix résolu de poursuivre le mouvement de prise en charge collective du vieillissement. Si ce principe semble acquis, vous vous rappelez que d'autres propositions ont, récemment encore, été défendues : elles tendaient à faire évoluer notre système vers une prise en charge au moins partiellement privée, reposant sur la souscription d'assurances. Nous nous inscrivons au contraire dans la perspective ouverte par le gouvernement de Lionel Jospin, lorsqu'il a créé l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La loi d'adaptation de la société au vieillissement constitue une nouvelle étape de cette politique : l'APA sera revalorisée afin d'accroître l'accompagnement à domicile et le reste à charge financier sera réduit.

Notre choix se porte ainsi sur le financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie : la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) financera l'ensemble des droits nouveaux. Elle est désormais intégralement affectée à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les ressources qui ne seront pas utilisées en 2015 iront à la politique d'accompagnement de la perte d'autonomie. 300 millions d'euros seront ainsi dédiés à un plan pluriannuel d'aide à l'investissement sur la période 2015-2017.

Laurence Rossignol et moi avons décidé d'affecter une partie de la Casa à une mesure de justice sociale pour les salariés de l'aide et des soins à domicile. En décidant d'agréer l'avenant salarial signé par les partenaires sociaux en novembre dernier, nous autorisons la revalorisation de 1% des salaires, gelés depuis 2009, avec un effet rétroactif au 1^{er} juillet 2014. Cette mesure modeste a été saluée comme le début d'un déblocage longtemps attendu. Elle bénéficiera aux 230 000 professionnels du secteur - dont 97 Di% sont des femmes - qui œuvrent au quotidien pour améliorer la prise en charge des personnes fragilisées.

Nous faisons enfin le choix stratégique de porter une politique globale. Le vieillissement n'est pas un phénomène uniforme, et nous n'entendons pas nous concentrer uniquement sur la perte d'autonomie. Nous soutenons un projet de transformation de l'ensemble de l'action publique pour tenir compte des besoins des personnes âgées, notamment en matière de transports ou de logement. Notre politique tient également compte de la place déterminante qu'occupent les personnes âgées au sein de notre société. Le projet de loi entend favoriser leur engagement associatif et leur participation citoyenne, afin que cette période de leurs vies soit un temps de transmission et d'entraide.

Le projet de loi accorde enfin une place décisive au soutien aux aidants familiaux. Ils sont plus de 4,3 millions dans notre pays à accompagner et soutenir leurs proches. Une étape a été franchie lorsque la loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a supprimé toute condition de ressources pour l'affiliation gratuite à l'allocation vieillesse des parents au foyer. La continuité dans les droits à la retraite des aidants est ainsi mieux garantie. Cette loi a également créé une nouvelle majoration de durée d'assurance pour les aidants familiaux d'un adulte dépendant. Le texte que nous vous présentons aujourd'hui ira plus loin, en instaurant notamment un droit au répit : 500 euros seront attribués chaque année à tout aidant afin qu'il puisse recourir à des aides extérieures et bénéficier de périodes de repos.

Ce texte s'inscrit dans la continuité de la politique menée par le Gouvernement depuis bientôt trois ans : nous renforçons notre protection sociale en l'adaptant aux nouveaux besoins et aux nouvelles aspirations de nos concitoyens. Nous faisons de la prévention un élément clef des mesures visant à prolonger la vie en bonne santé. Nous réduisons le reste à charge des familles. Nous répondons à l'aspiration d'autonomie et de dignité des personnes âgées. Son examen est un temps fort dans l'expression des ambitions sociales du Gouvernement, et nos échanges permettront de l'améliorer.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie. - Lors de la présentation de l'agenda des réformes, en décembre dernier, le Premier ministre s'est engagé à ce que ce projet de loi, très attendu par les professionnels, les élus, et surtout par nos concitoyens, soit définitivement adopté et ses décrets d'application publiés avant la fin de 2015, pour une entrée en vigueur pleine et entière au 1^{er} janvier 2016.

Ce texte répond à des attentes fortes, auxquelles vous avez certainement été confrontés en tant qu'élus. En dissociant vieillesse et déclin, il promeut un changement de regard sur les personnes âgées. Il mobilisera la société toute entière autour du défi du vieillissement, dans sa double dimension du bien vieillir et de la protection des plus vulnérables.

Cela suppose de se donner les moyens de repérer et de combattre les facteurs de risque. C'est pourquoi ce projet de loi prévoit de développer des actions de prévention définies par le nouveau plan national de prévention de la perte d'autonomie, articulé autour de la préservation de l'autonomie, de l'adaptation de l'environnement, et du repérage des fragilités. Il contient des actions déjà amorcées, comme la lutte contre l'isolement par le dispositif Monalisa, que vous connaissez sans doute dans vos départements, ou encore l'expérimentation Paerpa (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), qui accompagne par exemple les sorties d'hospitalisation. D'autres actions sont encore à développer : promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, prévention de la dépression, actions en faveur d'un bon usage des médicaments. Le texte prévoit également de faciliter l'accès aux aides techniques modernes, non substituables, mais bien complémentaires des aides humaines.

La prévention de la perte d'autonomie ne pourrait être réalisée sans la mobilisation de l'ensemble des politiques publiques. Le second axe de ce projet de loi, le plus interministériel de tous, adapte les politiques publiques au vieillissement. Celles du logement, de l'urbanisme et des transports sont particulièrement sollicitées.

Un plan national d'adaptation de 80 000 logements privés d'ici à 2017, associant la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Agence nationale de l'habitat, est programmé. Dès cette année, la Casa contribuera au financement de l'Anah à hauteur de 20 millions d'euros pour la rénovation de 15 000 logements.

La vie à domicile devient parfois difficile sans pour autant que la vie en établissement paraisse souhaitable. C'est pourquoi nous tenons à développer et moderniser les formes d'habitat collectif pour personnes âgées. Les missions des logements foyers, renommés « résidences autonomie », seront redéfinies en vue d'un renforcement des actions de prévention, grâce à une aide financière, le forfait autonomie, versée à ces résidences sur la base de conventions. Le régime juridique des résidences services sera quant à lui sécurisé. Le paiement des services rendus dans ces structures ne sera dû que lorsqu'ils seront réellement utilisés.

Anticiper la perte d'autonomie ne signifie pas nier son existence. Comme l'a souligné Marisol Touraine, l'accompagnement à domicile constitue un axe fort de ce projet de loi. Le second acte de l'APA est une réforme importante, qui donne accès à davantage de prestations et réduit la participation financière des usagers. Il s'agit également d'une illustration concrète de la politique de justice sociale menée par le Gouvernement puisque, dès 2016, le reste à charge sera réduit pour les 60 % de bénéficiaires de l'APA qui vivent à domicile, soit 730 000 personnes. En outre, celles dont les plans d'aide sont les plus lourds, et qui ont atteint le maximum de prise en charge, pourront bénéficier d'une heure d'APA supplémentaire par jour.

Accompagner les personnes âgées à domicile, c'est aussi donner aux proches qui les aident les moyens de prendre du repos. Ils sont soutenus par cette 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.

Continuer de vivre à son domicile n'est cependant pas toujours la meilleure solution. Nous tenons à ce que le choix d'entrer dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) soit parfaitement éclairé sur le plan financier, par la publication des tarifs sur la base d'un socle de prestations identiques dans toutes les structures. Le groupe de travail sur la simplification et la modernisation de la tarification des Ehpad lancé le 9 décembre dernier, étudie actuellement les moyens d'améliorer l'efficacité des établissements et d'en responsabiliser les gestionnaires. Il doit rendre ses travaux d'ici la fin du mois de juin.

Les droits et libertés des personnes âgées sont réaffirmés afin de garantir qu'elles soient traitées dignement. Des mesures sont prévues pour lutter contre les abus de faiblesse. Le contrat de séjour en établissement pourra intégrer, si nécessaire, une annexe contenant les mesures prises pour assurer le respect de l'intégrité physique de la personne et sa sécurité.

Le projet de loi engage une réflexion commune sur la délicate question du consentement et de l'expression de la volonté des personnes âgées, lorsqu'elles rencontrent des difficultés dans la connaissance et la compréhension de leurs droits. Elles auront désormais la possibilité de désigner une personne de confiance qui les accompagne dans leurs démarches. Nous sommes toutefois soucieux de ne pas restreindre à l'excès la parole de ceux de nos concitoyens que l'âge a rendu particulièrement vulnérables.

Ce projet de loi comporte également un volet transversal relatif à la gouvernance. Les députés ont en effet voté, sur proposition du Gouvernement, la réintégration des articles relatifs à la gouvernance locale, après un travail de mise en cohérence avec l'attribution des compétences sociales aux départements. La représentation des personnes âgées est unifiée et trouve pleinement sa place au sein de cette gouvernance, au travers notamment des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). Elle favorisera la coordination institutionnelle et la participation des principaux intéressés à l'élaboration des politiques publiques de l'autonomie.

Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie (HCFAV) aura pour mission d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées aux familles et à l'enfance, à l'avancée en âge et à l'adaptation de la société au vieillissement.

Quant au 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. Dans la situation actuelle de tensions sans précédent sur les finances publiques, les 650 millions d'euros de la Casa en 2015, qui évolueront à la hausse, représentent un effort important rendu possible

grâce à la solidarité nationale et à l'engagement présidentiel. Avec 78 millions d'euros pour le nouveau droit au répit des aidants et 375 millions d'euros pour la réforme de l'APA à domicile et l'amélioration des conditions de travail des intervenants, l'Etat mobilisera 453 millions d'euros par an, soit une revalorisation de 13 % du budget de l'APA à domicile. Ces dépenses supplémentaires changeront le quotidien des familles dès l'entrée en vigueur de la loi. 5 millions d'euros viendront par ailleurs alimenter le fonds de compensation du handicap.

Le volet anticipation est lui aussi doté d'un budget conséquent : 185 millions d'euros par an. Enfin, pendant la phase de montée en charge des mesures financières pérennes de la loi, une enveloppe de 84 millions d'euros financera des actions d'adaptation des logements et de modernisation des résidences autonomie. Des mesures ont déjà été arrêtées avant l'adoption définitive du texte : 20 millions d'euros sont consacrés au plan national d'adaptation des logements privés à la perte d'autonomie porté par l'Anah ; nous avons décidé de la revalorisation des salaires de la branche de l'aide et des soins à domicile avec une compensation du coût auprès des départements pour un montant de 25 millions d'euros. La Casa non consommée en 2015 sera en partie utilisée pour le financement d'un plan pluriannuel d'aide à l'investissement, qui doit être doté de 300 millions d'euros pour la période 2015-2017, dont 100 millions d'euros en 2015. Le reste sera bien affecté aux réserves de la CNSA, comme cela apparaît dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Plusieurs actions ont déjà été engagées en amont afin d'enrichir ce texte et de préparer au mieux son entrée en vigueur. Les départements seront ainsi appelés à candidater afin de participer à la préfiguration de la conférence des financeurs. Les conclusions du groupe de travail sur les Ehpad viendront progressivement alimenter le projet de loi. Quant à la question des résidences services, le texte pourra être enrichi des dispositions proposées par l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et le conseil général de l'environnement et du développement durable (CGEDD).

Je voudrais enfin aborder la situation des services d'aide à domicile. Le rapport sénatorial de juin 2014 de Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin sur l'aide à domicile auprès des publics fragiles nourrira probablement vos débats. Je sais que les rapporteurs sont attentifs au problème de la dualité des régimes juridiques d'agrément ou d'autorisation des services d'aide à domicile, qui est l'héritage de la loi Borloo de 2005. Le projet du Gouvernement porte déjà aux articles 31 et 33 la promotion de la contractualisation (Cpom), préconisée par les députées Martine Pinville et Bérengère Poletti, pour une convergence vers un régime unifié. Sur ce sujet complexe, je suis à l'écoute du Parlement. L'évolution devra préserver les services existants, quel que soit leur statut - privé, lucratif, associatif ou public -, qui emploient 450 000 personnes. 56 % des Saad associatifs et publics sont uniquement agréés par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte). Mon objectif est de structurer une offre d'accompagnement à domicile de qualité, solide, innovante et économiquement viable. Une réforme organisationnelle et culturelle est indispensable pour cela, et les acteurs de terrain y sont favorables. Je l'ai engagée par la promotion des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) qui

décloisonnent les interventions afin de rompre l'isolement des professionnels par un travail en équipe valorisant et des perspectives d'évolution de carrière. J'ai fixé un cap à cinq ans pour conduire cette transformation.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Nous avons besoin de clarifications sur le financement. Le Gouvernement a fléchi des crédits de la Casa vers le fonds de solidarité vieillesse en 2013 et 2014. Nous avons ensuite été assurés qu'à partir de 2015 le produit de la Casa serait orienté vers le projet de loi en discussion à l'Assemblée nationale. Or le jeu des navettes fait que le texte ne sera pas voté avant la fin de l'année 2015. Comment s'établiront les articulations des financements ? Une partie de l'argent qui ne sera pas utilisé cette année ira-t-elle au plan d'aide à l'investissement, comme il en avait été question lors du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale ?

Nous avons reçu aujourd'hui les représentants de la CNSA. Nous nous sommes penchés avec eux sur le détail des financements – ceux notamment du relèvement du plafond d'aide, de la réduction du ticket modérateur, du dispositif, très important à nos yeux, du droit au répit – et leur avons demandé comment ils entendaient flécher les crédits à destination des départements. Leur réponse, globale, nous inspire une certaine inquiétude. Un fléchage précis, indiqué d'emblée, aiderait les départements à répartir les nouveaux crédits que leur destine le projet de loi.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Les articles 9 et 10 tendent à favoriser l'engagement bénévole des personnes âgées. Vous proposez de limiter la délivrance de l'attestation de tutorat d'un jeune en service civique aux seules personnes âgées de 60 ans et plus. Or, les personnes que nous avons reçues nous ont assuré que le système actuel fonctionnait et que l'article 9 n'apporterait rien. Quant à la notion de « service civique senior » introduite à l'article 10, elle fait craindre aux associations une séparation entre de bons volontaires reconnus et d'autres qui ne le seraient pas. Le label « service civique senior » ne leur paraît pas nécessaire.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Le projet de loi transforme les logements-foyers en résidences autonomie. Certains bénéficiaient d'un forfait soins. Vous prévoyez un nouveau forfait autonomie, auquel sont affectés 40 millions d'euros. Pourquoi exclure du forfait autonomie les résidences bénéficiant du forfait soins ?

M. Gérard Roche, rapporteur. – Le recul de l'âge moyen d'entrée en Ehpad de dix ans environ créait un vide entre ce moment et celui où les personnes âgées ne peuvent plus vivre à leur propre domicile. Vous l'avez comblé en créant les résidences autonomie. Quant aux résidences services, si certaines sont partagées entre copropriétaires et bien encadrées par l'article 15 du projet de loi, les résidences services de nouvelle génération, gérées par un unique propriétaire bailleur, appellent un encadrement légal. A minima, l'adoption d'une charte de bons comportements semble nécessaire pour protéger leurs locataires. Nous restons donc très prudents.

M. Georges Labazée, rapporteur. – La dualité des dispositifs d'agrément et d'autorisation suscite de vives discussions et fait même l'objet d'une procédure européenne qui pourrait nous valoir une condamnation. Envisagez-vous une convergence vers un unique régime d'autorisation ?

M. Gérard Roche, rapporteur. – Si la création d'un Haut Conseil de l'âge semblait extrêmement intéressante, celui-ci s'intitule désormais « Haut Conseil de la famille et des âges de la vie ». L'ancienne appellation avait pourtant le mérite d'attirer l'attention sur le problème du vieillissement. Quitte à réduire le nombre d'instances nationales de réflexion, n'aurait-il pas mieux valu rapprocher ce haut conseil des instances représentatives des personnes handicapées, afin de lui conférer une compétence globale sur l'ensemble du champ de l'autonomie et d'assurer sa cohérence avec la gouvernance qui se mettra en place au niveau départemental dans les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ? Nous aurions, en tout état de cause, préféré un Haut Conseil de l'âge.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'article 54 ter crée les maisons départementales de l'autonomie. Les départements ont eu, ces dernières années, à structurer les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en leur donnant la forme de groupements d'intérêt public. Les associations sont très attachées au maintien de ce statut. Qu'en pensez-vous ? Quelles sont vos préconisations à ce sujet ?

M. Gérard Roche, rapporteur. – Le Conseil constitutionnel a estimé, en réponse à une question prioritaire de constitutionnalité (QPC), que le président d'un conseil général ne pouvait être juge et partie dans le contentieux de l'aide sociale. Le projet de loi prévoit d'habiliter le Gouvernement à réformer ce contentieux, notamment par la création d'un recours administratif préalable obligatoire. Nous n'y sommes pas favorables. Concernant la protection des droits des personnes âgées, nous avons reçu hier les représentants des institutions de tutelle – associations et tuteurs privés – dont les demandes m'ont cependant semblé difficiles à synthétiser.

Mme Catherine di Folco, rapporteure pour avis de la commission des lois. – Un éclaircissement supplémentaire sur les ordonnances prévues à l'article 55 paraît en effet nécessaire.

Mme Marisol Touraine, ministre. – J'ai pris des engagements lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale : contrairement aux années précédentes, les ressources produites par la Casa seront affectées aux réserves de la CNSA, de manière à ce que nous puissions garantir l'engagement de programmes indépendamment du programme pluriannuel déjà prévu. Ce sera donc une démarche indépendante du calendrier parlementaire.

Loin de vouloir instaurer pour les bénévoles une espèce de podium fictif, le projet de loi entend créer, à travers le service civique senior, une gratification symbolique. Si nous pouvons évidemment en discuter, je regretterais que cette formalisation de la reconnaissance que nous leur devons ne puisse intervenir dans la loi. Cela dit, je suis ouverte sur les modalités.

Le débat sur les maisons de l'autonomie n'est pas nouveau. Partisans et détracteurs du passage des MDPH à des maisons de l'autonomie se sont exprimés lors de l'élaboration de la loi. Y sont particulièrement opposées les associations représentant les personnes handicapées, qui craignent que la spécificité du handicap ne soit oubliée. La rédaction de la loi autorise donc une évolution là où elle paraît

utile. Elle a déjà eu lieu dans certains départements. Il s'agit désormais de travailler à un cahier des charges qui puisse être décliné localement, au gré des acteurs.

La question des contentieux relève de bien d'autres ministères que du seul ministère des affaires sociales, en particulier de la chancellerie. Nous avons besoin d'une harmonisation des procédures. Les recours amiables ou contentieux contre les autorités de tutelle sont des procédures classiques du droit administratif français.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. - Georges Labazée a évoqué les financements. Cette loi a été construite d'une manière inédite : nous sommes partis des recettes - c'est-à-dire de l'enveloppe annuelle de la Casa - pour déterminer les dépenses. C'est donc par définition une loi pleinement financée, ce qui doit nous rassurer.

Le service civique senior ? J'ai observé, pour avoir été longtemps élue locale chargée de la vie associative, que les retraités en sont la principale ressource humaine. C'est pourquoi nous avons abordé la question de la reconnaissance symbolique de cet engagement, qui fait d'eux la réserve de la République. Je suis toutefois ouverte à l'évolution du texte sur ce point.

L'article 11 pose en principe que le forfait autonomie sera attribué aux résidences autonomie, à l'exception de celles qui perçoivent déjà le forfait soins courants. Les crédits du forfait autonomie sont donc concentrés sur les structures les moins pourvues en personnel, afin qu'elles puissent mutualiser leurs crédits et regrouper leurs actions. Destiné à rémunérer les actes infirmiers, le forfait soins garantit la présence d'un personnel qualifié en matière de prévention de la perte d'autonomie.

J'attends le rapport de l'Igas et du CGEDD sur les résidences services de première génération pour déterminer la réalité et les dimensions du problème qu'elles posent. L'Igas a attiré notre attention sur la nécessité de ne pas déstabiliser les structures existantes.

Quant aux résidences services de seconde génération, l'essentiel des réponses se trouve dans la charte des bonnes pratiques. Aucun financement public ne leur étant destiné, il s'agit plutôt de régulation et de contractualisation avec leurs habitants, au travers des chartes des droits et devoirs des locataires, et surtout des bailleurs. Je vous communiquerai, dès que j'en disposerai, les préconisations des rapports sur ce sujet. Je suis bien entendue ouverte aux propositions du Sénat pour la protection des consommateurs.

Le double régime d'agrément ou d'autorisation des services d'aide à domicile ne coïncide pas avec la dualité des activités lucratives ou non : toutes les entreprises privées ne sont pas agréées et toutes les associations ne sont pas autorisées. Si cette dualité n'existait pas, je ne la créerais pas.

Les articles 31 et 33 sur les Cpom favorisent la convergence de ces deux régimes. Nous sommes cependant soumis à la pression d'une saisine de la Commission européenne au motif d'une distorsion à la concurrence. La discussion est ouverte et je suis toute prête à écouter les propositions du Sénat.

J'ai hérité d'un projet de loi dont je ne suis que la mère porteuse, puisqu'il avait déjà été validé par le Conseil d'Etat. A la différence de mes prédécesseurs, j'ai un portefeuille large où figurent l'enfance, la famille et les personnes âgées. La création du Haut Conseil de l'âge figurait dans le texte dont j'ai hérité. Il existait déjà un Haut Conseil à la famille et une demande forte se manifestait en faveur de la création d'une structure identique pour l'enfance. Il m'a semblé judicieux d'envisager les âges de la vie dans leur ensemble. La famille est un immeuble, avec une génération par étage et des femmes qui circulent dans l'escalier pour aller s'occuper de chaque âge. Mon objectif est de créer des monte-charges et de faire sortir les hommes dans les escaliers, bref de faciliter le travail des femmes. Qu'il s'agisse de l'aide aux personnes âgées, de la garde des enfants pendant les vacances ou du soutien aux grands-parents, les femmes sont en première ligne. Le sujet des aidants concerne tout autant le Haut Conseil à la famille que les personnes âgées. Il en va de même pour tout un ensemble de sujets qui portent sur la vie des générations dans la structure de solidarité qu'est la famille. Vous avez fait allusion, monsieur le rapporteur, à la volonté exprimée par le Gouvernement de ne pas multiplier les autorités. Ma demande est fonctionnelle en plus d'être sociologique. Il serait vain de construire trois silos empêchant le dialogue sur des sujets connexes. En intégrant les trois sections de l'enfance, de la famille et des personnes âgées, le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie favoriserait l'interaction entre les acteurs et la fluidité dans le traitement des sujets.

Enfin, le contentieux sur l'aide sociale est un sujet technique et interministériel. Si vous souhaitez le faire évoluer, nous n'y sommes pas hostiles.

M. Jean-Marie Morisset. – *Ce projet de loi est très attendu par les acteurs de terrain. Il répond à des défis sociaux et financiers, à des défis en termes de pouvoir d'achat, à des défis du quotidien, lorsqu'il s'agit d'accompagner les aidants. Beaucoup s'attendaient à ce que cette loi ne se limite pas au maintien à domicile, mais apporte un soutien aux 10 000 établissements présents sur notre territoire. Je regrette que ce ne soit pas le cas, et qu'aucune aide ne vienne encourager la politique volontariste des départements pour développer les Ehpad. Vous avez dit que c'était une bonne méthode de partir des recettes pour définir les dépenses ; je croyais qu'il fallait faire l'inverse : recenser les besoins pour chercher ensuite les recettes. Quant à la Casa, vous constatez qu'elle est limitée. Pourquoi ne pas l'avoir affectée à son objet dès 2013 ? En prévoyant la disparition du régime d'agrément au profit de l'autorisation, ce projet de loi bouleverse les 2 872 établissements de France qui devront souscrire des contrats pluriannuels, pour continuer à accompagner les personnes à domicile, à moins qu'ils ne cessent tout simplement leur activité. A cela s'ajoute le désengagement des caisses de retraite sur le terrain. Comment remédier à cet abandon ? Le cas des personnes handicapées vieillissantes est peu pris en compte. Certains départements les prennent en charge, ce qui soulage les établissements et services d'aide par le travail (Esat), car parfois une personne handicapée devient vieillissante à cinquante ans. Ne faudrait-il pas également simplifier la procédure de la double compétence des ARS et des conseils généraux, pour faciliter le transfert des aides aux départements ? Enfin, beaucoup d'acteurs craignent que cette loi soit publiée tardivement. Elle a été annoncée pour le 1^{er} janvier 2016. Il faudrait faire en sorte que les crédits de la Casa restent disponibles jusqu'à cette date.*

M. Jean-Noël Cardoux. – Vous vous satisfaisez d'avoir aligné les dépenses sur les recettes. Notre lecture est moins optimiste : comment utiliser les montants de la Casa limités à 645 millions pour financer le maintien à domicile et la prévention du vieillissement ? Si on limite les recettes, la loi manquera forcément de souffle. Plusieurs réformes de fond auraient mérité d'être abordées, comme celle de l'APA, pour réévaluer les niveaux de GIR et les aides allouées en fonction de ces niveaux. Vous souhaitez diminuer le reste à charge en fonction du niveau du GIR – le GIR 1 étant plus aidé que le GIR 3 – alors qu'une logique de justice sociale voudrait que ce reste à charge soit plus élevé pour les gros revenus et plus modeste pour les autres. Vous n'abordez pas non plus la réforme de la tarification des établissements, alors que beaucoup de conseils généraux souhaitaient que leurs présidents puissent prendre des arrêtés fixant un tarif pour les ressortissants de l'aide sociale, et des tarifs pour les autres, dans une démarche d'équité garantissant un certain équilibre au sein des Ehpad. Les problèmes dont nous avons hérité sur l'aide à domicile découlent de la loi de 2005. Cependant, vous ne réformez qu'à la marge. Certains intervenants à domicile sont assujettis à la taxe sur les salaires, d'autres non. Une réforme de fond consisterait à assujettir l'ensemble des prestations à domicile au taux réduit à 5,5 % de TVA, qui mettrait tout le monde sur un pied d'égalité avec un amortissement du coût horaire. Enfin, je continue de m'interroger sur la réticence du Gouvernement à utiliser la démarche assurantielle privée pour couvrir la dépendance. Deux leviers inciteraient les futurs éventuels dépendants à s'assurer : le recours sur succession et l'obligation alimentaire. Cette loi contient de bonnes dispositions, mais elle est limitée par le manque de ressources financières.

M. Michel Amiel. – On ne peut que se féliciter de l'aspect prévention de la loi. Il n'en demeure pas moins qu'à un moment donné le maintien à domicile devient impossible, et on ne peut pas éluder la question de la dépendance. Ne faudrait-il pas favoriser une approche plus globale de l'APA plutôt que de se concentrer uniquement sur le maintien à domicile ? De nouveaux métiers pourraient être créés dans le domaine du maintien à domicile, avec des possibilités de défiscalisation supplémentaire, ce qui provoquerait un manque à gagner. Enfin, ne pourrait-on pas développer les microstructures d'accueil familial pour accueillir les personnes âgées en dehors des établissements ?

M. Dominique Watrin. – On connaît les difficultés financières de l'Anah et de la Cnav. Par anticipation de la loi vieillissement, il est prévu d'attribuer 20 millions d'euros à l'Anah, dès 2015, puis 20 millions d'euros l'année suivante. Un aménagement coûte souvent plusieurs milliers d'euros. Les aides de l'Anah ne sont attribuées qu'aux plus modestes, ceux dont le revenu est inférieur à 1 200 euros par mois, pour couvrir la moitié de leurs frais. Comment financeront-ils l'autre moitié ? A quelles aides peuvent prétendre les autres propriétaires occupants qui touchent plus de 1 200 euros par mois sans pour autant être riches ? L'amélioration de l'APA va dans le bon sens, avec notamment les 153 millions d'euros dont disposeront les départements pour compenser l'augmentation des plafonds. Cependant, si l'on considère qu'une heure d'aide à domicile coûte 21 euros en moyenne, ce montant couvre 7 millions d'heures par an, soit 600 000 heures par mois, 5 heures par mois pour les plus dépendants et donc au final une heure par semaine seulement, et pas

une heure par jour, comme l'avait annoncé Jean-Marc Ayrault. Pourriez-vous nous préciser les résultats de l'étude d'impact qui a été menée sur le sujet ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – *Les orientations de ce projet de loi sont bonnes, mais les moyens sont limités. La Cour des comptes a préconisé la fusion entre la Casa et la CSG vieillesse. Cela simplifierait la lecture des contributions et des cotisations. Avec mon collègue Dominique Watrin, nous avons préconisé de maintenir un système d'autorisation pour l'aide à domicile, sans supprimer les avantages offerts par l'agrément. Il faut trouver un juste équilibre. Je suis heureux que vous soyez à notre écoute sur le sujet. Quant à l'APA, nous souhaitons le doublement voire le triplement de ce que vous accordez sur les tarifs horaires de l'aide à domicile. C'est une aumône quand on voit les difficultés qu'ont les associations à gérer leur personnel, dont l'indice de salaire vient d'être revalorisé, alors qu'il était gelé depuis 2009. Il est indispensable d'aider les départements à améliorer les tarifs de l'aide à domicile. Ces derniers varient de 17 à 25 euros, avec une moyenne à 21 euros. Vous avez fixé au 30 juin 2015 la date à laquelle vous commencerez à tirer les conséquences des expérimentations tarifaires. Le délai est court. Je m'en réjouis néanmoins, car les expériences qui ont été menées dans une quinzaine de départements méritent un examen approfondi. La globalisation de la prestation contribue à améliorer les conditions de travail des intervenants qui sont souvent obligés de se déplacer. Il faut aller vite. Enfin, il existe actuellement une centaine de Spasad. Ces services sont une voie de progrès pour décloisonner les actions.*

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. – *Je comprends les frustrations qui se sont exprimées par rapport à ce projet de loi. La collectivité publique consacre 12 milliards d'euros par an à la prise en charge du vieillissement ; il faudrait trois à quatre milliards de plus pour répondre à l'ensemble des besoins. Tant que le redressement des comptes publics n'aura pas produit ses effets, la situation restera difficile. Cependant, cela fait au moins dix ans que l'on évoque ce projet de loi. Il est là, aujourd'hui. Nous ne pouvons que nous en féliciter. La prise en charge de nouvelles dépenses sociales, la création de nouveaux droits sociaux sont des mesures exceptionnelles qui indiquent que le Gouvernement et l'ensemble de la représentation nationale considèrent la question du vieillissement de la société comme une priorité. J'ai mis en place un groupe de travail pour garantir aux usagers une meilleure lisibilité des tarifs pratiqués dans les Ehpad. Les compensations n'ont fait que se dégrader depuis une quinzaine d'années. Nous avons commencé à relever leur montant. Les compensations versées par l'Etat via la CNSA étaient de 43 % en 2002, 32 % aujourd'hui. La loi devrait nous permettre d'arriver à 36 %. La double compétence de l'ARS et des conseils généraux est rendue nécessaire par la nature même de la prise en charge du vieillissement. Elle peut néanmoins être fluidifiée.*

Monsieur Cardoux, le reste à charge dépend des ressources des bénéficiaires. Le ticket modérateur peut passer de 90 % à 0 % selon les revenus du bénéficiaire de l'APA. On ne peut forcer personne à souscrire un contrat assurantiel. On peut néanmoins se demander pourquoi ces contrats n'ont pas plus de succès. Une difficulté est sans doute que les compagnies d'assurance ont leurs propres critères d'évaluation de la perte d'autonomie. Il faudrait sans doute harmoniser ces critères pour faciliter le succès de ces contrats. Il n'en reste pas moins que la structure principale de prise en charge est d'abord la solidarité collective.

Monsieur Amiel, les 650 millions d'euros ne vont pas qu'à l'APA. La prise en charge du vieillissement ne se limite pas à compenser la perte d'autonomie. Elle tient compte de tout un environnement. C'est en travaillant sur cet environnement que l'on retardera la perte d'autonomie et la nécessité de recourir à l'APA. Quant aux dépenses d'adaptation de l'habitat, elles ne sont pas forcément élevées : il peut simplement s'agir de remplacer une baignoire par une douche à l'italienne ou de réorganiser une maison en rez-de-chaussée.

Monsieur Vanlerenberghe, l'augmentation des salaires dans la branche de l'aide à domicile est attendue ; elle sera rétroactive au 1^{er} juillet 2014. J'attache une importance particulière aux Spasad. Les expériences existantes nous encouragent à aller plus loin dans cette voie.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Vous repoussez l'évaluation des expérimentations prévues par le projet de loi à septembre 2016.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. – On ne peut pas réformer la société française sans l'adhésion des acteurs qui portent ces réformes. Le secteur de l'aide à domicile est mûr pour que soit expérimenté le modèle des Spasad. Les dates seront toilettées au Sénat en fonction de la nouvelle date d'application prévue pour la loi.

Mme Corinne Imbert. – Ce projet de loi a été pensé dans la perspective d'une politique globale, qui est aussi celle qu'ont adoptée les départements pour élaborer leurs schémas. En ce qui concerne les aides de l'Anah pour l'adaptation des logements, le compte n'y est pas. Je me réjouis néanmoins des moyens mis en œuvre, car en 2012, on avait diminué la part consacrée à l'autonomie des personnes. Cette erreur est corrigée. Je partage les inquiétudes de mes collègues sur l'aspect financier de cette loi. J'ai bien peur que de nouvelles charges viennent alourdir les difficultés financières des départements. Je salue la reconnaissance des aidants familiaux. Comment faciliter le recours à l'accueil de jour, qui peut constituer un temps de répit pour les aidants ? Le dispositif est soutenu par les ARS. En zone rurale, le transport des personnes jusqu'aux zones d'accueil de jour peut néanmoins poser problème. Quelle place accordez-vous à l'accueil familial, et avez-vous l'intention de favoriser l'accueil familial regroupé ? Ces solutions sont intéressantes, car elles sont moins traumatisantes qu'un départ en établissement. Je partage votre préoccupation sur les services d'aide à domicile, qui sont un gisement d'emplois. Enfin, vous avez mis en valeur le bénévolat. Récemment, certaines Direccte ont porté un jugement sévère sur la qualification de certains de ces bénévoles travaillant dans des services d'aide à domicile, qualifiés d'incompétents. Ils ont pourtant un rôle à jouer.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. – J'invite les associations bénévoles à rejoindre le réseau Monalisa, qui coordonne l'ensemble des structures associatives engagées auprès des personnes âgées. Les Direccte n'ont pas à porter de tels jugements ; le bénévolat n'exclut pas les compétences. L'encadrement par une structure est la meilleure réponse contre ce type d'attaque déplacée. Les articles 39 et 64 favorisent le respect du libre choix, ce qui inclut l'accueil familial. Nous allons consacrer 1 million d'euros par an à la formation des accueillants familiaux. Dans l'ouest du pays, cette solution fonctionne très bien, dans d'autres régions, moins bien.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Cela fonctionne très bien, avec néanmoins un problème en ce qui concerne la rémunération des accueillants. Nous allons déposer un amendement, qui ne coûtera pas un centime, pour régler le problème.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. – J'en prends note. Je ne suis pas étonnée que les départements aient adopté une démarche similaire à celle qui a présidé à l'élaboration de ce texte : en fait, cette loi est aussi un recueil de bonnes pratiques. Elle n'est pas l'œuvre de technocrates, mais témoigne de la richesse des initiatives.

L'accueil de jour et le transport des personnes âgées peuvent entrer dans le droit au répit auquel doit être consacrée une enveloppe de 500 euros par an par aidant. Mais le transport relève de la compétence du département...

Mme Corinne Imbert. – C'est un peu facile !

M. Jean-Marc Gabouty. – Le logement est une donnée importante dans le maintien à domicile. Il est également nécessaire de réfléchir à la place que l'on veut donner aux personnes âgées dans la ville ou dans la commune. Cela implique de définir une politique d'urbanisme qui prend en charge le commencement de dépendance et contribue à en ralentir le développement, en prévoyant par exemple des structures commerciales de proximité. Cette approche autant humaine qu'urbanistique exige une forte volonté de la part des élus locaux. L'initiative doit venir de la commune. Il faut également développer la mixité générationnelle dans le logement social.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. – Une politique de peuplement, en quelque sorte...

M. Jean-Marc Gabouty. – Oui, pour que les personnes dépendantes restent partie intégrante de la société. Les structures d'accompagnement qui sont mentionnées dans le texte sont utiles à la coordination des aides, même si elles sont parfois synonymes de lourdeur. Pour atteindre nos objectifs, nous devons déployer des moyens et avoir des idées, il nous faut des initiatives et de l'incitation. Des quotas sont réservés aux logements adaptés dans les programmes de logements sociaux. Même si cela représente davantage d'investissement, c'est une économie de fonctionnement à terme. Les EPCI ont un rôle à jouer dans la libération du foncier. Pourquoi ne pas bonifier les logements adaptés au regard des contraintes et des engagements quantitatifs prévus par la loi relative à la solidarité et au renouvellement urbain (SRU) ?

M. Daniel Chasseing. – Les crédits sont limités, mais il faut traiter les problèmes. La dépendance en Ehpad a augmenté de manière importante. Le GIR moyen pondéré explose. Le personnel est insuffisant. Les ARS ne peuvent pas donner plus de crédits qu'elles n'en ont. L'indicateur de besoin en soins Pathos traduit également la nécessité d'augmenter le forfait de soins pour adapter le personnel aux besoins de prise en charge de la dépendance. En ce qui concerne l'accueil de jour, il faut six pensionnaires pour obtenir l'agrément. En milieu rural, il serait préférable de réduire ce quota à quatre pensionnaires.

Mme Agnès Canayer. – La loi intègre une approche globale et prend en compte la nécessité de coordonner les actions. On a beaucoup parlé du rôle des départements en oubliant celui des villes et des communes, crucial dans la prévention du vieillissement, notamment par l'intermédiaire des centres communaux d'action sociale (CCAS). Je continue à avoir des doutes sur le bien-fondé d'une extension du service civique aux personnes âgées bénévoles. Il ne s'agit pas du même type d'engagement. Il s'agit de rompre l'isolement et de donner sens à une action. De plus, une telle mesure risque de dévaloriser le service civique des jeunes.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – En milieu rural, on assiste à une fragilisation du tissu associatif qui peut aller jusqu'à la cessation d'activité, ce qui pose problème pour le maintien à domicile. Ne faudrait-il pas compléter le texte du Gouvernement en prenant en compte cette difficulté ? Le rapport de nos collègues Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin nous ouvre des pistes. Sur le terrain, les attentes sont là. La décision rendue par le Conseil d'Etat, le 7 janvier 2013, sur le calcul de la dotation versée aux Ehpad pose une difficulté pratique. Le manque à gagner risque d'être significatif pour certains établissements. Comment le législateur pourrait-il intervenir pour lever cet obstacle ? Ce texte suscite des attentes fortes. Beaucoup de choses ont été accomplies depuis 2012. Nous devons faire preuve de pragmatisme.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. – Monsieur Gabouty, je distingue logement et habitat. Il n'existe pas de nomenclature des conditions qui rendent un logement adapté aux personnes âgées. Certains travaux sont éligibles au crédit d'impôt, sans qu'aucune vraie définition juridique n'ait été établie. La politique de peuplement dont je parlais consiste à assurer une mixité générationnelle dans l'habitat. Elle fonctionne depuis longtemps en Suisse. Dans notre pays, certains référentiels freinent le développement de cette politique. Le débat reste ouvert.

Monsieur Chasseing, on entre de plus en plus tard dans les Ehpad, avec des pertes d'autonomie de plus en plus importantes. La médicalisation des établissements se poursuit, puisque 93 % d'entre eux sont tarifés sur la base du GIR moyen pondéré soins. Une enveloppe de 100 millions d'euros est prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 pour achever ce processus. J'ai demandé qu'on étudie l'opportunité d'ouvrir les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) à l'accueil de jour. Quant au service civique, effectivement, il faut lever les ambiguïtés tout en valorisant les retraités actifs dans le bénévolat. Les collectivités font beaucoup pour la prévention, qu'il s'agisse des conseils généraux ou des communes, par l'intermédiaire des CCAS. Dans les départements, les conférences des financeurs coordonnent l'ensemble des acteurs de la prévention.

M. Daniel Chasseing. – Il serait tout à fait judicieux d'ouvrir les Pasa à l'accueil de jour, ce qui est pour l'instant interdit.

M. Alain Milon, président. – Tout à fait. Il me semble que M. Lemoyne attend encore une réponse...

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. - ... sur les difficultés des services d'aide à domicile, en effet. Les 350 millions d'euros injectés dans l'APA seront une bouffée d'oxygène pour ces services. J'ai confronté la place faite à l'aide à domicile dans le projet de loi à la réalité de ces difficultés. Les associations s'en sortent plus ou moins bien selon les endroits. C'est pour cela que nous souhaitons renforcer les Spasad : je suis convaincue qu'ils apportent la réponse attendue par les usagers, qui ont besoin d'intervenants coordonnés, par les salariés de l'aide à domicile, pour lesquels le travail d'équipe est infiniment plus valorisant, et par les aidants, qui doivent s'entendre avec plusieurs interlocuteurs. Cela contribuera enfin à des économies de gestion.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. - Et la décision du Conseil d'Etat ?

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'Etat. - Votre question est très pertinente. J'y apporterai une réponse lors du débat en séance.

M. Alain Milon, président. - Que mesdames les ministres soient vivement remerciées des éclairages qu'elles nous ont apportés.

II. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 4 mars 2015, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'examen du rapport de MM. Georges Labazée et Gérard Roche, sur le projet de loi n° 804 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

M. Alain Milon, président. – Je salue les rapporteurs pour avis, Mme Catherine Di Folco, pour la commission des lois, et M. Daniel Gremillet, pour celle des affaires économiques.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Ce projet était attendu. Certains louent un texte qui change le regard porté sur nos aînés et les replace dans leur environnement, en traitant non seulement de leur prise en charge médico-sociale, mais aussi de leur logement, des déplacements et de la vie au quotidien. D'autres critiquent le manque d'ambition, notamment financière, de mesures qui n'apportent qu'une réponse partielle à ces enjeux de plus en plus prégnants. Notre société a changé : les signes de la dépendance, qui apparaissaient vers 70 ou 80 ans, arrivent désormais vers 85 ou 88 ans.

En tant que rapporteurs, nous avons abordé ce texte avec réalisme et responsabilité. Notre expérience de président de conseil général nous a aidés.

La création d'un cinquième risque, qui a fait l'objet de nombreuses études, notamment à l'occasion du grand débat national sur la dépendance organisé en 2011, n'est plus à l'ordre du jour compte tenu de l'état de nos finances publiques. Cette contrainte rend également peu probable dans un horizon proche, une réforme ambitieuse de la prise en charge en établissement.

Une fois ces éléments pris en compte, nous voici face à une réforme dont le financement est connu – c'est assez rare. Il s'agit du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) créée en 2013 et que nous reprochions à l'exécutif de fléchir vers le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Conduits par Michèle Delaunay, les travaux préparatoires ont associé l'ensemble des parties prenantes. Le texte, composé de 84 articles depuis son adoption par l'Assemblée nationale en première lecture le 17 septembre dernier, est organisé autour de trois piliers : l'anticipation du vieillissement, l'adaptation de la société à celui-ci et l'accompagnement de la perte d'autonomie. Lors de son examen par l'Assemblée nationale en septembre 2014, les conseils généraux étaient pris dans de fortes perturbations ; les choses se sont stabilisées depuis : les conseils départementaux seront un des piliers de cette politique.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Le produit de la Casa, qui devrait dépasser 650 millions d'euros cette année, sera intégralement consacré à la mise en œuvre du texte – nous espérons que ce sera le cas à partir du 1^{er} janvier 2016.

La plus grande partie de cette enveloppe ira au financement du volet accompagnement du projet de loi, c'est-à-dire à la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et au soutien de la formation des aidants, des accueillants familiaux et des bénévoles qui s'engagent dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées ; 180 millions d'euros seront dédiés au volet prévention ; enfin, sur une période transitoire de deux à trois ans, 80 millions d'euros doivent être consacrés au volet adaptation, afin d'accompagner l'Agence nationale de l'habitat (Anah) à réaliser un plan national d'adaptation de 80 000 logements privés, et quarante millions pour un plan d'aide à l'investissement dans les logements-foyers. J'en parle avec émotion parce qu'il y a quelques jours, nous interrogeons à ce sujet Claude Dilain, président de l'Anah.

Beaucoup regrettent le caractère limité de ces financements. Nous proposons d'y ajouter 250 millions d'euros issus de l'extension de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) aux revenus des travailleurs indépendants. Cette somme sera entièrement fléchée sur la réforme de l'APA. Certes, les cotisations des travailleurs indépendants se sont alourdies au cours des dernières années. Mais il serait injuste que cette catégorie de travailleurs soit la seule exonérée de toute participation au financement de la perte d'autonomie : Gérard Quévillon, président du régime social des indépendants, ne s'était ainsi pas opposé à la proposition de loi adoptée par le Sénat le 25 octobre 2012 et qui étendait l'assiette de la CSA aux retraités (cette partie du texte a ensuite été reprise par le Gouvernement pour donner naissance à la Casa) ainsi qu'aux travailleurs indépendants.

Nous vous inviterons aussi à flécher de façon précise la répartition du produit de la Casa entre les sections du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le projet de loi laisse en effet au pouvoir réglementaire une large marge d'appréciation pour la définir après coup. Nous sommes très méfiants car l'administration est très habile à créer des tuyauteries financières. Avec cette mesure de transparence, le Parlement s'assurera des modalités d'utilisation de la Casa, qui connaît une évolution dynamique : son produit pourrait s'élever à 700 millions d'euros en 2016. En inscrivant dans la loi une clé de répartition stable, nous aurons la garantie que chaque volet du projet de loi sera alimenté par des recettes en augmentation continue dans les années à venir.

Nos amendements sont organisés autour de deux objectifs : alléger le texte de ses dispositions les plus contestées et les moins opérationnelles ; en renforcer les points forts là où nous pouvons être plus ambitieux.

La mesure centrale du volet anticipation, à l'article 3, est la création, dans chaque département, d'une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, avec une gouvernance volontairement resserrée, qui mutualisera l'ensemble des expertises et des financements. Il s'agit avant tout d'un groupe de travail, conçu pour être suffisamment souple et réactif pour répondre aux besoins de prévention des personnes âgées de soixante ans et plus. Son pilotage est confié au président du conseil départemental, accompagné dans sa tâche par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) auquel l'Assemblée nationale a confié, sur proposition du Gouvernement, une vice-présidence. Les conseils départementaux sont bel et bien sortis de réanimation, grâce à l'élixir du bon sens !

Nous vous proposerons plusieurs amendements de clarification tout en conservant l'esprit du texte adopté par l'Assemblée nationale.

***M. Georges Labazée, rapporteur.** – Les trois premiers chapitres du volet adaptation portent sur la participation des aînés à la vie de la cité ainsi que sur les politiques du logement, de l'urbanisme et des transports. S'agissant de ces dispositions, nous aurons aussi à examiner les avis de la commission des affaires économiques et de la commission des lois.*

De plus en plus nombreux, les aînés représentent une force vive pour notre société car leur engagement associatif contribue au lien social et intergénérationnel. Cet engagement doit être encouragé et valorisé. Les articles 9 et 10 s'y efforcent en assurant, d'une part, la reconnaissance des personnes qui assurent le tutorat de jeunes en service civique et en créant, d'autre part, un volontariat civique senior destiné à encadrer le bénévolat des aînés.

Si nous partageons ces objectifs, leur mise en œuvre risque de se révéler contre-productive : l'article 9 limite aux seules personnes âgées de soixante ans et plus la délivrance d'une attestation de tutorat pour un jeune en service civique. Or celle-ci serait aussi voire plus utile à une personne en recherche d'emploi pour valoriser son engagement citoyen auprès d'un employeur potentiel. Nous proposons par conséquent de supprimer cette condition d'âge et de rendre l'attestation facultative. En effet, l'agence du service civique dispose de moyens humains trop limités pour fournir de façon systématique des attestations à tous les tuteurs.

L'ensemble des associations que nous avons auditionnées nous ont fait part de leurs réticences concernant le volontariat civique senior proposé à l'article 10. Sa dénomination n'est pas heureuse, puisqu'il n'a pas de lien avec le service civique des jeunes. En outre, beaucoup craignent une hiérarchisation entre les « bons » bénévoles, qui recevront un certificat de volontaire civique senior, et les autres qui ne l'auront pas. Les enjeux relatifs à l'engagement associatif des seniors nous semblent aller bien au-delà : il faut mieux les informer et les encourager, dès la préparation du passage à la retraite et davantage valoriser leur engagement collectif au travers des projets entrepris. Nous vous proposerons en conséquence de supprimer l'article 10 mais d'introduire dans le rapport annexé des pistes dans ce sens, laissant la main au monde associatif et proposant d'utiliser la journée internationale des volontaires du 5 décembre pour récompenser l'engagement des bénévoles seniors.

Le chapitre II du volet adaptation traite de l'habitat collectif des personnes âgées, promouvant une offre intermédiaire entre le maintien au domicile et l'entrée en établissement. Les âges de la vie tracent bien souvent un cheminement du maintien à domicile au séjour en résidence, puis à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), qui est, selon les mots de Gérard Roche, un hôpital de fin de vie.

Les articles 11 à 14 clarifient le cadre juridique applicable aux logements-foyers pour personnes âgées, rebaptisés résidences autonomie, de manière à les promouvoir en les rendant plus visibles. Un socle minimal de prestations doit ainsi être défini et un forfait autonomie, distribué par les conférences des financeurs,

financera leurs actions de prévention. Pour des raisons historiques, 13 % des logements-foyers perçoivent un forfait soins correspondant à la rémunération de personnels médicaux en leur sein, que le projet exclut du bénéfice du forfait autonomie. Nous vous proposerons au contraire de ne pas restreindre a priori ce champ, laissant la décision à chaque conférence des financeurs.

L'article 15 rénove le cadre juridique applicable aux résidences-services, qui relèvent du droit de la copropriété. Il répond à un certain nombre de failles identifiées dans le droit applicable et qui ont pu conduire à des abus préjudiciables aux résidents. Un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) a d'ailleurs montré les grandes différences entre les résidences de premier type, fondées sur la copropriété, dans lesquelles les personnes retraitées ont investi, et les résidences de deuxième type où les résidents sont locataires. L'article précise la répartition des charges et les modalités d'externalisation des services proposés. En outre, un conseil des résidents est créé, afin de permettre un dialogue entre les résidents et les copropriétaires. Nous vous soumettrons des ajustements pour que l'entrée en vigueur de ce nouveau régime juridique ne déstabilise pas les résidences qui fonctionnent de manière satisfaisante.

Un nouveau type de résidences, généralement portées par un seul investisseur, comme les Senioriales, se développe en marge du droit. Nous vous proposons donc d'insérer un article additionnel qui définisse un encadrement juridique au sein du code de la construction et de l'habitation.

Les articles 16 à 18 intègrent la problématique du vieillissement dans plusieurs documents de planification urbaine et d'aménagement du territoire élaborés par les collectivités territoriales, afin que les besoins soient mieux identifiés et qu'une réponse structurée puisse leur être apportée.

La maltraitance des personnes âgées défraie la chronique, hélas. Afin de garantir une meilleure prise en compte des vulnérabilités particulières, le chapitre IV du volet adaptation renforce les droits et la protection juridique des personnes âgées. L'article 19 réaffirme solennellement le droit à la solidarité nationale pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que le droit, mis en œuvre par les départements et la CNSA, de bénéficier d'un accompagnement et d'une information adaptés.

Dans le même esprit, l'article 22 inclut expressément parmi les droits des personnes âgées accueillies dans les établissements la liberté d'aller et venir du résident, quel que soit son degré de perte d'autonomie. En outre la personne âgée pourra désigner – nous proposerons que ce soit suffisamment en amont – une personne de confiance chargée de l'accompagner dans ses démarches et de l'aider dans les décisions relatives à sa prise en charge, consultée lorsque la personne âgée rencontre des difficultés dans la connaissance ou la compréhension de ses droits. Lors d'un entretien mené à l'occasion de la conclusion du contrat de séjour, le directeur de l'établissement s'assurera du consentement de la personne à être accueillie. L'entrée dans un établissement pour personnes âgées doit en effet relever d'une décision personnelle. Nous ne sous-estimons pas les difficultés que pourrait poser cette disposition lorsque la personne âgée présente des facultés cognitives altérées sans pour autant faire l'objet d'une mesure de protection juridique.

Afin d'éviter que le directeur ne soit totalement isolé dans la recherche du consentement de la personne âgée, nous proposons d'y associer le médecin coordonnateur de l'établissement.

L'article 22 dispose que le contrat de séjour peut comporter une annexe définissant les mesures particulières prises pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne accueillie, susceptibles de limiter les possibilités d'aller et venir du résident, après avis du médecin coordonnateur et du médecin traitant de la personne âgée. Afin d'éviter les situations de blocage auxquelles pourrait conduire cette disposition peu claire, une évaluation collégiale et pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées serait préférable. Il faut enfin apporter plusieurs précisions sur les conditions de résiliation du contrat de séjour. Ces ajustements seront de nature à lever toute ambiguïté sur les dispositions proposées.

L'article 23 étend l'interdiction de recevoir des dons et legs aux intervenants à domicile, professionnels ou bénévoles, pendant la durée de la prise en charge ou de l'accompagnement ; il n'empêchera pas les personnes âgées de continuer à faire des cadeaux d'usage dans les conditions définies par le code civil. L'article 25 consacre quant à lui l'obligation légale pour les établissements et services et lieux de vie et d'accueil des personnes âgées de signaler aux autorités compétentes tout dysfonctionnement ou événement susceptible d'affecter la santé ou la sécurité des personnes accueillies.

L'article 25 bis étend aux associations de défense des personnes âgées le droit de se porter partie civile dans le cadre d'une procédure pénale, comme en matière de discrimination ou, sous certaines conditions, en cas de non-dénonciation de mauvais traitements commis en raison de l'âge de la victime.

L'Assemblée nationale a introduit un article 19 A qui élargit à la perte d'autonomie le champ des motifs susceptibles de fonder une discrimination. L'âge et le handicap figurant déjà parmi ces motifs, le Défenseur des droits considère qu'en l'état, cet ajout n'améliore pas le droit actuel, la perte d'autonomie étant un handicap généralement lié à l'âge. Nous vous proposerons donc de supprimer cette disposition.

Le projet de loi améliore le cadre juridique applicable à l'activité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs dans ses différents modes d'exercice, en généralisant à l'article 26 le document individuel de prise en charge des majeurs (DIPM) à l'ensemble des mandataires et en créant à l'article 27 une nouvelle procédure d'agrément des mandataires individuels sur appel à candidatures. Inséré par l'Assemblée nationale, l'article 26 bis rend incompatibles l'exercice des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre indépendant et en tant que délégué d'un service. Ce dispositif est bienvenu, le cumul pouvant mettre en danger la continuité de la prise en charge. Une rédaction alternative éviterait cependant plusieurs écueils du dispositif proposé et garantirait sa conformité aux règles constitutionnelles.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Le volet accompagnement de la perte d'autonomie comporte d'abord une réforme de l'APA. A l'article 29, la création d'une évaluation multidimensionnelle de la perte d'autonomie afin d'apprécier plus finement les besoins du demandeur de l'APA et ceux des personnes qui l'accompagnent au quotidien, n'appelle pas d'évolutions substantielles de notre part. Ce n'est pas le cas des changements prévus dans les modalités d'attribution et de versement de l'APA. L'article 29 envisage de supprimer la commission chargée de proposer les plans d'aide et d'intervenir en cas de litiges relatifs à l'APA, alors que, grâce à elle, l'élaboration du plan d'aide ne relève pas de la seule responsabilité de l'équipe médico-sociale. Nous vous proposerons de revenir sur cette suppression. Il supprime également l'accord du bénéficiaire préalable à tout versement de l'APA directement au service d'aide à domicile. Nous proposons de rétablir ce niveau de contrôle et de l'étendre au versement des aides ponctuelles : la personne âgée doit être informée que cette aide personnalisée lui est versée : c'est son droit et elle doit connaître l'effort qui est effectué pour elle par la collectivité.

L'article 38 traite du volet financier de l'augmentation des plafonds d'aide, de la diminution du reste à charge et des dispositifs de soutien destinés aux aidants, mesures destinées en priorité aux personnes les plus dépendantes. Comme nous vous l'avons indiqué, nous suggérons de flécher la recette supplémentaire issue de l'élargissement de la CSA vers la réforme de l'APA et de définir clairement les règles d'utilisation de la Casa.

Définir, comme le fait l'article 35, le proche aidant d'une personne âgée, comme la personne qui apporte, de façon stable et régulière, et à titre non professionnel, un soutien dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne représente un progrès important vers une reconnaissance accrue de son rôle. En découlent les dispositifs de répit et de prise en charge d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant de l'article 36, financés par la Casa à hauteur de 500 euros maximum par an, ce qui correspond à une semaine de séjour en établissement.

Enfin, l'article 37 propose d'expérimenter pour cinq ans des dispositifs de suppléance inspirés du baluchonnage québécois : l'accompagnement continu de la personne en perte d'autonomie par un seul et même salarié jusqu'à six jours de suite est largement dérogoratoire au droit du travail ; le financement de l'expérimentation n'est pas précisé, alors que son coût est loin d'être négligeable. S'il est légitime de rechercher des dispositifs de répit innovants, cette expérimentation est prématurée. Nous vous inviterons à supprimer l'article 37 tout en inscrivant dans le rapport annexé la nécessité d'engager une étude préalable sur le sujet et une concertation avec les partenaires sociaux.

Les articles 31 à 34, qui portent sur la refonte du secteur de l'aide à domicile, s'inscrivent en grande partie, mais parfois timidement, dans la ligne du chantier lancé en 2012 par l'Assemblée des départements de France (ADF) et des recommandations de nos collègues Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin en juin 2014.

Nous vous proposons d'aller plus loin, d'une part en généralisant à l'article 31 l'utilisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), d'autre part en insérant un article additionnel créant, à un horizon de cinq ans, un régime unique d'autorisation des services d'aide à domicile, mettant fin à la dualité problématique entre autorisation et agrément qui caractérise depuis 2005 le secteur de l'aide à domicile et qui pourrait être très prochainement remise en cause par la Commission européenne. L'ensemble des structures devront respecter un cahier des charges commun, défini au niveau national, et conclure un Cpom avec leur autorité de tarification, suivant l'une des propositions centrales du rapport de Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin. Le délai de cinq ans que nous vous proposons ménage une période transitoire, afin que les services agréés puissent changer de régime progressivement, dans les conditions prévues à l'article 33.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Le titre IV se compose de deux chapitres sur les gouvernances nationale et locale des politiques de l'autonomie.

Le projet prévoyait initialement la création à l'article 46 d'un Haut Conseil de l'âge, destiné à fournir aux pouvoirs publics une expertise sur l'avancée en âge et l'adaptation de la société au vieillissement, qui permette de poursuivre la mobilisation dont est issu le projet de loi et de montrer que l'adaptation de la société au vieillissement est bien l'impératif national et la priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation dont parle l'article 1^{er}. Un amendement du Gouvernement à l'Assemblée nationale l'a transformé en Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, également compétent sur la politique familiale et la protection de l'enfance. Or les liens entre ces trois politiques sont particulièrement ténus ; cela enverrait en outre le signal d'une moindre ambition sur ce sujet. Nous proposons donc de rétablir le Haut Conseil de l'âge. Cela fait débat au sein de chacune de nos sensibilités. Veillons à bien traiter ce point avant la séance publique.

L'article 47 fait de la CNSA une véritable agence chargée d'animer au niveau national les politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et de soutien des proches aidants, d'informer le public et de signer avec chaque département une convention pluriannuelle plus riche qu'aujourd'hui. Nous souhaitons autoriser les régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse à faire partie du conseil de la CNSA, qui comprendra trois vice-présidents élus respectivement parmi les représentants des conseils généraux, des personnes âgées et des personnes handicapées. Nous avons longuement reçu les représentants des mutuelles et des caisses de retraite, qui travaillent par ailleurs à mieux se coordonner pour la prise en charge des GIR 5 et 6.

Le chapitre consacré à la gouvernance locale avait été réduit à la portion congrue au moment du passage du projet de loi en Conseil des ministres, en raison de l'incertitude qui pesait alors sur le sort des départements. La situation s'étant depuis apaisée, plusieurs amendements du Gouvernement sont venus rétablir à l'Assemblée nationale des articles de l'avant-projet de loi issu de la concertation menée par Michèle Delaunay, mais pas le plus symbolique d'entre eux, consacré au rôle du département, que nous proposons de rétablir. Cet article confie aussi aux départements un rôle moteur dans le soutien, l'accompagnement et la valorisation des proches aidants, et précise qu'il s'appuie sur la conférence des financeurs de la

perte d'autonomie des personnes âgées et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), que crée l'article 54 bis. Ce dernier assurera la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à la place des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (Coderpa) et des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH). Consulté sur l'ensemble des schémas et programmes concernant les personnes âgées et les personnes handicapées, il sera largement ouvert à l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de l'autonomie.

L'article 54 ter propose un cadre juridique souple pour la création, à l'initiative du président du conseil départemental, de maisons départementales de l'autonomie (MDA) non dotées de la personnalité morale. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) resteront donc des groupements d'intérêt public (GIP); une maison de l'autonomie rassemblant la MDPH et les personnels et moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées ne serait mise en place qu'après avis conforme de la commission exécutive. La CNSA délivrerait également un label aux MDA répondant aux prescriptions d'un cahier des charges défini par décret.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Nos observations pourront être très utilement complétées par les amendements des rapporteurs pour avis des commissions des lois et des affaires économiques, dont nous saluons le travail et que nous remercions de leur présence ce matin.

Sans doute n'est-ce pas la grande réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie que nos concitoyens seraient en droit d'espérer. Mais il convient sur ce point de rester modeste. Comme des cyclistes abordant une côte rude, nous voudrions que la montagne s'aplanisse; puisqu'elle ne s'aplanit pas, nous pouvons tomber une dent sur le pignon arrière pour mieux avancer... Ce texte, encore largement perfectible, pose les bases d'une amélioration concrète de la prise en charge du vieillissement. A nous de saisir cette opportunité.

Mme Catherine Di Folco, rapporteur pour avis de la commission des lois. – Je salue la collaboration entre nos commissions. La nôtre s'est saisie des dispositions qui ont trait au droit de propriété, au droit civil, à la nationalité, au droit pénal ou aux contentieux de l'aide sociale, sur lesquelles je proposerai plusieurs amendements.

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques. – Notre commission s'est saisie pour avis des articles 2, 11 à 16 bis et 61 qui concernent plus particulièrement le logement des personnes âgées. Elle a adopté trois amendements au rapport annexé portant sur les moyens de l'Anah, le crédit d'impôt pour l'adaptation des logements et les bourses aux logements adaptés. Elle a aussi adopté six amendements à l'article 15 pour préciser les modalités de suppression des services non individualisables, la liste des personnes proches du syndic ne pouvant être prestataires, indiquer que les comptes rendus des réunions du conseil des résidents seront communiqués aux copropriétaires, et pour prévoir que ces nouvelles règles ne s'appliquent pas aux résidences-services existantes, sauf si elles le décident. Elle a aussi adopté un

amendement définissant les résidences-seniors et un autre portant sur l'entrée en vigueur de l'article 14 relatif au répertoire des logements locatifs des bailleurs sociaux.

M. Jean-Noël Cardoux. – Je tire un grand coup de chapeau aux rapporteurs qui dans un cadre financier contraint formulent une analyse et des propositions intéressantes. Toutefois ce texte se contente d'indiquer comment utiliser les 650 millions de la Casa, rien de plus ! La question fondamentale de la tarification des Ehpad n'est pas abordée. Le Gouvernement dit qu'il le fera dans un deuxième temps, mais il est à craindre qu'il ne repousse la réforme aux calendes grecques... Pour le reste, aucun moyen financier nouveau. Vous avancez une mesure choc, l'extension de la journée de solidarité aux indépendants. Je regrette néanmoins que la piste du financement de la dépendance par un régime assurantiel privé n'ait pas été évoquée. Certains contrats assurent déjà une rente mensuelle de 500 euros en fin de carrière. Au vu des enjeux – la dépendance coûtera 33 milliards en 2060 –, 650 millions ce n'est rien, même pas 2,5 % de l'écart à combler pour financer la dépendance ! Enfin, si la création des CDCA est de bon sens, il faudrait préciser qu'ils doivent être présidés par le président du conseil départemental.

M. Michel Forissier. – Je m'interroge sur les conséquences de cette loi à terme en raison de la hausse du nombre des personnes âgées. Le texte crée une conférence des financeurs dans chaque département. Quelle structure supprimons-nous en contrepartie de cette création, si nous voulons appliquer le principe de clarification ?

Les prérogatives des départements sont renforcées. Encore faut-il continuer à affirmer leur utilité. Nous devons veiller à ce que ce texte soit adaptable à tous les territoires, quelle que soit leur organisation. Elu de la métropole de Lyon, je constate que les choses ne sont pas toujours simples. Simplifions !

Il convient de distinguer le handicap de la dépendance. Les personnes handicapées s'adaptent plus facilement que les personnes devenues dépendantes à la fin de leur vie. L'idéal enfin, serait d'accroître la liberté d'organisation des départements. Le texte manque à cet égard de réalisme économique.

M. Philippe Mouiller. – Je salue le travail des rapporteurs qui ont mené un nombre impressionnant d'auditions. Ce projet entend favoriser le maintien à domicile et encourage le logement intermédiaire, comme les résidences d'autonomie. Cependant, comme l'a dit Jean-Noël Cardoux, l'aspect financier est le point faible. Les moyens, limités, ne sont pas à la hauteur. Je regrette que la question des assurances privées pour l'autonomie n'ait pas été abordée. Ne devrait-on pas, au regard de l'ampleur des enjeux financiers, envisager une journée de solidarité supplémentaire ? Le financement reste le nerf de la guerre.

Il est extrêmement compliqué de permettre aux personnes handicapées vieillissantes de rester à domicile. Peut-être un accueil en résidence autonomie peut-il être une solution. Clarifions. Les maisons spécialisées pour personnes handicapées ont un coût énorme. Nous manquons de chiffres sur les besoins des personnes handicapées vieillissantes. Cette problématique est sous-estimée.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je salue le travail des rapporteurs. Comme la langue d'Esopé, cette loi présente le pire et le meilleur. Les moyens sont insuffisants, mais 650 millions, malgré tout, c'est toujours ça. Je remercie les rapporteurs d'avoir repris deux des mesures phares que nous avons formulées avec Dominique Watrin. La simplification du régime juridique était réclamée par les associations. La période transitoire sera utile. Les Cpom doivent être mis en œuvre. L'expérimentation a été lancée en 2012. Ils ont démontré leur utilité. Le forfait global était aussi un souhait des associations. Mais le report de l'évaluation de l'expérimentation du 30 juin 2015 au 1^{er} janvier 2016 ne risque-t-il pas de repousser leur généralisation ?

Je voudrais quelques éclaircissements sur les ressources de la Casa ; 350 millions d'euros sont prévus pour revaloriser les plafonds d'aide ; vous proposez 250 millions pour revaloriser le nombre d'heures en GIR 1 et 2. Avec Dominique Watrin nous voulions revaloriser les tarifs horaires, qui vont de 17 à 25 euros selon les départements. Ne faudrait-il pas fléchir une part plus importante de la recette supplémentaire que vous proposez pour inciter à une revalorisation des tarifs horaires ? Les associations d'aide à domicile sont à bout de souffle. Veut-on les sauver de la faillite ?

M. Dominique Watrin. – À mon tour de féliciter les rapporteurs pour la qualité et l'intensité de leur travail. Les professionnels de l'aide à domicile saluent la concertation qui a précédé en amont. Reste que ce projet de loi est insuffisant au regard des besoins. Il y a huit ans, Nicolas Sarkozy avait annoncé une grande loi couvrant l'invalidité, le handicap et le vieillissement. Voici un texte réduit au vieillissement. Et encore, le sujet épineux du reste à charge a-t-il été évacué !

Nous divergeons sur la méthode. Plutôt que de redistribuer le produit de la Casa pour faire face au plus urgent, nous préférons augmenter les recettes pour mieux accompagner les personnes en perte d'autonomie. Il est vrai qu'il faudrait en ce cas entre 4 et 9 milliards... Nous formulerons des propositions de financement fondées sur la solidarité nationale. Nous sommes opposés à toute promotion des régimes d'assurances privés.

Pour la première fois, la Casa sera entièrement affectée à la perte d'autonomie et non au renflouement du FSV. Mais bien des zones d'ombre demeurent. Quel sera le volume d'heures supplémentaires des GIR 1 et 2 ? Combien de logements seront-ils adaptés ? Combien de personnes bénéficieront d'un droit de répit ? Nous nous attacherons à obtenir des précisions de manière à ne pas créer d'illusions. Certains amendements sont très techniques. Nous nous abstiendrons pour mieux les examiner.

Mme Michelle Meunier. – Merci aux rapporteurs pour leur présentation et leur travail. Je garde le souvenir, endeillé par la disparition de Claude Dilain, des auditions auxquelles j'ai pu assister.

Certains reproches de la droite sont injustes. Depuis dix ans, que de promesses non tenues ! Nous attendions une loi. Les 645 millions dégagés répondront à une attente concrète. Déjà 15 millions de personnes ont plus de 60 ans ; et le nombre des plus de 85 ans triplera d'ici les dix ans. Ce texte est courageux, ambitieux et

mobilisateur. Il sera utile aux personnes âgées, aux aidants, aux associations et aux élus. Il facilitera le vivre-ensemble et répondra au souhait des personnes âgées de vivre le plus longtemps à domicile. Je salue la définition des aidants et la prise en compte de leur état de santé. La création d'un Haut Conseil de la famille et des âges de la vie est pertinente et sa déclinaison locale confirme la responsabilité du département tandis que le comité des financeurs pourrait être dupliqué dans d'autres textes. Ce texte attendu s'accompagne d'un financement, ce qui est rare.

M. Daniel Chasseing. – *Je félicite à mon tour les rapporteurs. Je regrette que la question du financement de la dépendance dans les Ehpad ait été oubliée. La demande était pourtant forte. Le maintien à domicile a des limites. Le Pathos augmente depuis quelques années et les établissements ne sont pas dotés pour faire face. Les personnels manquent. Nous sommes loin du compte. La création des Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) par le gouvernement Fillon avait constitué un petit progrès. Deux emplois par Ehpad, ce n'est pas rien.*

Si le conseil départemental retrouve la place qui doit être la sienne, la simple transformation des conseils généraux en conseils départementaux aura un coût de deux millions dans chaque département...

Le texte présente toutefois des améliorations, comme l'augmentation des plans d'aide pour les plus dépendants. Notons cependant que la majeure partie des bénéficiaires de l'APA à domicile sont peu dépendants. Il est pertinent de définir le rôle des aidants. L'article 22 traite des mesures particulières à prendre pour assurer l'intégrité physique des personnes accueillies. Je regrette que l'avis du médecin coordonnateur ou du médecin de traitement et du directeur ne suffise pas. Quand un patient menace de fuguer, on ne peut attendre... J'espère enfin que les Cpom ne seront pas sources d'un système trop bureaucratique.

Mme Isabelle Debré. – *J'entends dire que ce texte conforte les départements. Pas en Ile-de-France ! A qui cette compétence reviendra-t-elle ? Aux communes, aux intercommunalités, à la région ? Personne ne le sait. Examiner cette loi à la veille des départementales a quelque chose d'ubuesque...*

M. Alain Milon, président. – *Au vu des réunions que j'ai pu tenir, j'ai malheureusement le sentiment que seuls les candidats savent qu'il y aura des élections...*

Mme Isabelle Debré. – *L'article 36 renvoie à des décrets pour définir le statut des aidants. Mais quel sera leur contenu ? Une semaine par an pour 500 euros, une aide ponctuellement augmentée... C'est flou ! De même l'article 23 fait référence aux cadeaux d'usage. Est-ce une notion juridiquement encadrée ?*

M. Michel Amiel. – *Dans les Bouches-du-Rhône, non plus nous ne savons pas précisément à qui seront confiées les nouvelles compétences. La métropole est déjà bien endettée.*

La spécificité de la population handicapée vieillissante n'a pas été abordée. Il y a pourtant des passerelles entre le maintien à domicile et le placement dans des structures. Les Ehpad ou les résidences spécialisées ont de plus en plus de pensionnaires victimes de handicap, physique ou mental. Elles n'ont pas toujours les moyens d'y faire face. Enfin, quelles sont les mesures prévues pour remédier à la spéculation immobilière en ce qui concerne la construction des résidences de services ?

Mme Elisabeth Doineau. – Nous n'avons pas les moyens de notre ambition. Aujourd'hui comme hier nous avons envie d'apporter toute notre attention aux personnes âgées, à nos sages, oserais-je dire, mais nous traversons une période de difficultés financières. Nous devons en tenir compte avec courage et nous adapter avec réalisme. Les dépenses dépendent des recettes disponibles, lesquelles baissent. Il nous faut commencer à changer le regard que nous portons sur nos aînés. On part trop souvent du postulat que les familles ne peuvent plus les prendre en charge. D'une manière ou d'une autre, nous aurons pourtant à évoluer. Chacun doit avoir des réponses adaptées à ses moyens financiers.

Notre mission est de rendre les textes plus justes et plus cohérents. Le texte comporte des avancées. Les aidants, qui sont souvent des personnes très investies auprès de la personne qu'elles assistent, ont besoin d'être accompagnées même s'ils ne le souhaitent pas forcément. Je ne suis pas convaincue que 500 euros par an suffisent. En tout cas, cela ne doit ni servir à nous donner bonne conscience, ni susciter des vocations. Au contraire nous devons plutôt abandonner nos réflexes individualistes.

Quand des foyers-logement ou des Ehpad ont besoin de travaux, on multiplie les audits pour gagner du temps. Nous devons l'accepter, les moyens ne sont pas illimités : changeons notre façon de voir les choses.

Mme Brigitte Micouleau. – 650 millions d'euros, c'est dérisoire, alors que le nombre des personnes âgées ne va cesser d'augmenter. Les plus de 85 ans seront quatre fois plus nombreux en 2050. D'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les dépenses publiques consacrées à la prise en charge de l'autonomie ont atteint 21,1 milliards en 2011, et 28 milliards si l'on inclut les sommes à la charge des ménages. En 2060, la prise en charge publique de la perte d'autonomie s'élèvera à 35 milliards. Comment ferons-nous ? Pourquoi, par exemple, ne pas prélever un euro sur les jeux en ligne ? Je me félicite de la reconnaissance des aidants. Toutefois, je regrette que les Ehpad aient été oubliés.

M. Olivier Cadic. – Le financement ne doit pas reposer uniquement sur le travail, sauf à aggraver davantage notre déficit de compétitivité. Le développement de l'assistance à domicile est nécessaire. Il importe de prendre en compte les assurances individuelles et examiner la responsabilité des individus et des familles. J'ai vu à Marrakech le cas d'un homme décédé sans qu'aucun de ses neuf enfants n'accepte de participer aux frais d'inhumation. Cet exemple détestable illustre le besoin de solidarité des familles. Enfin, il est nécessaire de donner un statut aux assistants à domicile, car il s'agit d'un métier très spécifique.

Mme Patricia Schillinger. – On en parlait depuis des années, voilà enfin un texte ! Quel est le budget consacré aux assistantes sociales ? Deux pour les personnes âgées sur un secteur de plus de 50 000 habitants, c'est trop peu. Quelle est la formation de ces personnels ? Il est difficile de recruter du personnel qualifié. Existe-t-il un vrai CAP ou des formations spécifiques ?

Mme Corinne Imbert. – En dépit de ses bonnes intentions, ce projet de loi n'est pas satisfaisant. Le compte n'y est pas : nous n'avons plus les moyens de nos idéaux. La situation des établissements n'est pas abordée alors qu'un tiers de l'APA va aux personnes âgées qu'ils accueillent. On manque de moyens ; départements, ARS et établissements signent pourtant des conventions tripartites.

Un article aborde l'accueil familial sous l'angle de la formation des familles. Il serait intéressant d'étudier la question des accueils familiaux regroupés. Si je suis satisfaite de l'attention portée aux aidants, je m'interroge sur la nécessité de créer un nouveau Haut Conseil consultatif. Les conseillers ne sont pas les payeurs...

M. Jean-Marie Morisset. – Je ne suis pas opposé aux conférences départementales des financeurs, mais leurs moyens risquent d'être limités. Les déçus sont nombreux car tous les besoins n'ont pas été pris en compte. Les associations d'aide au maintien à domicile sont aussi inquiètes du remplacement de l'autorisation par l'agrément.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Elles ont formé un recours pour concurrence illégale et la Commission européenne va certainement leur donner satisfaction.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Nous avons auditionné des représentants des institutions de prévoyance. Certaines entreprises ont mis en place des fonds assuranciels destinés à aider les travailleurs qui se retrouveraient dans une situation de dépendance pendant leur retraite. Ces avancées sont intéressantes, car elles préfigurent les mesures que nous pourrions prendre. La question de la répartition des compétences entre métropole et département n'est pas encore tranchée. Attendons la fin des travaux sur la loi NOTRe.

Mme Isabelle Debré. – Quinze jours avant les élections dans les départements, c'est dommage...

M. Georges Labazée, rapporteur. – Monsieur Mouiller, nous avons veillé à ne pas reporter la dépense sur les départements.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Il n'y aura aucune dépense nouvelle pour les départements.

M. René-Paul Savary. – On nous dit cela à chaque fois.

M. Georges Labazée, rapporteur. – En plus de l'APA historique, les départements recevront 153 millions d'euros pour l'augmentation des plans d'aide, 197 millions pour la baisse du reste à charge et 78 millions pour le droit au répit. La création d'une assurance sur la dépendance pose un problème philosophique. Nous constatons dans nos collectivités que les agents de catégorie A sont bien couverts en matière de santé et de prévoyance ; c'est moins le cas pour ceux de catégorie B, et encore moins pour la catégorie C. Un droit universel nous ramène à la création du cinquième risque. Le grand débat qui avait occupé le gouvernement Sarkozy s'est épuisé dès lors qu'on a pris conscience des conséquences financières. Monsieur Mouiller, la CSA est une bonne recette. Commençons pas élargir son assiette avant d'envisager une deuxième journée de solidarité.

M. Philippe Mouiller. – *Ce ne serait pas la même charge pour les entreprises...*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *MM. Vanlerenberghe et Watrin ont rendu un rapport sur l'aide à domicile, nous nous en souvenons. Les expérimentations doivent s'achever en 2015. Nous avons prévu une évaluation en 2016, afin que les délais ne soient pas trop serrés.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – *L'application serait immédiate en 2016 ?*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *La généralisation des Cpom ne conduit pas obligatoirement à trancher sur le modèle de tarification. Il faudra attendre la fin de l'évaluation pour cela.*

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – *Cela réduit la portée de la généralisation.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Le président de l'Anah, Claude Dilain, a arraché deux fois 20 millions d'euros à Matignon pour financer le logement adapté en 2015. Le droit au répit concerne 156 000 personnes.*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Madame Meunier, vous êtes attachée à la création d'un Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, incluant la protection de l'enfance. Un tel conseil n'aura aucun lien avec les conseils existants au niveau départemental. L'adaptation de la société au vieillissement ne se résume pas à la dépendance. C'est un sujet transversal et interministériel.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Les personnes GIR 1 et GIR 2 représentent 36 % des bénéficiaires de l'APA. La moitié du budget de l'APA leur est consacré – sur un total représentant 8 milliards d'euros, dont 5,7 financés par les départements. Quant à la procédure disciplinaire pour le contrat de séjour, il serait plus efficace et plus rapide qu'elle soit décidée par l'équipe médico-sociale de l'établissement où la personne est connue.*

M. Daniel Chasseing. – *Ce n'est pas ce qui est dit dans le texte.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Nous pourrions y revenir lors de la discussion des amendements.*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Les conseils généraux étaient les seuls à accepter de prendre en charge la compétence sociale : c'est ce qui les a sauvés. Le transfert de cette compétence à d'autres instances a toujours posé problème, comme dans le Rhône, par exemple. Heureusement, on peut espérer que les conseils départementaux perdurent... Le montant de l'aide aux aidants a été fixé à 500 euros maximum par an. La Casa finance le dispositif à hauteur de 78 millions d'euros. La décision, sur le montant, revient au conseil général, qui pourra envisager une augmentation des plans d'aide APA en faveur de ceux qui s'occupent des cas les plus difficiles. La disposition qui prévoit une incapacité totale de faire des dons et des legs évite les abus. Cependant, pour les héritages, il faut y réfléchir : nombre d'Ehpad ont été construits grâce aux dons. Comment se passer de cette manne ? C'est une question qui mérite d'être posée à la ministre.*

Mme Isabelle Debré. – Ma question portait surtout sur le renvoi au décret. Si les décrets ne sont pas en corrélation avec l'esprit de la loi, cela pourrait poser problème.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Mme Rossignol nous a assurés que l'élaboration des décrets cheminait parallèlement à la discussion du projet de loi.

M. Gérard Roche, rapporteur. – La moitié du produit de la Casa en 2015 sera consacrée à soutenir l'enveloppe d'investissement de la CNSA, et cela jusqu'en 2017.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Monsieur Amiel, il sera bon de réfléchir sur la possibilité pour les ARS de lancer des appels à projet pour créer des maisons d'accueil pour les adultes handicapés vieillissants, sous forme de structures de huit à douze places. C'est un enjeu important. Nous aurons à en reparler dans les années à venir. Nous présenterons des amendements sur les aspects immobiliers des résidences-services, conformément aux prescriptions de l'Igas.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Elisabeth Doineau souligne à juste titre un problème de société, car la famille ne veut pas toujours s'acquitter de son rôle auprès des personnes âgées. L'aide financière accordée aux personnes qui entrent dans la catégorie des aidants est définie à l'article 35. Olivier Cadic, l'extension de la CSA ne se fait pas sur l'heure de travail, mais sur les revenus : sur 3 000 euros par mois, par exemple, l'effort est de 9 euros. C'est un paquet de cigarettes ! Or, grâce à cela, une personne GIR 2 bénéficiera de deux heures et demie de présence d'un aidant en plus.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Le débat sur le vieillissement doit se traiter sur le long terme. Nous travaillons au sein du conseil d'orientation des retraites (COR) sur une projection à soixante ans de la progression des retraites. Madame Imbert, nous avons souhaité améliorer la rémunération des accueillants familiaux, qui est restée calée sur les prix – et pas sur le Smic – depuis une loi de 1993. La loi de 2002 n'a rien changé à la situation. Vingt-deux ans après, nous donnons enfin satisfaction à ces professionnels.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Nous avons entendu leurs représentants, qui se sont dits très satisfaits.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Grâce à la Casa, les conférences des financeurs disposeront de 140 millions d'euros à ventiler au titre de la prévention.

EXAMEN DES AMENDEMENTS

Article 1^{er} bis (nouveau)

L'amendement n° 194 est adopté.

Article additionnel après l'article 2

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 90 a pour objet d'étendre l'assiette de la CSA aux revenus des travailleurs indépendants, agricoles et non agricoles. Une mesure similaire d'extension à tous les revenus avait été votée au Sénat en 2012 par l'UMP, l'UDI et une partie du RDSE. Nous y revenons aujourd'hui. La contribution totale s'élèvera à 250 millions d'euros. On pourrait

envisager un sous-amendement pour en exonérer ceux dont les revenus sont inférieurs à 1 500 euros, notamment les petits artisans. Tant qu'une partie de la population ne participera pas à la journée de solidarité qui existe, il me paraît difficile d'en créer une deuxième. C'est un problème d'éthique. Je n'ai pas compris pourquoi nos collègues socialistes avaient refusé de voter la mesure en 2012. Sans doute ont-ils changé d'idée.

M. René-Paul Savary. – Moi aussi, j'ai changé d'idée. J'avais voté pour en 2012, dans un souci d'équité. En 2015, la situation s'est aggravée. Pas grand-chose s'ajoutant à pas grand-chose, cela finit par faire trop : les Français ne supporteront pas une fiscalité supplémentaire, les entreprises non plus. Le monde agricole est en ébullition. On ne pourrait pas mieux s'y prendre pour nourrir les votes extrêmes. Nous ne nous prononcerons pas en faveur de cet amendement. On l'a vu avec l'écotaxe, lorsqu'une mesure née d'un bon sentiment entre en vigueur trop longtemps après, elle n'est, souvent, plus acceptée.

Mme Pascale Gruny. – Nous ne voterons pas non plus l'amendement. Les artisans et les commerçants n'en peuvent plus des difficultés qu'ils rencontrent avec le régime social des indépendants (RSI). Dans ma ville trois artisans et commerçants ont mis la clef sous la porte pour cette raison. Certes, 0,3 %, c'est bien peu mais c'est beaucoup quand on est exsangue.

M. Philippe Mouiller. – Certes, nous avons besoin de recettes. Cependant il faut commencer par remettre à plat le fonctionnement du RSI. Les artisans et les commerçants sont perdus. Ils manquent d'informations et ne comprennent plus ce qui justifie leur contribution. Dans ces conditions, il serait malvenu de leur en imposer une nouvelle.

Mme Nicole Bricq. – Je voterai également contre. Alourdir les prélèvements obligatoires dans une période où l'on fait déjà des économies pour alléger la dette et alors que le président de la République a annoncé qu'il n'y aurait plus de hausse fiscale jusqu'en 2017 me paraît difficile. De plus, le RSI est en difficulté et l'on a évoqué un adossement au régime général.

M. Dominique Watrin. – Pourquoi une catégorie serait-elle exclue quand les autres devraient contribuer ? Quoi qu'il en soit, nous ne prendrons pas part au vote puisque, dès le départ, nous avons affirmé notre opposition au principe de la Casa. Vous parlez d'une recette de 250 millions d'euros quand il faudrait trouver 5 à 10 milliards. La solidarité devrait être nationale.

M. Daniel Chasseing. – Je ne voterai pas pour cet amendement, car les agriculteurs sont très inquiets. Ce n'est pas le moment d'alourdir leurs charges, même si la mesure paraît logique.

M. Jean-Noël Cardoux. – La conjoncture n'est pas la même qu'en 2012. Cet amendement renforcerait l'empilement des charges qui pèsent sur les artisans et les commerçants. Nous devons prendre du recul. Je n'aime pas forcément les rapports. Peut-être faudrait-il en faire un pour trouver une répartition plus équitable des charges et un financement plus global de la dépendance. L'UMP votera contre cet amendement.

M. Georges Labazée, rapporteur. – J'entends vos arguments, même si au début de la discussion vos propos déplorant l'insuffisance de financement n'allaient guère dans ce sens. C'est une mesure difficile, mais dont tout le monde aura peut-être à bénéficier à un moment de sa vie. Elle participe du principe d'égalité devant l'impôt. Les représentants du RSI que nous avons entendus s'y sont déclarés favorables.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Je suis déçu de vos réactions. Au départ, je trouvais que ce projet de loi n'allait pas assez loin en ce qui concerne les établissements. Mais j'ai pensé aux vieillards sur leurs lits, paralysés ou dépendants, et je me suis dit qu'on ne pouvait pas ne pas faire à leur égard un geste de solidarité, quand bien même il serait imparfait. Il y a chez moi des agriculteurs encore plus pauvres que dans les autres départements, mais aussi des gens qui souffrent et que l'on ne voit jamais, des GIR 1 et les GIR 2 qui sont chez eux. La conjoncture ne sera jamais idéale : on pourra toujours dire que ce n'est pas le moment. Mais c'est l'honneur des citoyens, des parlementaires et du Sénat que de voter une loi qui tend la main à ceux qui souffrent sans qu'on les voie ou qu'ils ne descendent dans la rue.

L'amendement n° 90 n'est pas adopté.

Titre préliminaire

L'amendement n° 96 est devenu sans objet.

Article 3

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 44 vise à clarifier et préciser les missions exercées par la conférence des financeurs de la perte d'autonomie.

L'amendement n° 44 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 45 est adopté.

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 166 associe les représentants des opérateurs de services d'aide et d'accompagnement à domicile à la conférence des financeurs. Je n'y suis pas favorable. Elle doit rester telle quelle, quitte à associer des partenaires de son choix à ses travaux – et ne créons pas de doublon avec les CDCA.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Que d'interlocuteurs qui nous ont demandé de participer à la conférence. Nous avons eu chaque fois la même réponse : « d'accord, si vous devenez financeurs ! ».

L'amendement n° 166 n'est pas adopté.

L'amendement de précision n° 48 est adopté.

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement n° 49 vise à préciser le contenu des données qui devront figurer dans le rapport d'activité transmis chaque année par la conférence des financeurs à la CNSA. Ce rapport mentionnera le nombre de demandes déposées en distinguant celles qui ont été financées de celles qui ne l'ont pas été.

L'amendement n° 49 est adopté.

Article 4

L'amendement de coordination n° 51 est adopté.

M. Gérard Roche, rapporteur. – *L'amendement n° 52 a pour objet de fixer dans la loi les modalités d'affectation de la Casa pour les actions de prévention financées par les conférences des financeurs (28 % du produit de la Casa, soit 180 millions d'euros) et pour les actions financées par le fonds de compensation du handicap pour les personnes handicapées vieillissantes (0,5 % du produit de la Casa, soit 5 millions d'euros). On veillera ainsi à ce qu'il n'y ait pas de « fuites dans la tuyauterie ».*

L'amendement n° 52 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 4 est adopté.

Article 6

L'amendement rédactionnel n° 106 est adopté.

Article 8

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Comme cela a été fait à l'article 4 pour les actions de prévention, l'amendement n° 55 vise à inscrire dans la loi le fait que 1 % du produit de la Casa financera des actions de formation pour les aidants familiaux, les accueillants familiaux et les bénévoles engagés dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées. L'affectation proposée correspond à ce qui est indiqué dans l'étude d'impact. Elle évite le renvoi à un décret.*

L'amendement n° 55 est adopté.

Article 9

M. Georges Labazée, rapporteur. – *L'amendement n° 34 vise à supprimer la restriction d'âge posée par l'article 9 pour la délivrance d'une attestation de tutorat. Il est en effet souhaitable que l'ensemble des personnes qui assurent le tutorat d'un volontaire du service civique puissent se voir délivrer une attestation, quel que soit leur âge et notamment lorsqu'il s'agit de personnes en insertion professionnelle.*

L'amendement n° 34 est adopté.

Article 10

M. Georges Labazée, rapporteur. – *La création d'un volontariat civique senior, auquel le monde associatif est défavorable, ne répond pas de manière satisfaisante à l'objectif de valorisation de l'engagement des seniors. Il convient de trouver d'autres outils qui n'introduisent pas de hiérarchie entre les bénévoles, ni entre les engagements.*

L'amendement n° 35 est adopté.

Article 11

L'amendement de coordination n° 121 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'amendement n° 36 a pour objet d'étendre le versement du forfait autonomie à l'ensemble des résidences, y compris celles qui bénéficient par ailleurs du forfait soins, dont la finalité est différente. Il s'agit des foyers logements transformés en résidences autonomie, soit 300 structures sur 2 200 au total.

M. Dominique Watrin. – Le groupe communiste s'abstiendra.

L'amendement n° 36 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'amendement n° 191 réaffirme le droit pour la personne à recourir librement à son médecin traitant. Rien ne s'oppose à ce que le médecin traitant rende visite aux personnes âgées dans les résidences autonomes : la précision est inutile. Défavorable.

L'amendement n° 191 n'est pas adopté.

L'amendement rédactionnel n° 37 est adopté.

Article 15

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis de la commission des lois. – La possibilité pour un syndicat des copropriétaires d'étendre son objet à la fourniture de services spécifiques doit figurer dans la loi, pour devenir effective. Cet amendement précise également que tous les services spécifiques (non individualisables et individualisables) peuvent entrer dans l'objet du syndicat des copropriétaires. Il clarifie la définition des services non-individualisables et précise que seule la liste de ces services sera fixée par décret pris en Conseil d'Etat. A contrario, les autres seront individualisables.

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'avis est favorable.

L'amendement n° 196 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'amendement n° 101 a pour objet de maintenir la possibilité pour les résidences-services de gérer directement certains services, sans passer par un prestataire extérieur. On allégera ainsi le coût pour les résidents. L'amendement n° 197 de la commission des lois est identique.

Les amendements nos 101 et 197 sont adoptés.

L'amendement rédactionnel n° 42 est adopté.

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – L'amendement n° 198 assouplit les règles de vote applicables à la création ou à la suppression de services non-individualisables, en passant d'une décision prise à la majorité des deux-tiers à une majorité simple. Cette souplesse apparaît d'autant plus utile que la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (Alur) a supprimé le dernier alinéa de l'article 26, qui autorisait des règles de vote plus souples lorsque la majorité des deux-tiers n'était pas atteinte. Si l'amendement n° 198 n'est pas adopté, je proposerai un amendement de repli n° 199.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n° 198 et favorable au n° 199.

Mme Annie David. – Nous nous abstenons.

L'amendement n° 198 n'est pas adopté.

L'amendement n° 199 est adopté.

L'amendement n° 215 devient sans objet.

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques. – *L'amendement n° 216 conditionne la suppression d'un service non individualisable à la réalisation d'une étude d'impact évaluant à la fois l'utilité du service et les conséquences de sa suppression pour l'équilibre financier de la copropriété. En effet, une telle décision doit être prise en toute connaissance de cause. L'Anah le souhaite vivement, et c'est aussi ce que préconise le rapport de l'Igas.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Le fait de prendre la décision à la majorité des deux-tiers nous paraît suffisant. Avis défavorable.*

L'amendement n° 216 n'est pas adopté.

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis. – *Un déséquilibre financier dans un ou plusieurs services peut avoir des conséquences graves sur la situation financière de la copropriété. L'amendement n° 217 rectifié prévoit la possibilité de saisir le juge lorsque l'équilibre financier de la copropriété est ainsi mis en péril.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Avis favorable.*

L'amendement n° 217 rectifié est adopté.

L'amendement de précision n° 38 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – *L'amendement n° 103 vise à maintenir une répartition des charges d'entretien et de fonctionnement fondée sur l'article 10 du code de la copropriété. La mutualisation des charges dans les résidences-services n'interdit pas de faire payer les utilisateurs des services plutôt que l'ensemble des copropriétaires. L'amendement n°200 est identique sur le fond.*

Les amendements nos 103 et 200 sont adoptés.

L'amendement de précision n° 120 est adopté.

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – *La durée de la convention de prêt des parties communes affectées à des services individualisables est fixée à cinq ans. L'amendement n°201 précise que ce n'est qu'un plafond. Le syndicat de copropriétaires conserve la liberté de choisir une durée d'affectation plus courte.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *L'avis est favorable.*

L'amendement n° 201 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 122 est adopté.

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – *L'amendement n° 202 rétablit la possibilité pour le syndicat de copropriétaires de déléguer au conseil syndical les décisions relatives à la gestion courante des services spécifiques.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Avis favorable.*

L'amendement n° 202 est adopté.

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – L'amendement n° 203 précise que le syndic, les filiales du syndic ainsi que la société dont le syndic est lui-même une filiale ne peuvent plus être prestataires des services individualisables et non individualisables.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'amendement n° 218, à l'objet identique, nous paraît plus complet dans sa rédaction.

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis. – Mon amendement n° 218 complète la liste des personnes qui ne pourront exercer les fonctions de prestataire en y ajoutant le concubin du syndic, les sociétés dans lesquelles lui ou ses proches auraient des participations, ainsi que les filiales et la société-mère lorsque le syndic est une personne morale.

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – Je me rallie à l'amendement de M. Gremillet.

L'amendement n° 203 est retiré.

L'amendement n° 218 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 53 est adopté.

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis. – L'amendement n° 219 a pour objet de préciser que les comptes rendus du conseil des résidents seront communiqués systématiquement à l'assemblée générale des copropriétaires.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n° 219 est adopté.

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis. – Imposer de nouvelles règles aux résidences-services de première génération qui ne connaissent pas de difficultés de fonctionnement serait facteur de déstabilisation. L'amendement n° 220 diffère de six mois l'entrée en vigueur du nouveau régime après la promulgation de la loi. Il réserve l'application des règles définies à l'article 15 aux nouvelles résidences-services, à l'exception des dispositions relatives au conseil des résidents. Les actuelles résidences-services examineront chaque année l'opportunité de se soumettre aux dispositions de l'article 15.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Le projet initial a déjà été largement remanié de sorte que le cadre n'est plus aussi problématique. Ces mesures ne me paraissent pas utiles, d'autant que l'on ne crée plus de résidences de première génération. L'avis est défavorable.

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis. – Je crois que certaines dispositions de mon amendement restent utiles. Je le maintiens.

L'amendement n° 220 n'est pas adopté.

Articles additionnels après l'article 15

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'amendement n° 39 vise à créer un cadre pour les résidences-services de deuxième génération, car le droit commun de la copropriété ne leur est pas adapté. Les propriétaires des logements sont des investisseurs privés ou institutionnels attirés par des règles fiscales avantageuses. Les résidents sont dans leur grande majorité des locataires. Les services sont offerts par un gestionnaire qui est lui-même propriétaire ou locataire de locaux au sein de la résidence. Ce modèle étant appelé à se développer, il faut l'encadrer et créer, par voie réglementaire, une charte ou un label garantissant la qualité des services offerts.

M. Philippe Mouiller. – Il est dangereux de nous en remettre à un décret : il est déjà arrivé que des décrets fragilisent le modèle économique de nouvelles résidences.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Notre amendement se fonde sur le rapport de l'Igas, que nous vous communiquerons.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Nous l'avons reçu seulement avant-hier !

M. Daniel Gremillet, rapporteur pour avis. – Mon amendement n° 221 est identique.

Les amendements n°s 39 et 221 sont adoptés.

Article 17

M. Georges Labazée, rapporteur. – Le code général des collectivités territoriales ayant été modifié par ordonnance en septembre, l'amendement n° 40 effectue les coordinations nécessaires.

L'amendement n° 40 est adopté.

Article 19 A

M. Alain Milon, président. – Les amendements n°s 64 et 204 suppriment cet article.

M. Georges Labazée, rapporteur. – La perte d'autonomie ne peut constituer une discrimination. Nous en avons longuement parlé avec le Défenseur des droits.

Les amendements n°s 64 et 204 sont adoptés.

Article 19

L'amendement rédactionnel n° 95 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'article 19 reconnaît le droit à un accompagnement et à une information adaptés pour toutes les personnes âgées en perte d'autonomie, et précise que ce droit est assuré par la CNSA et les départements. Les auteurs de l'amendement n° 156 souhaitent confier aussi cette mission aux centres locaux d'information et de coordination (Clic). C'est inopportun : ceux-ci ont été décentralisés et dépendent désormais des départements. Ils fonctionnent soit avec des crédits transférés par l'Etat, lorsque le département a

réorganisé ses services, soit en partenariat avec le monde associatif. Résultat : entre les Clic de premier, deuxième et troisième niveau, le territoire n'est qu'imparfaitement couvert. Il revient aux départements d'y mettre bon ordre. Avis défavorable.

L'amendement n° 156 n'est pas adopté.

Article 21

L'amendement n° 124, de coordination, est adopté.

Article 22

L'amendement n° 99, de coordination, est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – *L'amendement n° 66 prévoit que le médecin coordonnateur est placé auprès du directeur de l'établissement pour le recueil du consentement de la personne au moment de son entrée en établissement.*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *C'est le meilleur compromis.*

M. Daniel Chasseing. – *Il suffit peut-être de demander au médecin coordonnateur d'être présent en cas de difficultés avec la famille.*

M. René-Paul Savary. – *Dans neuf cas sur dix, tout se passe bien, la présence du médecin coordonnateur n'est pas nécessaire : laissons les gens faire leur métier sur le terrain !*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Il s'agit de s'assurer du consentement de la personne.*

M. Daniel Chasseing. – *Oui, si celle-ci a des troubles cognitifs.*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *La loi cherche à éviter les placements abusifs – comme en psychiatrie – en défendant les droits de toute personne concernée.*

M. René-Paul Savary. – *Oui, vu de Paris ! Sur le terrain, ce problème n'existe pas. Connaissez-vous beaucoup de cas de placements abusifs ?*

M. Philippe Mouiller. – *Ils sont d'autant moins probables que les établissements manquent cruellement de places à offrir !*

M. René-Paul Savary. – *Un peu de souplesse !*

M. Daniel Chasseing. – *Dans 95 % des cas, il n'y a aucun problème. S'il y en a un, on peut faire appel au médecin coordonnateur.*

M. Alain Milon, président. – *Le consentement est souvent un consentement résigné...*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *La mesure que nous proposons sera bénéfique pour les chefs d'établissements.*

M. Michel Forissier. – *Il y a de toute façon un examen par le médecin coordonnateur au moment de l'admission. N'alourdissons pas inutilement les procédures.*

M. Daniel Chasseing. – *Celui-ci connaît le dossier et a vu la famille. Mais il ne travaille pas forcément à plein temps. Imposer sa présence peut donc poser problème.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Vous pouvez présenter un amendement en séance.*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Nous avons déjà considérablement allégé le dispositif prévu par le texte. Le médecin coordonnateur participera à la procédure de recueil du consentement et ainsi couvrira le directeur de l'établissement. Cela protège aussi les droits des personnes concernées. Bien sûr, cela concerne une petite minorité de cas.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Nous avons longuement réfléchi au meilleur dispositif.*

M. René-Paul Savary. – *Je n'en doute pas.*

L'amendement n° 66 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – *L'amendement n° 192 précise que le directeur de l'établissement informe la personne accueillie de ses droits et s'assure qu'elle les comprend. Avis favorable.*

L'amendement n° 192 est adopté.

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Nous avons beaucoup réfléchi à la rédaction, je le répète. L'amendement n° 141 va trop loin. Avis défavorable.*

L'amendement n° 141 n'est pas adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Il est proposé à la personne accueillie de désigner une personne de confiance. Celle-ci peut être présente à la conclusion du contrat de séjour, lorsque le directeur de l'établissement s'entretient avec la personne accueillie. Encore faut-il que cette dernière en soit informée préalablement ! C'est l'objet de l'amendement n° 69. Nous avons longuement évoqué ce sujet avec le Défenseur des droits.*

L'amendement n° 69 est adopté.

L'amendement rédactionnel n° 100 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – *Concernant l'annexe au contrat de séjour qui définit les mesures particulières prises pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne, nous proposons avec l'amendement n° 71 une nouvelle rédaction de l'alinéa 13, prévoyant une procédure collégiale et pluridisciplinaire, à l'initiative du médecin coordonnateur ou, à défaut, du médecin traitant.*

M. Daniel Chasseing. – *Je suis d'accord, mais il faut préciser que l'équipe pluridisciplinaire comprendra le directeur, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordonnatrice ou cadre. L'avis du médecin traitant est mentionné : mais ce dernier ne viendra pas, il n'a pas le temps.*

M. Gérard Roche, rapporteur. – *Il suffit de lui téléphoner.*

M. Georges Labazée, rapporteur. – Vous pourrez déposer un sous-amendement en séance.

M. René-Paul Savary. – Cela relève du domaine réglementaire. Les contrôles sont déjà assez nombreux ! Ne faisons pas une loi pour quelques cas isolés !

M. Georges Labazée, rapporteur. – Nous avons simplement essayé d'améliorer cet article.

M. René-Paul Savary. – Certes, mais le point de départ étant mauvais...

M. Daniel Chasseing. – Les lieux sécurisés ne sont pas assez nombreux en maison de retraite. Les places vont manquer si nous y envoyons trop de personnes.

M. Jean-Louis Tourenne. – La volonté d'éviter les internements abusifs risque d'empêcher l'admission de certaines personnes alors qu'elles le voudraient. Avec ces nouvelles conditions, Mme Bettencourt ne serait jamais admise !

M. Gérard Roche, rapporteur. – Nous avons entendu M. Toubon, Défenseur des droits : ce qu'il dit est effrayant. Il nous a donné l'impression que les placements abusifs étaient très fréquents. Nous avons cherché un compromis, à partir d'une rédaction « ceinture et bretelles »...

L'amendement n° 71 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n° 142.

L'amendement n° 142 n'est pas adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'amendement n° 102 prévoit que la personne âgée dispose d'un délai de réflexion de 48 heures à compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement. Dans l'intervalle, elle peut revenir sur cette décision sans avoir à se justifier. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Une colère, on s'emporte, puis on le regrette...

L'amendement n° 102 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – L'amendement n° 72 apporte deux séries de précisions rédactionnelles. S'agissant des résiliations à la demande du gestionnaire, liées à l'inexécution par la personne d'une obligation lui incombant, ou à un manquement au règlement de fonctionnement, nous excluons les cas où ce comportement résulte des troubles pathologiques qui justifient le séjour dans l'établissement. Les cas où « la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission » s'entendent uniquement, selon nous, des situations où l'état de santé nécessite durablement des équipements et soins non disponibles dans l'établissement. Enfin, la durée de préavis applicable au gestionnaire ne pourra être inférieure à la durée maximale applicable au pensionnaire.

L'amendement n° 72 est adopté.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n° 175.

L'amendement n° 175 n'est pas adopté.

Article 23

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – L'amendement n° 205 supprime le nouveau cas d'incapacités de recevoir instauré par le présent article car il couvrirait l'ensemble des prestataires de services qui interviennent à domicile. C'est trop large, et la liberté des personnes à disposer de leurs biens s'en trouve menacée. Le renvoi au 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail empêcherait une personne handicapée physique en pleine possession de ses capacités mentales de faire une libéralité à la personne qui l'assiste au quotidien. Le renvoi au 3° du même article fait qu'il serait impossible à quiconque de gratifier d'une donation entre vifs ou d'un legs la personne qui effectue les tâches ménagères ou familiales. Comment formuler de telles interdictions à l'encontre de personnes qui n'ont pas été déclarées incapables et ne sont placées ni sous tutelle ni sous curatelle ? La commission des lois estime que cette disposition protège davantage les héritiers que les donateurs... Or, rien n'empêche les ayant-droits de demander l'annulation du legs ou de la donation sur le fondement de l'article 901, qui précise que « la libéralité est nulle lorsque le consentement a été vicié par l'erreur, le dol ou la violence. »

M. Alain Milon, président. – L'amendement n° 224 est proche.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Sa rédaction permettant de ne pas revenir totalement sur l'interdiction, nous proposons de le retenir de préférence au n° 205.

L'amendement n° 205 n'est pas adopté.

L'amendement n° 224 est adopté.

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – L'amendement n° 206 revient à la rédaction initiale et à la notion d'association, car celle d'organisme que lui ont substituée les députés n'a pas, contrairement à celle d'association, de définition juridique précise.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n° 206 est adopté.

Article 25

L'amendement rédactionnel n° 104 est adopté.

Article 25 bis

Mme Catherine Di Folco, rapporteure pour avis. – L'amendement n° 207 apporte une clarification : si nous voulons prévoir dans le code pénal que les associations de défense des personnes âgées peuvent se constituer parties civiles en matière de discriminations, il faut faire référence à la discrimination due à l'âge et non à la vulnérabilité due à l'âge. De plus, la rédaction proposée par l'article 25 bis est réductrice car il peut exister des discriminations fondées objectivement sur l'âge,

sans qu'entre en ligne de compte la vulnérabilité. Il est opportun que les associations puissent également intervenir dans ces cas.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Avis favorable.

L'amendement n° 207 est adopté.

Article additionnel après l'article 25 bis

L'amendement n° 178 est déclaré irrecevable.

Article 26

L'amendement rédactionnel n° 79 est adopté.

Article 26 bis

M. Georges Labazée, rapporteur. – La rédaction actuelle de l'article 26 bis remet en cause les principes constitutionnels de liberté du travail et de liberté personnelle du salarié, et elle ne prend pas en compte l'ensemble des situations : l'interdiction ne couvre pas le cumul d'une activité à titre libéral avec une activité en tant que préposé d'établissement. L'amendement n° 81 prévoit donc qu'un décret en Conseil d'Etat définit les cas dans lesquels le cumul est autorisé, étant entendu que tout cumul doit être compatible à la fois avec le respect de l'indépendance professionnelle et le respect des droits et libertés de la personne protégée. Nous avons recherché un équilibre.

L'amendement n° 81 est adopté.

Article 27

L'amendement rédactionnel n° 138 est adopté.

Article 27 bis (nouveau)

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – L'amendement n° 28 propose de supprimer l'article 27 bis qui modifie le régime applicable au mandat de protection future qui limite à cinq ans la durée maximale du mandat de protection future et prévoit une obligation d'enregistrement des mandats de protections future au fichier central des dispositions de dernières volontés, dont ce n'est pas l'objet.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Nous partageons votre analyse sur le fait que le fichier central des dispositions de dernières volontés ne doit pas servir à l'enregistrement des mandats de protection future mais préférons interroger le Gouvernement à ce sujet et nous en tenir à la suppression de la durée maximale du mandat.

L'amendement de suppression n° 208 est rejeté.

L'amendement n° 83 est adopté.

Article 27 ter (nouveau)

L'amendement rédactionnel n° 209 est adopté.

Article 28 bis (nouveau)

Mme Catherine Di Folco, rapporteur. – La commission des lois propose de supprimer l'article 28 bis créant un nouveau cas d'acquisition de la nationalité française afin que cette question puisse faire l'objet d'un examen plus approfondi lorsque sera examiné le projet de loi relatif au droit des étrangers en France.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Avis défavorable. Nous ne savons pas quels seront les délais d'examen de ce texte. Or l'article 28 bis traduit dans la loi une proposition formulée à plusieurs reprises et le Défenseur des droits s'y est montré très favorable.

L'amendement de suppression n° 210 est rejeté.

L'amendement de précision rédactionnelle n° 125 est adopté.

Article additionnel après l'article 28 ter (nouveau)

L'amendement n° 195 est adopté.

Article 29

L'amendement n° 167 est déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

L'amendement n° 57 est adopté.

L'amendement n° 162 est rejeté.

Les amendements n° 58, 80 et 82 sont adoptés.

L'amendement n° 161 devient sans objet.

L'amendement n° 123 est adopté.

Article 29 bis (nouveau)

L'amendement de suppression n° 59 est adopté.

Article additionnel après l'article 30 bis (nouveau)

M. Gérard Roche, rapporteur. – L'amendement de M. Philippe Bas, dont je peux comprendre la logique, me semble poser à la fois des problèmes pratiques et une question de principe au regard de l'APA et de la PCH qui sont des prestations universelles.

L'amendement n° 173 est rejeté.

Article 31

Les amendements n° 61, 62 et 63 sont adoptés.

Les amendements n° 160 et 168 deviennent sans objet.

Article 32

L'amendement n° 65 est adopté.

Article additionnel après l'article 32

L'amendement n° 97 est adopté.

Article 33

L'amendement n° 169 est rejeté.

L'amendement n° 98 est adopté.

Article additionnel avant le chapitre III - Soutenir et valoriser les proches aidants

M. Gérard Roche, rapporteur. – Il s'agit d'un amendement de M. Desessard qui propose de créer une monnaie complémentaire consacrée à l'autonomie.

M. Alain Milon, président. – M. Desessard m'a fait savoir que, pour nous permettre de gagner du temps dans l'élaboration du texte de commission, il retirait l'ensemble de ses amendements et les représenterait en séance.

M. Georges Labazée, rapporteur. – Je souhaitais indiquer à notre collègue Jean Desessard que deux monnaies locales ont été créées dans mon département. Nous aurons l'occasion d'en reparler lors du débat en séance publique.

Les amendements n°s 139 et 140 sont retirés.

Article 36

L'amendement n° 67 est adopté.

Article additionnel après l'article 36

L'amendement n° 177 est rejeté.

Article 37

L'amendement de suppression n° 68 est adopté.

Article 38

Les amendements n°s 56 et 70 sont adoptés.

L'amendement n° 91 est devenu sans objet.

Article 39

Les amendements n°s 1 et 2 sont adoptés.

L'amendement n° 176 devient sans objet.

L'amendement n° 174 est rejeté.

Les amendements n°s 3, 133 et 128 sont adoptés.

Article 40

Les amendements n°s 73 et 132 sont adoptés.

Article 41

L'amendement n° 74 est adopté.

Article 42

L'amendement n° 129 est adopté.

Article additionnel après l'article 44

L'amendement n° 170 est rejeté.

Article 45

L'amendement n° 76 est adopté.

Article 45 bis (nouveau)

L'amendement n° 5 est adopté.

Article additionnel après l'article 45 bis (nouveau)

M. Georges Labazée, rapporteur. – En créant une nouvelle section au sein du budget de la CNSA dédiée à l'aide à l'investissement, cet amendement permet de conforter les sommes qui y sont consacrées. Ce sujet a fait l'objet de nombreux débats au cours de l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale passés.

Mme Annie David. – Cet amendement permet donc de sanctuariser les crédits consacrés à l'aide à l'investissement dans le secteur médico-social. Le groupe communiste y est favorable.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Pour avoir longtemps siégé au conseil de la CNSA, je pense qu'il est en effet préférable d'indiquer clairement les choses dans la loi.

L'amendement n° 94 est adopté.

Article 46

M. Georges Labazée, rapporteur. – Nous vous avons exprimé notre position. Celle de notre collègue Claude Dilain est différente et nous la respectons.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Je précise d'ailleurs que l'Anah sera bien représentée au sein du Haut Conseil de l'âge.

Mme Annie David. – Pouvez-vous nous apporter des précisions sur vos divergences de points de vue ?

M. Alain Milon, président. – Nos rapporteurs souhaiteraient revenir au texte initial du Gouvernement créant un Haut Conseil de l'âge. Claude Dilain rejoignait la position adoptée par l'Assemblée nationale en faveur de la création d'un Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, auquel il souhaitait ajouter la protection de l'enfance.

M. Gérard Roche, rapporteur. – Le Haut Conseil de l'âge aura pour bras armé la CNSA et pourra se coordonner au niveau local avec les CDCA. Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie a pour seul mérite de correspondre au périmètre ministériel de Mme Rossignol.

Les amendements n° 119 et n° 105 sont adoptés.

Les amendements n° 181, n° 171 et n° 182 deviennent sans objet.

Article additionnel après l'article 46

L'amendement n° 172 est rejeté.

Article 47

L'amendement n° 107 est adopté.

Article additionnel après l'article 47

L'amendement n° 108 est adopté.

Article 49

L'amendement n° 136 est adopté.

Article 50

L'amendement n° 193 est adopté.

Article additionnel avant l'article 52

L'amendement n° 109 est adopté.

Article 52

L'amendement n° 137 est adopté.

Article 53 bis (nouveau)

L'amendement n° 110 est adopté.

Article 54

L'amendement n° 111 est adopté.

Article 54 bis (nouveau)

Les amendements n^{os} 113, 114, 115 et 135 sont adoptés.

L'amendement n° 163 devient sans objet.

L'amendement n° 165 est rejeté.

Article 54 ter (nouveau)

L'amendement n° 112 est adopté.

L'amendement n° 180 est rejeté.

Article 55

L'amendement n° 211 est adopté.

L'amendement n° 179 devient sans objet.

Article 56

Les amendements n^{os} 134 et 41 sont adoptés.

Article 58

L'amendement n° 6 est adopté.

Article 59

L'amendement n° 7 est adopté.

Article 60

L'amendement n° 43 est adopté.

Article 61

L'amendement n° 222 est adopté.

Article additionnel après l'article 61

L'amendement n° 223 est adopté.

Article 63

Les amendements n°s 8, 131 et 9 sont adoptés.

Article 2 - Rapport annexé

Les amendements au rapport annexé n°s 118, 116, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 212, 213, 214, 17, 18, 19, 20, 21, 93, 22, 23, 24, 25, 92, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 et 117 sont adoptés.

L'amendement n° 154 est retiré.

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Titre préliminaire - Dispositions d'orientation et de programmation			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	96	Changement de nom du titre préliminaire	Sans objet
Article 1^{er} bis (nouveau) Renouvellement automatique du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les bénéficiaires du minimum vieillesse			
	194	Changement de place de l'article	Adopté
Article additionnel après l'article 2			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	90	Extension de la contribution de solidarité pour l'autonomie aux revenus des travailleurs indépendants	Rejeté
Article 3 Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	44	Missions de la conférence des financeurs	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	45	Amendement rédactionnel et de coordination	Adopté
M. COMMEINHES	166	Gouvernance de la conférence des financeurs	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	48	Amendement de précision	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE,	49	Rapport d'activité de la conférence des financeurs	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
rapporteurs			
Article 4 Financement des actions de prévention de la perte d'autonomie par la section V du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	51	Amendement de coordination	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	52	Financement des actions de prévention	Adopté
Article 5 Répartition des concours de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie entre départements			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	4	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 6 Action sociale inter-régimes des caisses de retraite et échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	106		Adopté
Article 8 Financement des actions de formation au profit des intervenants bénévoles par la CNSA			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	55	Financement des actions de formation	Adopté
Article 9 Tutorat personnes âgées			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	34	Suppression de la restriction d'âge pour la délivrance de l'attestation de tutorat	Adopté
Article 10 Volontariat civique sénior			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	35	Amendement de suppression	Adopté
Article 11 Résidences autonomie et prévention de la perte d'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	121	Amendement de coordination	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	36	Extension du forfait autonomie aux résidences qui perçoivent par ailleurs le forfait soins	Adopté
M. RAYNAL	191	Ajout du médecin traitant aux services auxquels les résidences autonomie doivent faciliter l'accès	Rejeté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	37	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 15 Fonctionnement des résidences-services			
Mme DI FOLCO	196	Clarification rédactionnelle	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	101	Maintien de la possibilité pour les syndicats de copropriétaires de gérer en régie les services offerts au sein de la résidence	Adopté
Mme DI FOLCO	197	Maintien de la possibilité pour les résidences services de gérer en régie certains services offerts aux résidents	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	42	Amendement rédactionnel	Adopté
Mme DI FOLCO	198	Assouplissement des règles relatives à la suppression de services non individualisables	Rejeté
Mme DI FOLCO	199	Précision concernant les règles de prise de décision relatives à la création de services non individualisables	Adopté
M. GREMILLET	215	Coordination afin de tenir compte de l'entrée en vigueur de la loi ALUR	Sans objet
M. GREMILLET	216	Mise en œuvre d'une étude d'impact préalable à la suppression d'un service non individualisable au sein d'une résidence services.	Rejeté
M. GREMILLET	217	Extension de la possibilité de supprimer un service par décision de justice aux cas où c'est l'équilibre financier de la copropriété qui est mis en danger.	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	38	Amendement de précision	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	103	Répartition des charges d'entretien et de fonctionnement des parties communes affectées conformément au droit commun de la copropriété	Adopté
Mme DI FOLCO	200	Répartition des charges d'entretien et de fonctionnement des parties communes affectées conformément au droit commun de la copropriété	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	120	Amendement de précision	Adopté
Mme DI FOLCO	201	Précision relative à la durée pour laquelle est conclue la convention relative aux conditions d'utilisation des parties communes affectées par le prestataire de services individualisables	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	122	Amendement rédactionnel	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme DI FOLCO	202	Rétablissement de la possibilité pour l'assemblée générale des copropriétaires de déléguer au conseil syndical les décisions relatives à la gestion courante de services spécifiques	Adopté
Mme DI FOLCO	203	Extension de l'interdiction de prêter des services aux filiales ou sociétés mères du syndic	Rejeté
M. GREMILLET	218	Extension de l'interdiction faite au syndic de prêter des services au sein des résidences-services	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	53	Amendement rédactionnel	Adopté
M. GREMILLET	219	Précision relative à la transmission des comptes rendus du conseil des résidents aux copropriétaires	Adopté
M. GREMILLET	220	Régime transitoire pour l'application de l'article 15	Rejeté
Article additionnel après l'article 15			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	39	Article additionnel créant un statut pour les résidences-seniors	Adopté
M. GREMILLET	221	Article additionnel créant un statut pour les résidences-seniors	Adopté
Article 17			
Représentation des personnes âgées dans les commissions communales d'accessibilité			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	40	Coordination avec l'ordonnance du 26 septembre 2014	Adopté
Article 19 A (nouveau)			
Discrimination en raison de la perte d'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	64	Suppression de l'article 19 A	Adopté
Mme DI FOLCO	204	Suppression de l'article 19 A	Adopté
Article 19			
Droit à l'accompagnement et à l'information des personnes âgées en perte d'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	95	Amendement rédactionnel	Adopté
M. DESESSARD	156	Mention du rôle des CLIC en matière d'information des personnes âgées	Rejeté
Article 21			
Remplacement de la notion de « placement » par celles d'« accueil » et d'« admission » des personnes âgées dépendantes			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	124	Coordination rédactionnelle	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 22 Droits et libertés garantis aux personnes âgées accueillies dans les établissements et services médico-sociaux			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	99	Amendement rédactionnel visant à éviter des mentions redondantes	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	66	Participation du médecin coordonnateur de l'établissement à l'entretien	Adopté
M. RAYNAL	192	Précision sur la mission incombant au directeur d'établissement en matière d'information de la personne âgée sur ses droits	Adopté
M. DESESSARD	141	Recherche de la décision de la personne sur son admission	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	69	Caractère préalable à l'entretien de l'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	100	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	71	Procédure collégiale et pluridisciplinaire pour définir les mesures contenues dans l'annexe au contrat de séjour	Adopté
M. DESESSARD	142	Modification de la procédure d'élaboration et du contenu de l'annexe au contrat de séjour	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	102	Précisions sur les conditions de résiliation du contrat de séjour à la demande du résident	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	72	Précisions sur les conditions de résiliation à l'initiative du gestionnaire	Adopté
M. MOUILLER	175	Nécessité d'une décision spécialement motivée si le juge des tutelles refuse la désignation par le majeur protégé sous tutelle d'une personne de confiance	Rejeté
Article 23 Extension de l'incapacité spéciale de recevoir des dons et legs			
Mme DI FOLCO	205	Suppression des nouveaux cas d'incapacité spéciale de recevoir des dons et legs	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	224	Limitation de l'extension de l'incapacité spéciale de recevoir des dons et legs	Adopté
Mme DI FOLCO	206	Utilisation de la notion d'"association" plutôt que celle d'"organisme"	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 25 Obligations de signalement des établissements et services médico-sociaux			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	104	Amendement rédactionnel et de précision	Adopté
Article 25 bis (nouveau) Possibilité pour les associations de défense des personnes âgées de se porter partie civile			
Mme DI FOLCO	207	Amendement de clarification	Adopté
Article additionnel après l'article 25 bis (nouveau)			
M. MOUILLER	178	Basculement de l'AAH à l'ASPA.	Irrecevable article 40
Article 26 Généralisation du document individuel de protection des majeurs			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	79	Correction d'une erreur de référence et adaptation du contenu minimal du DIPM au mode d'exercice des MJPM	Adopté
Article 26 bis (nouveau) Incompatibilité des fonctions de mandataire judiciaire à la protection des majeurs à titre individuel et en tant que délégué d'un service			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	81	Définition par un décret en Conseil d'Etat des cas autorisés de cumul	Adopté
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 27 Nouvelle procédure d'agrément des mandataires individuels			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	138	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 27 bis (nouveau) Durée maximale de validité et modalités d'enregistrement du mandat de protection future			
Mme DI FOLCO	208	Suppression de l'article 27 bis relatif au mandat de protection future	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	83	Suppression de la durée de validité du mandat de protection future	Adopté
Article 27 ter (nouveau) Suppression de l'immunité pénale en cas de vol commis par un tuteur ou curateur membre de la famille proche			
Mme DI FOLCO	209	Rédactionnel	Adopté
Article 28 bis (nouveau) Acquisition de la nationalité française par des ascendants de ressortissants français			
Mme DI FOLCO	210	Amendement de suppression de l'article 28 bis	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	125	Amendement de précision rédactionnelle	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article additionnel après l'article 28 ter (nouveau)			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	195	Déplacement de l'article	Adopté
Article 29 Réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie			
M. COMMEINHES	167	Tarifs des services d'aide à domicile	Irrecevable art. 40
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	57	Information fournie au bénéficiaire de l'APA	Adopté
M. GILLES	162	Amendement de précision	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	58	Maintien de la commission de proposition et de conciliation	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	80	Recueil de l'accord du bénéficiaire avant versement de l'APA au service d'aide à domicile	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	82	Recueil de l'accord du bénéficiaire avant versement de l'APA au service fournissant une aide ponctuelle	Adopté
M. GILLES	161	Recueil de l'accord du bénéficiaire de l'APA avant tout versement direct au service d'aide à domicile ou à tout autre intervenant ponctuel	Sans objet
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	123	Amendement de coordination	Adopté
Article 29 bis (nouveau) Délégation du paiement des chèques d'accompagnement personnalisé			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	59	Suppression d'un cavalier législatif	Adopté
Article additionnel après l'article 30 bis (nouveau)			
M. BAS	173	Versement de l'APA ou de la PCH à la suite d'un accident	Rejeté
Article 31 Contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les services d'aide à domicile			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	61	Généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom)	Adopté
M. GILLES	160	Champ des Cpom	Sans objet
M. COMMEINHES	168	Champ des Cpom	Sans objet
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	62	Amendement de précision	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	63	Contenu des Cpom	Adopté
Article 32 Expérimentation tarifaire pour les services d'aide à domicile			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	65	Amendement de cohérence	Adopté
Article additionnel après l'article 32			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	97	Système unique d'autorisation des services d'aide à domicile	Adopté
Article 33 Passage à l'autorisation pour les services agréés			
M. COMMEINHES	169	Passage facilité vers l'autorisation sans limitation de durée	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	98	Allongement de la durée de la période transitoire prévue par l'article	Adopté
Article additionnel avant le chapitre III - Soutenir et valoriser les proches aidants			
M. DESESSARD	139	Création d'une monnaie complémentaire	Retiré
M. DESESSARD	140	Demande de rapport sur la création d'une monnaie complémentaire	Retiré
Article 35 Définition de la notion de proche aidant			
M. DESESSARD	151	Définition du proche aidant	Retiré
M. DESESSARD	155	Valorisation de l'expérience des proches aidants au titre de la VAE	Retiré
Article 36 Aide au répit et en cas d'hospitalisation du proche aidant			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	67	Extension du droit au répit	Adopté
Article additionnel après l'article 36			
M. MOUILLER	177	Exonération d'impôt sur le revenu des aidants familiaux de bénéficiaires de la PCH	Rejeté
Article 37 Expérimentation du baluchonnage			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	68	Suppression de l'expérimentation du baluchonnage	Adopté
M. DESESSARD	143	Intégration des services agréés dans l'expérimentation du baluchonnage	Retiré

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 38			
Conséquences financières de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	56	Montée en charge progressive de la réforme de l'APA	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	91	Affectation de l'enveloppe issue de l'extension de la CSA à la réforme de l'APA	Sans objet
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	70	Financement des différents volets de la réforme de l'APA	Adopté
Article 39			
Réforme de l'accueil familial à titre onéreux de personnes âgées et handicapées			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	1	Formation des accueillants familiaux	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	2	Nombre maximal de personnes pouvant être prises en charge par un accueillant familial	Adopté
M. DESESSARD	152	Suppression de dérogations pour le nombre de personnes accueillies	Retiré
M. MOUILLER	176	Suppression de dérogations pour le nombre de personnes accueillies	Sans objet
M. DESESSARD	146	Indemnisation de l'accueillant familial	Retiré
M. DESESSARD	147	Prise en charge sous la responsabilité d'un établissement ou service médico-social	Retiré
M. DESESSARD	148	Alignement du statut des accueillants familiaux sur celui des assistants familiaux	Retiré
M. BAS	174	Accès automatique d'un accueillant familial à un régime d'assurance chômage en cas de décès de la personne accueillie	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	3	Indexation de l'indemnité représentative de sujétions particulières sur le Smic	Adopté
M. DESESSARD	149	Indexation de l'indemnité représentative de sujétions particulières sur le Smic	Retiré
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	133	Amendement de coordination avec Mayotte	Adopté
M. DESESSARD	150	Versement d'une indemnité en cas d'inactivité de l'accueillant familial	Retiré
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	128	Amendement de clarification rédactionnelle	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 40			
Tarifcation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	73	Renforcement du rôle du conseil de la vie sociale dans le suivi de l'évolution des tarifs socles	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	132	Amendement rédactionnel	Adopté
Article additionnel après l'article 40			
M. DESESSARD	144	Seuil d'activité rendant obligatoire la conclusion d'un Cpom	Retiré
Article 41			
Transmission d'informations à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	74	Contenu des informations relatives à l'hébergement transmises à la CNSA	Adopté
Article 42			
Saisine du juge aux affaires familiales en cas d'impayés			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	129	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 44			
Développement des groupements de coopération sociale ou médico-sociale			
M. DESESSARD	145	Statut d'établissement social ou médico-social pour les GCSMS	Retiré
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	130	Amendement rédactionnel	Adopté
Article additionnel après l'article 44			
M. COMMEINHES	170	Obligation d'agrément auprès du conseil général des personnes en emploi direct chez un bénéficiaire de l'APA ou de la PCH.	Rejeté
Article 45			
Réforme de la procédure d'appel à projets des établissements ou services sociaux et médico-sociaux			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	76	Amendement rédactionnel.	Adopté
Article 45 bis (nouveau)			
Rapport sur la procédure de renouvellement des autorisations d'établissements et services sociaux et médico-sociaux			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	5	Amendement de cohérence.	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article additionnel après l'article 45 bis (nouveau)			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	94	Création d'une nouvelle section au sein du budget de la CNSA pour l'aide à l'investissement	Adopté
Section 1 - Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	119	Amendement de cohérence	Adopté
Article 46 Création du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	105	Rétablissement du Haut Conseil de l'âge	Adopté
M. DILAIN	181	Modification de l'intitulé du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie	Sans objet
M. COMMEINHES	171	Présence de représentants des entreprises de services d'aide à la personne à domicile au Haut Conseil	Sans objet
M. DILAIN	182	Présence de l'Agence nationale de l'habitat au Haut Conseil de la famille et des âges de la vie	Sans objet
Article additionnel après l'article 46			
M. KAROUTCHI	172	Transformation de la Confédération française des retraités en une instance de représentation officielle des retraités	Rejeté
Article 47 Extension des missions de la CNSA			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	107	Amendement rédactionnel	Adopté
M. DESESSARD	153	Modification des compétences de la CNSA	Retiré
Article additionnel après l'article 47			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	108	Modification de la composition du Conseil de la CNSA	Adopté
Article 49 Transmission de données par les MDPH			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	136	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 50 Collecte, conservation et transmission de données relatives à l'APA et à l'ASH par les départements			
M. RAYNAL	193	Anonymisation des informations individuelles relatives à l'APA et transmises au ministre chargé des personnes âgées	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article additionnel avant l'article 52			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	109	Rôle du département dans la prise en charge des personnes âgées	Adopté
Article 52 Rôle du département dans la prise en charge des personnes âgées			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	137	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 53 Participation des CREAI et des CLIC à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale			
M. DESESSARD	157	Rendre obligatoire la Contribution des CREAI et des CLIC à l'analyse des besoins médico-sociaux de la population	Retiré
M. DESESSARD	158	Couverture de l'ensemble du territoire par les CLIC	Retiré
Article additionnel après l'article 53			
M. DESESSARD	159	Remise d'un rapport au Parlement sur une extension des missions des CLIC aux personnes âgées	Retiré
Article 53 bis (nouveau) Contenu des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	110	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 54 Prise en compte des proches aidants dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (Sroms)			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	111	Amendement rédactionnel	Adopté
Article 54 bis (nouveau) Création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	113	Amendement rédactionnel	Adopté
M. KAROUTCHI	163	Ajout de représentants des associations de retraités au CDCA	Sans objet
M. KAROUTCHI	164	Avis du CDCA à chaque saisine ou autosaisine	Rejeté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	114	Avis du CDCA sur la création d'une maison de l'autonomie	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	115	Recommandation eu CDCA en faveur de la bientraitance	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	135	Ajout de membres de droit à la CDCA	Adopté
M. KAROUTCHI	165	Ajout de représentants des retraités au sein de la formation spécialisée du CDCA consacrée aux personnes âgées	Rejeté
Article 54 ter (nouveau) Création des maisons départementales de l'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	112	Transmission de données relatives à la maison départementale de l'autonomie au CDCA	Adopté
M. MOUILLER	180	Dispositif alternatif de création des maisons départementales de l'autonomie (MDA)	Rejeté
Article 55 Demande d'habilitation pour réformer le contentieux de l'aide sociale			
M. MOUILLER	179	Restriction du champ de la demande d'habilitation	Sans objet
Mme DI FOLCO	211	Restriction du champ de la demande d'habilitation	Adopté
Article 56 Application de la loi outre-mer			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	134	Amendement de coordination	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	41	Amendement de coordination	Adopté
Article 58 Remise au Parlement par le Gouvernement de deux rapports sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	6	Délais de publication des rapports	Adopté
Article 59 Suppression de la section V bis du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	7	Amendement de cohérence	Adopté
Article 60 Entrée en vigueur de l'article 11			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	43	Précision relative au délai d'entrée en vigueur de certaines dispositions de l'article 11	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 61 Entrée en vigueur de l'article 14			
M. GREMILLET	222	Report de l'entrée en vigueur de l'article 14	Adopté
Article additionnel après l'article 61			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	223	Report de l'entrée en vigueur de l'article 15	Adopté
Article 63 Délai de réexamen des situations et droits des bénéficiaires actuels de l'allocation personnalisée d'autonomie			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	8	Clarification des délais de réexamen de la situation des bénéficiaires de l'APA éligibles à une augmentation de leur plan d'aide	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	131	Amendement de précision	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	9	Clarification des délais ouverts pour examiner la situation des bénéficiaires actuels de l'APA au regard du droit au répit créé par le projet de loi	Adopté
Annexe à l'article 2			
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	118	Rôle des départements dans la prise en charge des personnes âgées	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	116	Amendement de conséquence avec la transformation du Haut Conseil de la famille et des âges de la vie en Haut Conseil de l'âge	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	11	Amendement de cohérence	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	12	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	13	Amendement de coordination	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	14	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	15	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	16	Amendement rédactionnel	Adopté
M. GREMILLET	212	Etude de l'opportunité d'un crédit d'impôt pour les descendants qui s'acquittent de dépenses d'adaptation du logement	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M GREMILLET	213	Garantie des ressources de l'ANAH	Adopté
M. GREMILLET	214	Mise en place de bourses aux logements adaptés	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	17	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	18	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	19	Amendement de cohérence	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	20	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	21	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	93	Soutien à l'engagement associatif des aînés	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	22	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	23	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	24	Amendement de précision	Adopté
M. DESESSARD	154	Qualité des interventions des services d'aide à domicile	Retiré
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	25	Amendement de précision	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	92	Etude de l'opportunité du « baluchonnage »	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	26	Amendement de précision	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	27	Amendement de correction	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	28	Amendement de précision	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	29	Amendement de précision	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	30	Suppression de dispositions redondantes	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	31	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	32	Suppression de dispositions superflues	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	33	Amendement rédactionnel	Adopté
MM. LABAZEE et ROCHE, rapporteurs	117	Gouvernance de la CNSA	Adopté

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Mardi 15 juillet 2014

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- **Luc Allaire**, directeur
- **Xavier Dupont**, directeur des établissements et services médico-sociaux
- **Etienne Deguelle**, directeur adjoint de la compensation de la perte d'autonomie
- **Hamid Boukhrouf**, directeur des systèmes d'information

Assemblée des départements de France (ADF)

- **Luc Broussy**, conseiller général du Val-d'Oise

Mardi 27 janvier 2015

Audition commune services d'aide à domicile

Adessadomicile

- **Didier Duplan**, directeur général adjoint en charge des questions personnes âgées / personnes handicapées

Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (Fnaafp)

- **Guy Fontaine**, secrétaire général

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)

- **Eric Ginesy**, délégué national

Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)

- **Yves Vérollet**, délégué général

Union nationale de l'aide à domicile en milieu rural (UNADMR)

- **Thierry d'Aboville**, secrétaire général
- **Maud Collomb**, directrice développement

Jeudi 29 janvier 2015

Audition commune services d'aide à domicile

Fédération des entreprises de services à la personne de proximité (Fedesap)

- Frank Nataf, vice-président
- Julien Jourdan, directeur

Fédération du service au particulier (Fesp)

- Olivier Peraldi, directeur général
- Guillaume Staub, président de la commission métiers

Observatoire décentralisé de l'action sociale (Odas)

- Didier Lesueur, délégué général adjoint
- Catherine Lhéritier, référente sénior sur le domaine de l'autonomie
- Estelle Camus, chargée d'étude sur l'autonomie

Syndicat national des résidences avec services pour les aînés (SNRA)

- François Georges, président

Association française des aidants

- Florence Leduc, présidente
- Charlotte Lozac'h, chargée de projet « Centre de formation »

Mardi 3 février 2015

Agence du service civique

- Hélène Paoletti, directrice

Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (Fegapei)

- Muriel Vidalenc, directrice générale
- Marie Aboussa, directrice services aux adhérents

Mercredi 4 février 2015

Association des paralysés de France (APF)

- Pascale Ribes, vice-présidente
- Malika Boubekeur, conseiller national compensation et autonomie

Les petits frères des pauvres

- Jean-François Serres, délégué général
- Armelle de Guibert, directrice des établissements petits frères des pauvres-âge (pfp-âge)

La Croix rouge française

- **Stéphane Mantion**, directeur général
- **Carole Daoud**, directrice de la santé et de l'autonomie
- **Jean-Christophe Combe**, directeur de l'engagement et de la vie associative

Audition commune de fédérations professionnelles**Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap)**

- **Yves-Jean Dupuis**, directeur général
- **Adeline Leberche**, directrice du secteur social et médico-social

Fédération hospitalière de France (FHF)

- **Elodie Hemery**, adjointe chargée du secteur social et médico-social

Syndicat national des établissements et résidences pour personnes âgées (Synerpa)

- **Antoine Fraysse**, responsable médico-social
- **Eric Fregona**, conseiller technique

Union nationale interfédérative des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)

- **Johan Priou**, directeur régional région Centre, président de la commission autonomie et citoyenneté

Jeudi 5 février 2015

Table ronde sociologues et philosophes

- **Bernard Ennuyer**, sociologue, ancien directeur de l'association d'aide à domicile « Les amis service à domicile »
- **Serge Guerin**, sociologue, auteur notamment de « La nouvelle société des seniors », en 2011
- **Pierre-Henri Tavoillot**, maître de conférences à la Sorbonne, président du collège de philosophie
- **Florence Weber**, sociologue, anthropologue, directrice du département de sciences sociales de l'Ecole normale supérieure

Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (Unapei)

- **Thierry Nouvel**, directeur général
- **Françoise Kbayaa**, présidente adjointe

Union nationale des associations familiales (Unaf)

- **François Fondard**, président
- **Jean-Philippe Vallat**, sous-directeur en charge des recherches, études et actions politiques
- **Claire Ménard**, chargée des relations avec le Parlement

Famidac

- **Etienne Frommelt**, secrétaire général
- **Marie Provôt**, trésorière

Mardi 10 février 2015

Direction de la sécurité sociale (DSS)

- **Thomas Fatome**, directeur de la sécurité sociale
- **Claire Scotton**, chef de projet

Mercredi 11 février 2015

- **Luc Broussy**, conseiller général du Val d’oise, auteur du rapport « *L’adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro !* », janvier 2013.

Mardi 17 février 2015

Agence nationale de l’habitat (Anah)

- **Claude Dilain**, président,
- **Blanche Guillemot**, directrice générale

Conseil économique, social et environnemental (Cese)

- **Monique Boutrand**, conseiller, rapporteur de l’avis sur le projet de loi relatif à l’adaptation de la société au vieillissement
- **Daniel Prada**, conseiller, rapporteur de l’avis sur le projet de loi relatif à l’adaptation de la société au vieillissement
- **Katherine Auberty**, administratrice à la section de l’aménagement durable des territoires

Le Collectif interassociatif sur la santé (le Ciss)

- **Christian Saout**, secrétaire général délégué
- **Magali Leo**, chargée de mission

Union nationale des centres communaux d’action sociale (Unccas)

- **Joëlle Martinaux**, présidente
- **Christophe Piteux**, délégué général adjoint
- **Eleonora Busi**, chargée de mission
- **Amandine Descamps**, chargée de mission

Audition commune avec Catherine Di Folco, rapporteur pour avis de la commission des lois

Fédération nationale des mandataires judiciaires indépendants à la protection des majeurs

- **Anne-Laure Arnaud**, présidente, **David Matile**, premier vice-président
Thérèse Seguin, vice-présidente, et **Gilles Raoul-Cormeil**, conseiller scientifique

Chambre nationale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM)

- **Olivier Godin**, vice-président
- **Sophie-Céline Montier-Croulard**, secrétaire

Fédération nationale des associations tutélaires (Fnat)

- **Patrice Gauthier**, président
- **Hadeel Chamson**, chef du service juridique

Institut supérieur de la gérance de tutelle (ISGT)

- **Jean Touboul**, président
- **Christelle Cardon**, directrice pédagogique

Mercredi 18 février 2015

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- **Nathalie Cuvillier**, sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- **Dominique Renard**, adjointe à la sous-directrice

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- **Geneviève Gueydan**, directrice
- **Bernadette Moreau**, directrice de la compensation de la perte d'autonomie
- **Xavier Dupont**, directeur des établissements et services médico-sociaux

Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et **Laurence Rossignol**, secrétaire d'Etat chargée de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie, auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé

Jeudi 19 février 2015

Table ronde de représentants de retraités et personnes âgées

La Confédération française des retraités (CFR)

- **Pierre Erbs**, président

Union nationale des associations de retraités et personnes âgées (UNRPA)

- **Francisco Garcia**, président national
- **Danielle Rollat**, vice-présidente

Génération mouvement-les aînés ruraux

- **Gérard Vilain**, président

Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA)

- **Sylvain Denis**, vice-président

Table ronde de médecins

- **Pr Joël Ankri**, professeur de santé publique, Co-auteur du rapport d'évaluation du plan Alzheimer 2008-2012, en juin 2013
- **Pr Jean-Luc Novella**, président du comité scientifique Aggir/Pathos
- **Dr Jean-Pierre Aquino**, président du comité « Avancée en âge », auteur du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », février 2013

Mardi 24 février 2015

Audition conjointe

Association nationale des copropriétés avec service (ANCS)

- **Jean-Louis Magy**, vice-président de l'ANCS
- **Gilles Carlach**, conseiller technique et chargé de mission auprès du conseil d'administration de l'ANCS

Association des responsables de copropriétés (ARC)

- **Emile Hagège**, directeur général délégué de l'ARC
- **Aline Creuzeau**, juriste
- **Serge Siquet**, syndic professionnel spécialisé en résidences-services

Audition commune de caisses de retraite

Association générale des institutions de retraite des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco)

- **François-Xavier Selleret**, directeur général
- **Anne Saint-Laurent**, directrice de l'action sociale

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

- **Gérard Pelhâte**, président
- **Bruno Lachesnaie**, directeur chargé de la direction du développement sanitaire et social
- **Christophe Simon**, responsable des relations avec le Parlement

Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)

- **Gérard Rivière**, président
- **Pierre Mayeur**, directeur
- **Antonin Blanckaert**, directeur national de l'action sociale

Régime social des indépendants (RSI)

- **Stéphane Seiller**, directeur général
- **Pierre Godet**, président de la commission nationale d'action sanitaire et sociale de la caisse nationale
- **Isabelle Bitouzet**, directrice du département de l'action sanitaire et sociale

Collectif « Combattre la solitude des personnes âgées »

- **Dr Alain Bérard**, directeur adjoint de la Fondation Médéric Alzheimer
- **Françoise Demoulin**, directrice du bénévolat à la Fondation Claude Pompidou
- **Dominique Thierry**, président de France bénévolat

Mercredi 25 février 2015

Table ronde économistes, démographes et géographes

- **Pierre-Marie Chapon**, référent français pour le réseau de l'OMS « Villes et communautés amies des aînés », membre du conseil scientifique de la CNSA
- **Gérard-François Dumont**, recteur, professeur à la Sorbonne, géographe, économiste, démographe
- **Hélène Xuan**, déléguée générale, chaire transitions démographique, transitions économiques, Fondation du risque

Défenseur des droits

- **Jacques Toubon**, Défenseur des droits
- **Patrick Gohet**, adjoint du Défenseur, en charge de la lutte contre les discriminations et pour la promotion de l'égalité
- **Vincent Lewandowski**, chef de pôle au département de la promotion des droits et de l'égalité
- **Martine Timsit**, conseillère parlementaire

Audition conjointe

Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

- **Jean Paul Lacam**, délégué général
- **Bertrand Boivin Champeaux**, directeur prévoyance et retraite supplémentaire
- **Miriana Clerc**, directrice de la communication et des relations extérieures

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

- **Stéphane Junique**, vice-président délégué aux questions de santé et au projet stratégique du mouvement mutualiste
- **Olivier Bachellery**, directeur-adjoint à la direction santé
- **Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques

Jeudi 26 février 2015

Fédération des particuliers employeurs de France (Fepem)

- **Jean Rémy Acar**, directeur général
- **Adrien Dufour**, chargé de mission au pôle affaires publiques

Groupe de réflexion et réseau pour l'accueil temporaire des personnes handicapées (GRATH)

- **Jean-Jacques Olivin**, directeur

UFC Que choisir

- **Mathieu Escot**, responsable adjoint des études en charge de la santé

**LISTE DES ORGANISMES
AYANT FAIT PARVENIR UNE CONTRIBUTION ÉCRITE**

- Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé des départements (Andass)
- Association des directeurs au service des personnes âgées (AD - PA)
- Association des directeurs de maisons départementales des personnes handicapées (AD MDPH)

Les rapporteurs tiennent à remercier leurs collègues, Mmes Claire-Lise Champion, Michèle Meunier et Danielle Michelle, ainsi que MM. Philippe Adnot, Claude Haut, René-Paul Savary et Dominique Watrin pour les contributions qu'ils ont bien voulu leur faire parvenir.