

Le présent document est  
établi à titre provisoire.  
Seule la « Petite loi »,  
publiée ultérieurement, a  
valeur de texte authentique.



TEXTE ADOPTÉ n° 403

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

SECONDE SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2013-2014

17 septembre 2014

---

---

## PROJET DE LOI

*relatif à l'adaptation de la société au vieillissement,*

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN PREMIÈRE LECTURE.

*L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :*

---

Voir les numéros : **1994**, **2155** et **2119**.

---



## TITRE PRÉLIMINAIRE

### DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION

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

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

#### Article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)

L'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit à cette déduction est renouvelé automatiquement pour les personnes qui bénéficient de l'allocation mentionnée à l'article L. 815-1 ou d'une des allocations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse. »

#### Article 2

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

## TITRE I<sup>ER</sup>

### ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### **L'amélioration de l'accès aux aides techniques et aux actions collectives de prévention**

#### Article 3

- ① Le titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

②

« CHAPITRE III

③

« *Prévention de la perte d'autonomie*

④

« Art. L. 233-1. – Il est institué dans chaque département une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, chargée d'établir, pour le territoire départemental, un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention en complément des prestations légales ou réglementaires.

⑤

« Ce programme a pour objet de répondre aux besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recensés, notamment, par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du présent code et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

⑥

« Dans ce cadre, la conférence :

⑦

« 1° Améliore l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment en promouvant des modes innovants d'achat et de mise à disposition ;

⑧

« 2° Programme les aides correspondant au forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 du présent code ;

⑨

« 3° Recense les initiatives locales, coordonne et appuie des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de personnes âgées ;

« 3° *bis (nouveau)* Coordonne et appuie des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile, mentionnés à l'article 34 de la loi n° du relative à l'adaptation de la société au vieillissement, intervenant auprès des personnes âgées ;

⑩

« 4° Encourage des actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

⑪

« 5° Favorise le développement d'autres actions collectives de prévention.

⑫

« Art. L. 233-2. – Les dépenses consacrées aux actions mentionnées aux 1° et 5° de l'article L. 233-1, que le département finance par le concours mentionné au a du V de l'article L. 14-10-5, doivent bénéficier, pour au moins 40 % de leur montant, à des personnes qui ne remplissent pas les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2.

Pour la gestion de ces dépenses, le département peut donner une délégation de gestion à un des membres de la conférence des financeurs. Les modalités de cette délégation de gestion sont précisées dans le cadre d'une convention conclue entre le département et le délégataire et dont les principes sont définis par décret.

- ⑬ « Les aides individuelles accordées dans le cadre des actions mentionnées au 1° de l'article L. 233-1, que le département finance par le concours mentionné au premier alinéa du présent article, doivent bénéficier aux personnes qui remplissent des conditions de ressources variant selon la zone géographique de résidence et définies par décret.
- ⑭ « La règle mentionnée au deuxième alinéa s'applique également aux financements complémentaires alloués par d'autres membres de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1.
- ⑮ « *Art. L. 233-3.* – La conférence mentionnée à l'article L. 233-1 est présidée par le président du conseil général. Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant en assure la vice-présidence. Elle comporte des représentants :
  - ⑯ « 1° Du département et, sur décision de leur assemblée délibérante, de collectivités territoriales autres que le département et d'établissements publics de coopération intercommunale qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence ;
  - ⑰ « 2° De l'Agence nationale de l'habitat dans le département et de l'agence régionale de santé ;
  - ⑱ « 3° Des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations des institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale ;
  - ⑲ « 4° Des organismes régis par le code de la mutualité.
- ⑳ « Toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie peut y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.
- ㉑ « En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.
- ㉒ « *Art. L. 233-4.* – Le président du conseil général transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, au plus tard le 30 juin de

chaque année, un rapport d'activité et les données nécessaires au suivi de l'activité de la conférence. Ces données, qui comportent des indicateurs sexués, sont relatives :

- ②③ « 1° Au nombre de demandes et d'actions financées par les membres de la conférence des financeurs, par type d'actions, notamment celles mentionnées aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1 ;
- ②④ « 2° Aux dépenses par type d'action ;
- ②⑤ « 3° Au nombre et aux caractéristiques des bénéficiaires des actions.
- ②⑥ « Le défaut de transmission de ces informations après mise en demeure par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fait obstacle à tout nouveau versement au département à ce titre.
- ②⑦ « *Art. L. 233-5.* – Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

#### Article 4

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

- ⑦ c) Le *b* est ainsi modifié :
- ⑧ – le mot : « , fixée » est remplacé par les mots : « des ressources prévues au *a* du III et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4, fixées » ;
- ⑨ – à la fin, les mots : « , des ressources prévues au *a* du III » sont supprimés ;
- ⑩ 3° Le V *bis* est abrogé.

### **Article 5**

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

## **CHAPITRE II**

### **L'action sociale inter-régimes des caisses de retraite**

#### **Article 6**

- ① Le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 115-2, il est inséré un article L. 115-2-1 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 115-2-1.* – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale échangent ~~entre eux~~ les renseignements autres que médicaux qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à

l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie.

- ④ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les organismes susceptibles d'en être destinataires. » ;
- ⑤ 2° Il est ajouté un article L. 115-9 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 115-9.* – La Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale du régime social des indépendants concluent avec l'État une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes, conduite par les régimes que ces organismes gèrent. Elle est conclue dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion signées avec l'État.
- ⑦ « Elle peut également être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite. »

### **Article 7**

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

## **CHAPITRE III**

### **Lutte contre l'isolement**

### **Article 8**

- ① Le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

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

## TITRE II

### ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### Vie associative

#### Article 9

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

#### Article 10

- ① Le livre IV du code de l'action sociale et des familles est complété par un titre VIII ainsi rédigé :
- ② « *TITRE VIII*
- ③ « *VOLONTARIAT CIVIQUE SENIOR*
- ④ « *Art. L. 480-1.* – Le volontariat civique senior a pour objet de renforcer le lien social et intergénérationnel en permettant aux personnes volontaires âgées de soixante ans ou plus de s'engager au service de la communauté nationale par la réalisation d'une mission d'intérêt général auprès d'une personne morale à but non lucratif, en France ou à l'étranger.
- ⑤ « Les missions confiées concourent à la transmission des compétences et des savoirs, tant professionnels que personnels, dans des domaines d'intervention reconnus prioritaires pour la Nation.
- ⑥ « Il ouvre droit à la délivrance d'un certificat de volontaire civique senior.
- ⑦ « *Art. L. 480-2.* – Le volontariat civique senior est un engagement libre et désintéressé, réalisé sur une période continue ou discontinue, réservée aux personnes âgées de soixante ans ou plus.

- ⑧ « La collaboration entre le volontaire et la personne morale mentionnée à l'article L. 480-1 est exclusive de tout lien de subordination et ne relève pas du code du travail.
- ⑨ « Art. L. 480-3. – Le volontaire bénéficie dans le cadre de sa mission du remboursement des frais réellement engagés. Dans les conditions et selon les modalités prévues à l'article 12 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif, la personne morale peut faire bénéficier le volontaire de chèques-repas lui permettant d'acquitter en tout ou partie le prix de repas consommés au restaurant ou préparés par un restaurateur.
- ⑩ « Art. L. 480-4. – Un décret fixe les conditions d'application du présent titre. »

## CHAPITRE II

### Habitat collectif pour personnes âgées

#### Section 1

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

#### Article 11

- ① I. – L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « une proportion supérieure à un seuil fixé » sont remplacés par les mots : « des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions et selon une périodicité fixées » et les mots : « au plus tard le 31 décembre 2007 » sont supprimés ;
- ④ b) Au deuxième alinéa, les mots : « Si la convention pluriannuelle n'est pas conclue avant la date prévue au précédent alinéa » sont supprimés et le mot : « retardataires » est remplacé par les mots : « relevant du présent I dans sa rédaction applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2008 et qui n'ont pas conclu depuis cette date de convention pluriannuelle » ;

- ⑤ c) Au début du troisième alinéa, les mots : « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, » sont supprimés ;
- ⑥ 2° Le I *bis* est ainsi modifié :
- ⑦ a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑧ « I *bis*. – Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui ont opté pour la dérogation prévue au présent I *bis* dans sa rédaction résultant de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et continuaient d'en relever à la date de la publication de la loi n° du relative à l'adaptation de la société au vieillissement conservent le bénéfice de cette dérogation tant qu'ils accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion inférieure à un seuil fixé par décret. » ;
- ⑨ b) Au deuxième alinéa et à la première phrase du troisième alinéa, le mot : « opte » est remplacé par les mots : « a opté » ;
- ⑩ c) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ⑪ 3° Le I *ter* est ainsi modifié :
- ⑫ a) Aux première et seconde phrases du premier alinéa et aux première et dernière phrases du second alinéa, le mot : « bénéficient » est remplacé par le mot : « bénéficiaient » ;
- ⑬ b) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « deuxième seuil mentionné » sont remplacés par les mots : « seuil défini par le décret prévu » ;
- ⑭ c) À la première phrase du second alinéa, les mots : « au seuil mentionné » sont remplacés par les mots : « aux seuils mentionnés » ;
- ⑮ 4° Le III est ainsi rédigé :
- ⑯ « III. – Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article, ainsi que les établissements relevant des I *bis* et I *ter*.
- ⑰ « Ils proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte

d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.

⑱ « Sauf pour les établissements mentionnés à l'avant-dernier alinéa du *I bis* et au second alinéa du *I ter*, l'exercice de leur mission de prévention donne lieu, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 et dans la limite des crédits correspondants attribués en application de l'article L. 14-10-10, à une aide dite forfait autonomie, allouée par le département. Un décret détermine les dépenses prises en charge à ce titre, ainsi que les conditions dans lesquelles le département fixe le montant du forfait.

⑲ « Les résidences autonomie facilitent l'accès de leur résidents à des services d'aide et de soins à domicile. Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat, dont le contenu minimal est prévu par décret, ont été conclues, respectivement, avec un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, des professionnels de santé ou des établissements de santé, notamment d'hospitalisation à domicile, et avec un établissement ayant lui-même conclu une convention pluriannuelle en application du premier alinéa du I.

« Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret.

« Dans ces mêmes proportions, elles peuvent également accueillir des personnes handicapées qui souhaitent accéder à ces résidences autonomie.

« Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont prises en compte ni pour déterminer les seuils mentionnés au I, ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie mentionné au présent III. »

II (*nouveau*). – Le Gouvernement remet au Parlement, dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi, un rapport sur les possibilités de développer une offre d'hébergement temporaire dédiée aux personnes en situation de perte d'autonomie et sur l'intégration éventuelle de cette offre au sein même des résidences autonomie.

## Article 12

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

## Article 13

- ① Le 3° de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :
- ② « 3° Les établissements conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement et non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, pour ce qui concerne les prestations qui ne sont pas prises en compte dans le calcul de la part de la redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables conformément aux conventions mentionnées à l'article L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation ; ».

## Article 14

- ① L'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :
- ② 1° A (*nouveau*) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « ou, dans le cas des logements-foyers et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, par les gestionnaires » ;
- ④ b) À la fin de la dernière phrase, les mots : « par les bailleurs » sont remplacés par les mots : « respectivement par les bailleurs et, dans le cas

des logements-foyers et des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, par les gestionnaires » ;

- ⑤ 1° Au début du 3°, les mots : « L'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais et » sont supprimés ;
- ⑥ 2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Les logements concernés sont des logements autonomes en habitations individuelles ou collectives, les logements des logements-foyers définis à l'article L. 633-1, ainsi que les logements des centres d'hébergement et de réinsertion sociale mentionnés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ⑧ 3° À la fin de l'avant-dernier alinéa, les mots : « , à l'exception des logements ou lits mentionnés au 4° de l'article L. 302-5 » sont supprimés.

## Section 2

### Les autres formes d'habitat avec services

#### Article 15

- ① I. – Les articles 41-1 à 41-5 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis sont remplacés par des articles 41-1 à 41-7 ainsi rédigés :
- ② « *Art. 41-1.* – Le règlement de copropriété peut étendre l'objet d'un syndicat de copropriétaires à la fourniture aux occupants de l'immeuble de services spécifiques dont les catégories sont précisées par décret et qui, du fait qu'ils bénéficient par nature à l'ensemble de ses occupants, ne peuvent être individualisés.
- ③ « Les services non individualisables sont procurés en exécution d'une convention conclue avec des tiers. Les charges relatives à ces services sont réparties conformément au premier alinéa de l'article 10. Les charges de fonctionnement constituent des dépenses courantes au sens ~~et pour~~ l'application de l'article 14-1.
- ④ « Les décisions relatives à la suppression des services non individualisables sont prises à la majorité prévue au premier alinéa de l'article 26 ou, le cas échéant, à celle prévue au dernier alinéa du même article.

- ⑤ « Si l'équilibre financier d'un ou de plusieurs services mentionnés au présent article est gravement compromis, et après que l'assemblée générale s'est prononcée, le juge statuant comme en matière de référé, saisi par des copropriétaires représentant 15 % au moins des voix du syndicat, peut décider soit la suspension, soit la suppression de ~~ee-ou-de~~ ces services.
- ⑥ « Le statut de la copropriété des immeubles bâtis est incompatible avec l'octroi de services de soins ou d'aide et d'accompagnement exclusivement liés à la personne, qui ne peuvent être fournis que par des établissements et des services relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- ⑦ « *Art. 41-2.* – Le règlement de copropriété peut prévoir l'affectation de certaines parties communes à la fourniture, aux occupants de l'immeuble, de services spécifiques individualisables. Il précise la charge des dépenses d'entretien et de fonctionnement liées à ces parties communes et sa répartition.
- ⑧ « *Art. 41-3.* – Les conditions d'utilisation par les tiers des parties communes destinées à des services spécifiques individualisables sont fixées dans une convention stipulée à titre gratuit, en application des articles 1875 et suivants du code civil. Cette convention est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable.
- ⑨ « *Art. 41-4.* – L'assemblée générale, sur proposition du conseil syndical, choisit, à la majorité de l'article 25 ou, le cas échéant, de l'article 25-1, le ou les prestataires appelés à fournir les prestations de services spécifiques individualisables. Elle approuve, par un vote distinct et selon les mêmes modalités, les termes de la convention envisagée avec le ou les prestataires choisis ayant pour objet le prêt gratuit des parties communes affectées à ces services, établie dans les conditions prévues à l'article 41-3.
- ⑩ « La durée des contrats de prestations conclus par chaque occupant avec les prestataires ne peut excéder celle du prêt dont ces derniers bénéficient.
- ⑪ « *Art. 41-5.* – Les modifications du règlement de copropriété emportant désaffectation des parties communes affectées aux services mentionnés à l'article 41-3 sont prises à la majorité de l'article 26. Elles doivent être notifiées par le syndic aux prestataires concernés. Elles entraînent la résiliation de plein droit des conventions de prêt et de fourniture de services conclues avec les prestataires.

- ⑫ « Art. 41-6. – Le syndicat des copropriétaires d'une résidence-services ne peut déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical.
- ⑬ « Le conseil syndical donne ~~obligatoirement~~ son avis sur les projets des conventions mentionnées au deuxième alinéa de l'article 41-1 et à l'article 41-4. Il en surveille l'exécution et présente un bilan chaque année à l'assemblée générale.
- ⑭ « Le prestataire des services individualisables et non individualisables ne peut être le syndic, ses préposés, son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus.
- ⑮ « Art. 41-7. – Les personnes demeurant à titre principal dans la résidence constituent le conseil des résidents.
- ⑯ Cette instance consultative a notamment comme objectif la mise en œuvre d'un espace de discussion entre les résidents et les copropriétaires ; elle relaie les demandes et les propositions des résidents.
- ⑰ « Le conseil des résidents est réuni par le syndic avant la tenue de l'assemblée générale des copropriétaires. L'ordre du jour de cette assemblée lui est communiqué.
- ⑱ « Le syndic met à la disposition du conseil des résidents un local afin qu'il puisse se réunir et lui communique les comptes rendus de l'assemblée générale ainsi que toutes les informations relatives aux services fournis dans la résidence, afin que le conseil émette un avis notamment sur le besoin de créer ou de supprimer un service.
- ⑲ « Lors de la réunion du conseil des résidents, un secrétaire de séance est désigné. Le secrétaire rédige le compte rendu de la séance, qui est cosigné par le syndic et adressé à tous les résidents. Le compte rendu des réunions du conseil des résidents des trois années précédentes est remis à toute personne intéressée préalablement à la signature d'un contrat de bail d'habitation ou à la cession d'un lot dans la résidence. »
- ⑳ II. – Au 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail, les mots : « résidences-services relevant du chapitre IV bis » sont remplacés par les mots : « prestataires appelés à fournir les prestations de services spécifiques individualisables dans les résidences-services, mentionnés à l'article 41-4 ».

### **Article 15 bis (nouveau)**

- ① Le Gouvernement remet au Parlement, dans les douze mois suivant la promulgation de la présente loi, un rapport relatif au logement en cohabitation intergénérationnelle afin de sécuriser et de favoriser les pratiques existantes.
- ② Le rapport examine l'opportunité d'adapter le régime juridique de la convention d'occupation précaire aux caractéristiques de la cohabitation intergénérationnelle, qu'elle soit soumise ou non au paiement d'une redevance.
- ③ Il examine la pertinence de dérogations aux règles relatives à la taxe d'habitation et au versement des allocations sociales afin de ne pas pénaliser l'hébergeant ou l'hébergé.
- ④ Une attention particulière est portée à la distinction entre les services rendus par la personne hébergée dans le cadre de la cohabitation intergénérationnelle et ce qui pourrait être considéré comme du travail dissimulé.

## CHAPITRE III

### **Territoires, habitat et transports**

#### **Article 16**

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

#### **Article 16 bis (nouveau)**

Au premier alinéa de l'article L. 122-1-2 du code de l'urbanisme, après le mot : « démographiques », sont insérés les mots : « , notamment au regard du vieillissement de la population, ».

### **Article 17**

- ① L'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, après les mots : « aux personnes handicapées », sont insérés les mots : « et aux personnes âgées, » et, après le mot : « usagers », sont insérés les mots : « , d'associations représentant les personnes âgées » ;
- ③ 2° Le cinquième alinéa est complété par les mots : « et aux personnes âgées » ;
- ④ 3° À la première phrase du sixième alinéa, après le mot : « handicapées », sont insérés les mots : « et aux personnes âgées ».

### **Article 18**

- ① Le livre II de la première partie du code des transports est ainsi modifié :
- ② 1° Le 2° de l'article L. 1214-2 est complété par les mots : « , ainsi que des personnes âgées » ;
- ③ 2° Le dernier alinéa de l'article L. 1231-8 est complété par les mots : « , ainsi qu'à l'intention de publics spécifiques, notamment les personnes handicapées et les personnes âgées ».

## **CHAPITRE IV**

### **Droits, protection et engagements des personnes âgées**

#### **Section 1**

#### **Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées**

#### **Article 19 A (*nouveau*)**

Au premier alinéa de l'article 1<sup>er</sup> 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, après le mot : « âge », sont insérés les mots : « , sa perte d'autonomie ».

## Article 19

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

## Article 20

À l'intitulé du chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre II du même code, le mot : « placement » est remplacé par le mot : « accueil ».

## Article 21

- ① L'article L. 231-4 du même code est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa, le mot : « placée » est remplacé par le mot : « accueillie » et les mots : « ou, à défaut, » sont remplacés par le mot : « soit » ;
- ③ 2° À la première phrase du second alinéa, les mots : « de placement » sont remplacés par les mots : « d'admission » et les mots : « dudit placement » sont remplacés par les mots : « de l'admission ».

## Article 22

- ① La section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du livre III du même code est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est ainsi rédigé :
- ④ « 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; »
- ⑤ b) À la première phrase du 3°, après le mot : « autonomie », sont insérés les mots : « , notamment sa capacité d'aller et venir, » ;
- ⑥ 2° L'article L. 311-4 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Le *a* est complété par les mots : « ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service » ;
- ⑧ b) Après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑨ « Lors de la conclusion du contrat de séjour, le directeur de l'établissement ou toute personne formellement désignée par lui s'assure, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du présent code, du consentement de la personne à être accueillie, sous réserve de l'application du dernier alinéa de l'article 459-2 du code civil. Il s'assure également de la connaissance et de la compréhension de ses droits par la personne accueillie. Il l'informe de la possibilité de désigner une personne de confiance, telle que définie à l'article L. 311-5-1 du présent code. » ;
- ⑩ c) Après le mot : « accueillie », la fin de la première phrase du quatrième alinéa est remplacée par une phrase ainsi rédigée :  
  
« Dans le cas où il existe une mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil, notamment de l'article 459-2. » ;
- ⑪ 3° Après l'article L. 311-4, il est inséré un article L. 311-4-1 ainsi rédigé :
- ⑫ « *Art. L. 311-4-1. – I. –* Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux

énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter, sur avis conforme du médecin coordonnateur de l'établissement et après avis du médecin traitant ou, à défaut de médecin coordonnateur, sur avis conforme du médecin traitant, après examen du résident, une annexe précisant les mesures particulières prises pour assurer son intégrité physique et sa sécurité. Elles doivent être proportionnées à son état et aux objectifs de sa prise en charge. Le contenu de cette annexe peut être révisé chaque fois que nécessaire à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement et du médecin coordonnateur ou, à défaut, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1.

- ⑬ « II. – La personne accueillie, ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de résiliation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif. Dans le cas où il existe une mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil, notamment de l'article 459-2 du même code.
- ⑭ « Passé ce délai et à tout moment, la personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal dans le respect du titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil et notamment de l'article 459-2 du même code, peut résilier le contrat de séjour par écrit, au terme d'un délai de réflexion de quarante-huit heures ; le délai de préavis qui peut lui être opposé doit être prévu au contrat et ne peut excéder une durée prévue par décret.
- ⑮ « III. – La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement peut intervenir seulement dans des délais de préavis dont la durée est prévue par le décret mentionné au second alinéa du II :
- ⑯ « 1° En cas d'inexécution par la personne hébergée d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement ;
- ⑰ « 2° En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;
- ⑱ « 3° Dans le cas où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement considéré, notamment si son état de santé nécessite des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement. » ;

- ⑲ 4° Après l'article L. 311-5, il est inséré un article L. 311-5-1 ainsi rédigé :
- ⑳ « *Art. L. 311-5-1.* – Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, 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 et qui est chargée, si la personne majeure le souhaite, de l'accompagner dans ses démarches et de l'aider dans ses décisions relatives à sa prise en charge. La personne de confiance est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits.
- ㉑ « La désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.
- ㉒ « Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne accueillie de désigner une personne de confiance ~~dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article~~. Cette désignation est valable pour la durée de la prise en charge, à moins que la personne n'en dispose autrement.
- ㉓ « Le présent article ne s'applique pas lorsqu'une mesure de protection judiciaire est ordonnée et que le juge, ou le conseil de famille s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article 459 du code civil. »

## Section 2

### **Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles**

#### **Article 23**

- ① I. – Le chapitre VI du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est complété par un article L. 116-4 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 116-4.* – Les personnes physiques ou morales propriétaires, administrateurs ou employés d'un établissement ou service soumis à autorisation ou à déclaration en application du présent code ou d'un service soumis à agrément ou à déclaration mentionné aux 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail, ainsi que les bénévoles qui agissent en leur sein et les organismes dans le cadre desquels ces derniers interviennent ou

exercent une responsabilité, ne peuvent profiter de dispositions à titre gratuit entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par les personnes prises en charge par l'établissement ou le service pendant la durée de cette prise en charge, sous réserve des exceptions prévues aux 1° et 2° de l'article 909 du code civil. L'article 911 du même code est applicable aux libéralités en cause.

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

#### **Article 24**

Au premier alinéa de l'article 911 du code civil, après les mots : « personne physique », sont insérés les mots : « ou d'une personne morale ».

#### **Article 25**

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

- ③ « Les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés au 2° de l'article L. 313-1-2 informent le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, dans des conditions fixées par le décret en Conseil d'État mentionné au premier alinéa du présent article.

### **Article 25 bis (nouveau)**

- ① Le premier alinéa de l'article 2-8 du code de procédure pénale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase, les mots : « ou handicapées » sont remplacés par les mots : « , handicapées ou âgées » ;
- ③ 2° Aux deux premières phrases, les mots : « ou du handicap » sont remplacés par les mots : « , du handicap ou de la vulnérabilité due à l'âge ».

## Section 3

### **Protection juridique des majeurs**

#### **Article 26**

- ① Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre IV du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 471-6 est ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 471-6.* – Afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés de la personne protégée, notamment de prévenir tout risque de maltraitance, le mandataire judiciaire à la protection des majeurs remet personnellement à la personne protégée ou, dès lors que l'état de cette dernière ne lui permet pas d'en mesurer la portée, à un membre du conseil de famille s'il a été constitué ou, à défaut, à un parent, un allié ou une personne de son entourage dont il connaît l'existence, le cas échéant à la personne de confiance désignée au titre de l'article L. 311-5-1 :
- ④ « 1° Une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée ;
- ⑤ « 2° Un document individuel de protection des majeurs qui vaut, le cas échéant, document individuel de prise en charge pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

- ⑥ « Ce document définit les objectifs et la nature de la mesure de protection dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et, le cas échéant, du projet de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le montant prévisionnel des prélèvements opérés sur les ressources de la personne protégée. Le contenu minimal de ce document est fixé par décret.
- ⑦ « Une copie des documents mentionnés aux 1° et 2° du présent article est, dans tous les cas, adressée à la personne par tout moyen propre à en établir la date de réception. » ;
- ⑧ 2° L'article L. 471-8 est ainsi modifié :
- ⑨ a) Au 1°, la référence : « à l'article L. 471-6 » est remplacée par la référence : « au 1° de l'article L. 471-6 » ;
- ⑩ b) Le 3° est ainsi rédigé :
- ⑪ « 3° Le document individuel de protection des majeurs prévu au 2° de l'article L. 471-6 est également remis à la personne ; ».

### **Article 26 bis (nouveau)**

- ① Après l'article L. 471-2 du code l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 471-2-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 471-2-1. – Les fonctions de mandataire judiciaire à la protection juridique des majeurs à titre indépendant ne sont pas compatibles avec l'exercice de ces mêmes fonctions en tant que salarié d'un service mentionné au 14° du I de l'article L. 312-1. »

### **Article 27**

- ① La section 1 du chapitre II du titre VII du livre IV du même code est ainsi modifiée :
- ② 1° Les trois derniers alinéas de l'article L. 472-1 sont supprimés ;
- ③ 2° Après l'article L. 472-1, il est inséré un article L. 472-1-1 ainsi rédigé :

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

#### **Article 27 bis (nouveau)**

- ① L’article 477 du code civil est ainsi modifié :
- ② 1° Le dernier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) La première phrase est complétée par les mots : « pour une durée maximale de cinq ans » ;
- ④ b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :
- ⑤ « Un décret fixe les conditions de renouvellement du mandat. » ;

- ⑥ 2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑦ « Tout mandat de protection future, ainsi que son renouvellement, est enregistré au fichier central des dispositions de dernières volontés. »

### **Article 27 ter (nouveau)**

L'article 311-12 du code pénal est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article n'est pas applicable lorsque le vol a été commis au préjudice de l'une de ces personnes par son tuteur ou curateur. »

### **Article 28**

À la première phrase du second alinéa de l'article L. 3211-6 du code de la santé publique, après le mot : « santé », sont insérés les mots : « ou hébergée dans un établissement social ou médico-social ».

### **Article 28 bis (nouveau)**

Le code civil est ainsi modifié :

1° (*nouveau*) Après l'article 21-13, il est inséré un article 21-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. 21-13-1.* – Peuvent réclamer la nationalité française, par déclaration souscrite conformément aux articles 26 et suivants, 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.

« Les conditions fixées au premier alinéa du présent article s'apprécient à la date de la souscription de la déclaration précitée.

« Le Gouvernement peut s'opposer, dans les conditions définies à l'article 21-4, à l'acquisition de la nationalité française par le déclarant qui se prévaut des dispositions du présent article. » ;

2° (*nouveau*) Au premier alinéa de l'article 21-28, après la référence : « 21-12, », est insérée la référence : « 21-13-1, » ;

3° La première phrase de l'article 26 est ainsi rédigée :

« Les déclarations de nationalité souscrites en raison soit du mariage avec un conjoint français, en application de l'article 21-2, soit de la qualité d'ascendant de Français, en application de l'article 21-13-1, sont reçues par l'autorité administrative. » ;

4° (*nouveau*) À l'article 26-1, après le mot : « français », sont insérés les mots : « , d'une part, et de celles souscrites en application de l'article 21-13-1 à raison de la qualité d'ascendant de Français, d'autre part » ;

5° (*nouveau*) Le dernier alinéa de l'article 26-3 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, la référence : « de l'article 21-2 » est remplacée par les références : « des articles 21-2 et 21-13-1 » ;

b) À la seconde phrase, la référence : « de l'article 21-4 » est remplacée par les références : « des articles 21-4 ou 21-13-1 ».

### **Article 28 *ter* (*nouveau*)**

- ① Le 1° de l'article L. 816-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée:
- ② « Le respect de cette condition peut être attesté par les périodes d'assurance mentionnées à l'article L. 351-2 ; ».

## **TITRE III**

### **ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

#### **CHAPITRE I<sup>ER</sup>**

#### **Revaloriser et améliorer l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile**

### **Article 29**

- ① La section 1 du chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 232-3 est ainsi modifié :

- ③ a) Le premier alinéa est complété par les mots : « , sur la base de l'évaluation multidimensionnelle mentionnée à l'article L. 232-6 » ;
- ④ b) Le second alinéa est supprimé ;
- ⑤ 2° Après l'article L. 232-3, il est inséré un article L. 232-3-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 232-3-1.* – Le montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond annuel défini par décret en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 et revalorisé chaque année au 1<sup>er</sup> janvier conformément à l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale. » ;
- ⑦ 3° Le premier alinéa de l'article L. 232-4 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminuée d'une participation à la charge de celui-ci.
- ⑨ « Cette participation est calculée et actualisée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 et du montant du plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en application de l'article L. 232-3-1. » ;
- ⑩ 4° L'article L. 232-6 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ⑫ « L'équipe médico-sociale :
- ⑬ « 1° Apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à la prestation, sur la base de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;
- ⑭ « 2° Évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants. Cette évaluation est réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ;
- ⑮ « 3° Propose le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3 et informe des différentes modalités d'intervention les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire et des besoins

des proches aidants, ainsi que des modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ces derniers. L'information fournie sur les différentes modalités d'intervention est garante du libre choix du bénéficiaire et présente de manière exhaustive l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile dans le territoire concerné ;

- ①⑥ « 4° Identifie les autres aides utiles, dont celles déjà mises en place, au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses proches aidants, non prises en charge au titre de l'allocation qui peut lui être attribuée. » ;
- ①⑦ *b)* Au deuxième alinéa, les mots : « agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 » sont remplacés par les mots : « autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-3 » ;
- ①⑧ 5° Le deuxième alinéa de l'article L. 232-7 est supprimé ;
- ①⑨ 6° L'article L. 232-12 est ainsi modifié :
- ②⑦ *a)* Après le mot : « proposition », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6. » ;
- ②⑧ *b)* Le deuxième alinéa est supprimé ;
- ②⑨ 7° Les premier et dernier alinéas de l'article L. 232-14 sont supprimés ;
- ③① 8° L'article L. 232-15 est ainsi modifié :
- ③② *a)* Le premier alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :
- ③③ « L'allocation personnalisée d'autonomie est versée à son bénéficiaire, sous réserve des cinquième et sixième alinéas.
- ③④ « Le versement de la partie de l'allocation servant à payer des aides régulières est mensuel.
- ③⑤ « La partie de l'allocation servant au règlement de dépenses relatives aux aides techniques, à l'adaptation du logement et aux prestations d'accueil temporaire ou de répit à domicile peut faire l'objet de versements ponctuels au bénéficiaire, dans des conditions définies par décret.
- ③⑥ « La partie de l'allocation destinée à rémunérer un salarié, un accueillant familial ou un service d'aide à domicile autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l'article

L. 7232-1 du code du travail peut être versée au bénéficiaire de l'allocation sous forme de chèque emploi-service universel, mentionné à l'article L. 1271-1 du même code, sous réserve de l'article L. 1271-2 dudit code.

- ②⑨ « Le département peut verser la partie de l'allocation destinée à rémunérer un service d'aide à domicile directement au service choisi par le bénéficiaire. Le bénéficiaire demeure libre de choisir un autre service. De même, la partie de l'allocation destinée à rémunérer les structures assurant un accueil temporaire, mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 314-8 du présent code, peut leur être versée directement.
- ③⑩ « Le département peut verser la partie de l'allocation concernée directement à la personne physique ou morale ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, réalise l'aménagement du logement ou assure l'accueil temporaire ou le répit à domicile. » ;
- ③⑪ b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- ③⑫ 9° L'article L. 232-18 est abrogé.

#### **Article 29 bis (nouveau)**

- ① L'article L. 1611-6 du code général des collectivités territoriales est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- ② « Les collectivités territoriales et leurs établissements publics, mentionnés au premier alinéa peuvent confier à un mandataire public ou privé, dans des conditions définies par une convention, le paiement, en leur nom et pour leur compte, des chèques d'accompagnement personnalisé aux bénéficiaires qu'ils ont préalablement déterminés.
- ③ « La convention prévoit, sous peine de nullité, le contenu des obligations principales du mandant et du mandataire, ainsi que les modalités générales d'exécution et de cessation de la convention.
- ④ « La convention de mandat est conclue à titre onéreux au terme d'une consultation qui respecte le code des marchés publics. »

#### **Article 30**

- ① Après l'article L. 153 du livre des procédures fiscales, il est inséré un article L. 153 A ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 153 A. – Les administrations fiscales transmettent chaque année aux départements, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les informations nécessaires à l'appréciation des ressources des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. »

### **Article 30 bis (nouveau)**

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet un rapport au Parlement sur l'impact des seuils de soixante et de soixante-quinze ans pour l'attribution de la prestation de compensation du handicap dans la prise en compte du handicap pour les personnes vieillissantes en situation de handicap.

## CHAPITRE II

### **Refonder l'aide à domicile**

#### **Article 31**

- ① Après l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-11-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 313-11-1. – 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, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-11 conclus avec des services d'aide et d'accompagnement à domicile, autorisés ou agréés, relevant de l'article L. 313-1-2 précisent :
- ③ « 1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;
- ④ « 2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- ⑤ « 3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- « 3° bis (nouveau) Les modalités de solvabilisation des personnes utilisatrices des services résultant, le cas échéant, des expérimentations mentionnées au II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 ;

- ⑥ « 4° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;
- ⑦ « 5° Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 312-5 et par le schéma régional de prévention mentionné à l'article L. 1434-5 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;
- ⑧ « 6° Les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;
- ⑨ « 6° *bis (nouveau)* Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- ⑩ « 7° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;
- ⑪ « 8° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;
- ⑫ « 9° Les critères d'évaluation des actions conduites. »

### **Article 32**

- ① [ ]
- ② Les expérimentations en cours à la date de publication de la présente loi, en application du II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, peuvent être poursuivies jusqu'à leur terme.
- ③ Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 30 juin 2015, un rapport d'évaluation des expérimentations mentionnées aux deux premiers alinéas, à partir notamment des contributions des départements et des services expérimentateurs.

### **Article 33**

- ① Pendant un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être exonérés de la procédure d'appel à projet prévue

au I de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles les services d'aide à domicile relevant, à la fois, du 2° de l'article L. 313-1-2 et des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 qui demandent à être autorisés. L'autorisation est accordée, sauf décision motivée de refus du président du conseil général, si le projet répond aux conditions prévues aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 313-4. Le service autorisé dans ces conditions ne peut plus exercer le droit d'option prévu à l'article L. 313-1-2.

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

### Article 34

- ① Des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement peuvent être mises en œuvre, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles à compter de la promulgation de la présente loi et pour une durée n'excédant pas deux ans.

Les actions de prévention qu'ils dispensent sont éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs instituée par l'article L. 233-1 du même code.

- ② La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 dudit code.
- ③ Ce contrat prévoit notamment :
- ④ 1° La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;

- ⑤ 2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires, la dotation globale ou le forfait global résultant des expérimentations prévues à l'article 32, déterminés par le président du conseil général ;
- ⑥ 3° Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- ⑦ 4° Pour les activités de prévention, la définition des actions qui s'inscrivent notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi en fonction des objectifs poursuivis et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.
- ⑧ Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 30 septembre 2016, un rapport d'évaluation des expérimentations menées en application du présent article.

### CHAPITRE III

#### **Soutenir et valoriser les proches aidants**

##### **Article 35**

- ① Après l'article L. 113-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 113-1-3 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 113-1-3.* – Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent 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. »

##### **Article 36**

- ① Après l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles, sont insérés des articles L. 232-3-2 et L. 232-3-3 ainsi rédigés :

- ② « Art. L. 232-3-2. – Le proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensables au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie et qui ne peut être remplacé peut ouvrir droit, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie et sans préjudice du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1, à des dispositifs répondant à des besoins de répit. Ces dispositifs, qui doivent être adaptés à la personne aidée, sont définis dans le plan d'aide, en fonction du besoin de répit évalué par l'équipe médico-sociale lors de la demande d'allocation, ou dans le cadre d'une demande de révision, dans la limite d'un plafond et suivant des modalités fixées par décret.
- ③ « Art. L. 232-3-3. – En cas de nécessité, le montant du plan d'aide peut être ponctuellement augmenté, au delà du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1, jusqu'à un montant fixé par décret, pour faire face à l'hospitalisation d'un proche aidant.
- ④ « Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment les situations pouvant faire l'objet de l'augmentation prévue au premier alinéa ainsi que les conditions dans lesquelles la demande d'aide est formulée et la dépense prise en charge par le département, en particulier en urgence. »

### Article 37

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret mentionné au V et dans les conditions prévues aux II, III et V, les établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent, lorsqu'ils réalisent des prestations à domicile de suppléance du proche aidant d'une personne nécessitant une surveillance permanente pendant des périodes d'absence de celui-ci :
- ② 1° Recourir à leurs salariés volontaires ;
- ③ 2° Placer des salariés volontaires mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail en application du 1° de l'article L. 7232-6 du même code.
- ④ La mise en œuvre de ces prestations, ainsi que des dérogations prévues au II du présent article, est portée à la connaissance des autorités compétentes en application de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles ou des autorités ayant délivré les agréments prévus au 2° de l'article L. 7232-1 du code du travail.

- ⑤ Elle est subordonnée à la délivrance d'une autorisation de service d'aide et d'accompagnement à domicile ou d'un agrément prévu au même 2° lorsque ces prestations ne sont pas comprises dans le champ d'une autorisation ou d'un agrément préexistant.
- ⑥ II. – Les salariés mentionnés au 1° du I du présent article ne sont pas soumis aux articles L. 3121-33 à L. 3121-37, L. 3122-34 et L. 3122-35 et L. 3131-1 du code du travail, ni aux dispositions relatives aux temps de pause, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail de nuit et à la durée minimale de repos quotidien prévues par les conventions collectives applicables aux établissements et services qui les emploient.
- ⑦ Les salariés mentionnés au 2° du I ne sont pas soumis aux dispositions relatives aux temps de pause, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail de nuit et à la durée minimale de repos quotidien prévues par la convention collective des salariés du particulier employeur.
- ⑧ III. – La durée d'une intervention au domicile d'un salarié mentionné au II ne peut excéder six jours consécutifs. À l'issue de l'intervention, le salarié bénéficie d'un repos compensateur.
- ⑨ Le nombre de journées d'intervention ne peut excéder, pour chaque salarié, un plafond annuel de quatre-vingt-quatorze jours, apprécié sur chaque période de douze mois consécutifs.
- ⑩ La totalité des heures accomplies pour le compte des établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles par un salarié ne peut excéder quarante-huit heures par semaine, calculées, en moyenne, sur une période de quatre mois consécutifs. Pour l'appréciation de ce plafond, l'ensemble des heures de présence au domicile ou en établissement des personnes mentionnées au II est pris en compte.
- ⑪ Les salariés bénéficient au cours de chaque période de vingt-quatre heures d'une période minimale de repos de onze heures consécutives.
- ⑫ Cette période de repos peut être soit supprimée, soit réduite, sans pouvoir être inférieure à huit heures. Les personnes bénéficient alors d'un repos compensateur égal à la fraction du repos dont elles n'ont pu bénéficier. Ce repos est accordé en tout ou partie pendant l'accueil.

- ⑬ IV. – Les autorités compétentes mentionnées à l’avant-dernier alinéa du I, en liaison avec les établissements et services expérimentateurs, remettent un rapport d’évaluation aux ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2018.
- ⑭ Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2018, un rapport d’évaluation des expérimentations mentionnées au I, à partir notamment des contributions des autorités mentionnées à l’avant-dernier alinéa du I et des services expérimentateurs.
- ⑮ V. – Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret.

## CHAPITRE IV

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

#### **Article 38**

- ① Le chapitre IX du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l’action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le II de l’article L. 14-10-5 est ainsi modifié :
- ③ a) Le *a* est remplacé par un 1° ainsi rédigé :
- ④ « 1° En ressources :
- ⑤ « a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l’article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° dudit article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;
- ⑥ « b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l’article L. 14-10-4. Au titre de l’exercice 2015, cette fraction est fixée à 39 % du produit de cette contribution. Au titre de l’exercice 2016, elle est fixée à 69,5 % de ce produit. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit ; »
- ⑦ b) Le *b* est ainsi modifié :
- ⑧ – au début, la mention : « *b* » est remplacée par la mention : « 2° » ;

- ⑨ – à la première phrase, la référence : « *a* » est remplacée par la référence : « 1° » ;
- ⑩ 2° L'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑫ « I. – Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est divisé en deux parts :
- ⑬ « 1° Le montant de la première part est réparti annuellement entre les départements selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État dans la limite des ressources mentionnées au *a* du 1° du II de l'article L. 14-10-5, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, calculée et répartie selon des modalités prévues au II du présent article, en fonction des critères suivants : » ;
- ⑭ b) À la première phrase du sixième alinéa, les mots : « du montant ainsi réparti » sont remplacés par les mots : « des montants répartis en application du présent 1° et du 2° » ;
- ⑮ c) Le septième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑯ « L'attribution de la première part est majorée pour les départements dont le rapport défini au sixième alinéa du présent 1° est supérieur au taux fixé et, pour les autres départements, est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application du même alinéa entre ces seuls départements. » ;
- ⑰ d) À l'avant-dernier alinéa, la référence : « sixième alinéa » est remplacée par la référence : « sixième alinéa du présent 1° » ;
- ⑱ e) Au dernier alinéa, le mot : « Le » est remplacé par les mots : « La première part du » et les mots : « de la section visée au » sont remplacés par la référence : « du *a* du 1° du » ;
- ⑲ f) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑳ « 2° Le montant de la seconde part est réparti au 1<sup>er</sup> janvier de l'année entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles résultant des articles L. 232-3-1, L. 232-3-2, L. 232-3-3 et L. 232-4, dans leur rédaction résultant de la loi n° du d'adaptation de la société au vieillissement, et dans les limites des ressources

mentionnées au *b* du 1° du II de l'article L. 14-10-5. Cette répartition est opérée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

- ② « II. – La quote-part mentionnée au 1° du I du présent article est calculée en appliquant au montant total de la première part du concours mentionnée au même 1° le double du rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-2 dans les collectivités d'outre-mer mentionnées au I du présent article et le nombre total de bénéficiaires de l'allocation au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué. Elle est répartie entre les trois collectivités en fonction des critères mentionnés aux *a*, *b* et *d* du 1° du I. »

## CHAPITRE V

### Soutenir l'accueil familial

#### Article 39

- ① I. – Le titre IV du livre IV du code de l'action sociale et de la famille est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 441-1 est ainsi modifié :
- ③ *a)* Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ④ « L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants ont suivi une formation initiale et continue et une initiation aux gestes de secourisme organisées par le président du conseil général et si un suivi social et médico-social des personnes accueillies peut être assuré. Un décret en Conseil d'État fixe les critères d'agrément et approuve un référentiel.
- ⑤ « La décision d'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de huit contrats d'accueil au total sans excéder le seuil de trois contrats d'accueil permanent. Toutefois, le président du conseil général peut, si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil simultané de plus de trois personnes pour répondre à des besoins d'accueil spécifiques. La décision précise les modalités d'accueil prévues : à temps complet ou partiel, en particulier accueil de jour ou accueil de nuit,

permanent, temporaire ou séquentiel. La décision d'agrément peut préciser les caractéristiques, en termes de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies.

- ⑥ « Toute décision de refus d'agrément est motivée et, lorsqu'elle fait suite à une demande de renouvellement d'agrément, prise après avis de la commission consultative mentionnée à l'article L. 441-2.
- ⑦ « Le président du conseil général peut subordonner, le cas échéant dans le cadre de la décision d'agrément, l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et, le cas échéant, de la personne accueillie. » ;
- ⑧ *b)* À l'avant-dernier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑨ 2° À la première phrase du second alinéa de l'article L. 441-2, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑩ 2° *bis (nouveau)* À l'article L. 441-3, après le mot : « permanent », il est inséré le mot : « , séquentiel » ;
- ⑪ 3° L'article L. 442-1 est ainsi modifié :
- ⑫ *a)* Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑬ « Ce contrat prévoit un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie. » ;  
*a bis) (nouveau)* À la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « minimaux », sont insérés les mots : « de l'indemnité mentionnée au 2° et les montants minimaux et maximaux de l'indemnité mentionnée au 3° » ;
- ⑭ *b)* Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « La rémunération et les indemnités prévues aux 1° à 4° peuvent être déclarées et, le cas échéant, versées par le chèque emploi-service universel défini à l'article L. 1271-1 du code du travail, sous réserve de l'article L. 1271-2 du même code. » ;
- ⑯ *c)* Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « Il garantit à la personne accueillie l'exercice des droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3. À cet effet, la charte des droits et

libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 lui est annexée.

- ⑱ « Le contrat prévoit également la possibilité pour la personne accueillie de recourir aux dispositifs prévus aux articles L. 311-5 et L. 311-5-1. » ;
- ⑲ 4° L'article L. 443-11 est ainsi rétabli :
- ⑳ « *Art. L. 443-11.* – Les objectifs, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue prévue à l'article L. 441-1 sont définis par décret. Ce décret précise la durée de formation qui doit être obligatoirement suivie avant le premier accueil ainsi que les dispenses de formation qui peuvent être accordées si l'accueillant familial justifie d'une formation antérieure équivalente.
- ㉑ « L'initiation aux gestes de secourisme prévue à l'article L. 441-1 est préalable au premier accueil.
- ㉒ « Le département prend en charge, lorsqu'il n'est pas assuré, l'accueil des personnes dont l'état de handicap ou de perte d'autonomie le nécessite, durant les temps de formation obligatoire des accueillants. »
- ㉓ II. – Le chapitre I<sup>er</sup> du titre VII du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :
- ㉔ 1° L'article L. 1271-1 est complété par un 3° ainsi rédigé :
- ㉕ « 3° Soit de déclarer par voie dématérialisée et, lorsqu'il comporte une formule de chèque régie par le chapitre I<sup>er</sup> du titre III du livre I<sup>er</sup> du code monétaire et financier, de rémunérer les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- ㉖ 2° À l'article L. 1271-2, après le mot : « salarié », sont insérés les mots : « ou un accueillant familial ».
- ㉗ III. – Le dernier alinéa des articles L. 133-8 du code de la sécurité sociale et L. 1271-3 du code du travail est complété par une phrase ainsi rédigée :
- ㉘ « Lorsque le chèque emploi-service sert à déclarer un accueillant familial en application du 3° de l'article L. 1271-1 du code du travail, ce document prend la forme d'un relevé mensuel des contreparties financières telles que définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. »

## CHAPITRE VI

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

#### **Article 40**

- ① Le chapitre II du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 342-2 est ainsi modifié :
- ③ a) À la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « conformément au premier alinéa » sont remplacés par les mots : « en application des deux premiers alinéas » ;
- ④ b) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Pour les établissements relevant du premier alinéa du I de l'article L. 313-12, le contrat prévoit dans tous les cas un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement dont la liste est fixée par décret, et qui est dit "socle de prestations". » ;
- ⑥ c) À la première phrase du troisième alinéa, après le mot : « les », il est inséré le mot : « autres » ;
- ⑦ 2° Les deux premiers alinéas de l'article L. 342-3 sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « Le socle de prestations prévu au troisième alinéa de l'article L. 342-2 fait l'objet d'un prix global, qui est dit "tarif socle". Toute clause prévoyant un prix distinct pour une prestation relevant du socle de prestations est réputée non écrite.
- ⑨ « Les tarifs socles et les prix des autres prestations d'hébergement sont librement fixés lors de la signature du contrat. Ils varient ensuite, dans des conditions fixées par décret, dans la limite d'un pourcentage fixé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, et de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services et du taux d'évolution des retraites de base prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

- ⑩ « Le conseil de la vie sociale est consulté sur les tarifs socles et sur le prix des autres prestations d'hébergement proposées, et notamment lors de la création d'une nouvelle prestation.
- ⑪ « Pour les établissements relevant du 3° de l'article L. 342-1 du présent code, les prestations du tarif socle prises en compte dans le calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables évoluent conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement ; seules les autres prestations évoluent en fonction de l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa du présent article. » ;
- ⑫ 3° À l'article L. 342-4, les mots : « représentant de l'État » sont remplacés par les mots : « président du conseil général » et les mots : « conseil d'établissement » sont remplacés par les mots : « conseil de la vie sociale ».

#### **Article 41**

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

#### **Article 42**

Le dernier alinéa de l'article L. 315-16 du code de l'action sociale et des familles devient l'article L. 314-12-1 et, à la première phrase, le mot : « public » est supprimé.

#### **Article 43**

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

## CHAPITRE VII

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

#### Article 44

- ① Le 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le septième alinéa est supprimé ;
- ③ 2° Le neuvième alinéa est ainsi modifié :
- ④ a) La première phrase est ainsi rédigée :
- ⑤ « La nature juridique du groupement est fixée par les membres, sous les réserves suivantes : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé ; il est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ; le groupement de coopération sociale ou médico-sociale poursuit un but non lucratif. » ;
- ⑥ b) À la seconde phrase, les mots : « leurs recettes » sont remplacés par les mots : « les recettes des groupements de droit public ».

#### Article 45

- ① Le chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre III du même code est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le I est ainsi modifié :
- ④ – le premier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑤ « I. – Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, les projets de lieux de vie et d'accueil, ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant

de l'article L. 312-1 du présent code, sont autorisés par les autorités compétentes en application de l'article L. 313-3. » ;

- ⑥ – les deux premières phrases du deuxième alinéa sont ainsi rédigées :
- ⑦ « Lorsque les projets font appel, partiellement ou intégralement, à des financements publics, ces autorités délivrent l'autorisation après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social qui associe des représentants des usagers. L'avis de cette dernière n'est toutefois pas requis en cas d'extension inférieure à un seuil fixé par décret. » ;
- ⑧ – l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- ⑨ « Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception des seuils mentionnés au présent article, qui le sont par décret. » ;
- ⑩ *b)* Les II et III sont ainsi rédigés :
- ⑪ « II. – Sont exonérées de la procédure d'appel à projet mentionnée au I :
- ⑫ « 1° Les opérations de regroupement d'établissements et services sociaux et médico-sociaux par le gestionnaire détenteur des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures au seuil prévu au deuxième alinéa du I du présent article ;
- ⑬ « 2° Les projets de transformation de l'établissement ou du service ne comportant pas de modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1 ;
- ⑭ « 3° Les projets de créations et d'extensions des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1 ;
- ⑮ « 4° Les projets d'extensions de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieures à un seuil fixé par décret.
- ⑯ « III. – Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens :
- ⑰ « 1° Les projets de transformation d'établissements et services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du

service au sens de l'article L. 312-1, à l'exception des services à domicile qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux, sous réserve que :

- ⑮ « a) Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;
- ⑯ « b) Les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.
- ⑳ « 2° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.
- ㉑ « La commission d'information et de sélection mentionnée au I du présent article donne son avis sur les projets de transformation. » ;
- ㉒ 2° Le début du premier alinéa de l'article L. 313-2 est ainsi rédigé : « Les demandes d'autorisation qui ne sont pas soumises à la procédure d'appel à projet sont présentées... (*le reste sans changement*). » ;
- ㉓ 3° Le a de l'article L. 313-3 est ainsi rédigé :
- ㉔ « a) Par le président du conseil général, pour les établissements et services mentionnés aux 1°, 6°, 7°, 8°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ; »
- ㉕ 4° Les c à f de l'article L. 313-3 sont ainsi rédigés :
- ㉖ « c) Par l'autorité compétente de l'État pour les établissements et services mentionnés aux 4°, 8°, 10°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1, pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État, ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;
- ㉗ « d) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des a et b

du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I de l'article L. 312-1 ;

②⑧ « e) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil général pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des a et c du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 4° du I de l'article L. 312-1 ;

②⑨ « f) Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des b et c du présent article. » ;

4° bis (nouveau) L'article L. 313-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « un an » sont remplacés par les mots : « neuf mois » ;

b) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « six » est remplacé par le mot : « trois » ;

③⑩ 5° L'article L. 313-6 est ainsi modifié :

③① a) Au début du premier alinéa, les mots : « L'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 ou son renouvellement sont valables » sont remplacés par les mots : « L'autorisation délivrée pour les projets de création, de transformation et d'extension supérieure au seuil prévu au I de l'article L. 313-1-1 des établissements et services sociaux et médico-sociaux est valable » ;

③② b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

③③ « L'autorisation délivrée pour les projets d'extension inférieure au seuil prévu au I de l'article L. 313-1-1 donne lieu à une visite de conformité lorsqu'ils nécessitent des travaux subordonnés à la délivrance d'un permis de construire, une modification du projet d'établissement mentionné à l'article L. 311-8 ou un déménagement sur tout ou partie des locaux. » ;

③④ c) Au début du dernier alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « L'autorisation ou son renouvellement » ;

5° bis (nouveau) Au premier alinéa de l'article L. 313-8, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « dernier » ;

- ③⑤ 6° L'article L. 315-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ③⑥ « La procédure d'appel à projet prévue à l'article L. 313-1-1 n'est pas applicable aux établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du président du conseil général. La commission d'information et de sélection mentionnée au I du même article donne son avis sur les projets de ces établissements ou services. » ;
- ③⑦ 7° À l'article L. 531-6 et au 1° de l'article L. 581-7, après le mot « commission », sont insérés les mots : « d'information et » ;
- ③⑧ 8° (*Supprimé*)

### **Article 45 bis (nouveau)**

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2017, un rapport d'évaluation de la procédure de renouvellement des autorisations des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, autorisés et ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

## TITRE IV

### **GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE**

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup>

#### **Gouvernance nationale**

##### Section 1

#### **Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie**

#### **Article 46**

Après le chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un chapitre I<sup>er</sup> bis ainsi rédigé :

« CHAPITRE I<sup>ER</sup> BIS

« Haut Conseil de la famille et des âges de la vie

« Art. L. 141-3. – Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, placé auprès du Premier ministre, a pour missions d’animer le débat public, d’apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées 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 contribue à l’élaboration d’une politique globale et d’une stratégie opérationnelle dans son domaine de compétence. Il assure 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 les concernant.

« Dans le cadre de ses missions, le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie :

« 1° Formule des propositions et des avis et réalise ou fait 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 ;

« 2° Formule 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 ;

« 3° Formule toute proposition de nature à garantir le respect des droits et la bienveillance des personnes vulnérables à tous les âges de la vie ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;

« 4° Mène des réflexions sur le financement des politiques mises en œuvre dans son champ de compétence ;

« 5° Assure le suivi de l’application des lois et dispositions prises dans son domaine de compétence ;

« 6° Donne un avis sur tout projet de mesure législative dans son champ de compétence ;

« 7° Favorise les échanges d’expérience et d’informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent.

« Il peut être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé de la famille, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés de toute question relevant de son champ de compétence.

« Il peut se saisir de toute question relative aux politiques familiales de l'enfance, de la protection de l'enfance et de l'autonomie des personnes âgées.

« Art. L. 141-4. – Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie, qui est composé en nombre égal d'hommes et de femmes, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales, des régimes d'assurance maladie obligatoires, des régimes d'assurance retraite obligatoires, des régimes ou caisses d'allocations familiales, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1, des associations, organisations syndicales et organismes nationaux représentant les familles, les enfants, les retraités et les personnes âgées ou contribuant aux politiques familiales et de l'enfance et à l'adaptation de la société au vieillissement, des organismes représentant les professionnels et les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des services aux familles, ainsi que des usagers.

« Le Haut Conseil de la famille et des âges de la vie siège en formation plénière ou spécialisée selon les publics intéressés. Il comporte au moins trois formations spécialisées, respectivement compétentes pour les personnes âgées, les familles et l'enfance. Au sein de chaque formation spécialisée, il est constitué de plusieurs collèges, dont au moins un collège des usagers ou de leurs représentants.

« Le Premier ministre nomme le président et les vice-présidents du Haut Conseil. Ils président chacun une formation spécialisée.

« 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 collèges et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret. »

## Section 2

### Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

#### Article 47

- ① Le chapitre X du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le I de l'article L. 14-10-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Au 1°, après le mot : « établissement, », sont insérés les mots : « de la prévention de la perte d'autonomie et du soutien des proches aidants, » ;
- ④ b) Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « De contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, » ;
- ⑤ c) Au 3°, après le mot : « autonomie, », sont insérés les mots : « de la situation et des besoins des proches aidants, » ;
- ⑥ d) Le 6° est ainsi modifié :
- ⑦ – après la référence : « L. 146-3 », sont insérés les mots : « , les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie, et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1 » ;
- ⑧ – après le mot : « besoins », sont insérés les mots : « d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, » ;
- ⑨ – sont ajoutés les mots : « du handicap et d'aide à l'autonomie » ;
- ⑩ e) Le 7° est complété par les mots : « , et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires »
- ⑪ f) Sont ajoutés des 12° à 14° ainsi rédigés :
- ⑫ « 12° De mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;
- ⑬ « 13° De concevoir et mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de sa mise en œuvre, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ;

- ⑭ « 14° De 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 mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. » ;

1° *bis (nouveau)* Le VI de l'article L. 14-10-3 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce rapport comporte des indicateurs sexués. » ;

- ⑮ 2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 est ainsi rédigé :

- ⑯ « Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales s'effectue dans des conditions prévues par la convention mentionnée à l'article L. 14-10-7-1. » ;

- ⑰ 3° Après l'article L. 14-10-7, il est inséré un article L. 14-10-7-1 ainsi rédigé :

- ⑱ « *Art. L. 14-10-7-1.* – Une convention pluriannuelle signée entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département, dont le contenu est défini par décret, fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, en particulier sur :

- ⑲ « 1° Le versement du concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales, tenant compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de réalisation des objectifs antérieurs ;

- ⑳ « 2° Des objectifs de qualité ;

- ㉑ « 3° Les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1 ;

- ㉒ « 4° Les modalités de versement des autres concours.

- ㉓ « À défaut de convention, le département reçoit les concours définis aux articles L. 14-10-6 et L. 14-10-7. »

## Article 48

- ① Le chapitre IV *bis* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-5, après le mot : « financement », sont insérés les mots : « , ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;
- ③ 2° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-8, après le mot : « régimes », sont insérés les mots : « et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

### Section 3

## Systèmes d'information

### Article 49

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

- ⑨ « 7° Au montant et à la répartition des financements qu'elle a reçus.  
« Le rapport annuel et les données normalisées transmises par les maisons départementales des personnes handicapées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie comportent des indicateurs sexués.
- ⑩ « II. – Aux fins mentionnées au I, les maisons départementales des personnes handicapées recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des usagers.
- ⑪ « III. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités selon lesquelles s'effectue la transmission normalisée des données. »

## Article 50

- ① La section 3 du chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi rétablie :
- ② « *Section 3*
- ③ « *Gestion et suivi statistique*
- ④ « *Art. L. 232-21. – I. –* Chaque département transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données précisées par décret relatives aux dépenses nettes d'allocation personnalisée d'autonomie.
- ⑤ « II. – Le décret mentionné au I précise les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission normalisée de ces données.
- ⑥ « *Art. L. 232-21-1. – I. –* Chaque département transmet au ministre chargé des personnes âgées les données précisées par décret relatives aux décisions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie, ainsi que les informations individuelles relatives aux bénéficiaires.
- ⑦ « II. – Le décret mentionné au I précise les conditions dans lesquelles s'effectue la transmission normalisée de ces données.
- ⑧ « *Art. L. 232-21-2. –* Des informations individuelles relatives aux personnes concernées par les décisions d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement, à l'évaluation de leurs besoins et à l'instruction des demandes sont transmises au ministre chargé des personnes âgées, dans des conditions

prévues par décret, à des fins de constitution d'échantillons statistiquement représentatifs en vue de l'étude des situations et des parcours des personnes figurant dans ces échantillons.

- ⑨ « Art. L. 232-21-3. – I. – Pour l'attribution, la gestion et le contrôle d'effectivité de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-12 et de l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4, ainsi qu'à des finalités statistiques, les départements collectent, tiennent à jour et conservent les données individuelles relatives :
- ⑩ « 1° Aux versements d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources de leurs bénéficiaires ;
- ⑪ « 2° Aux prestations servies en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources des bénéficiaires de l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4 ;
- ⑫ « 3° À l'activité de l'équipe mentionnée à l'article L. 232-6, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises.
- ⑬ « II. – Aux fins mentionnées au I, les départements recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques bénéficiaires, dans des conditions prévues par un décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Art. L. 232-21-4 (nouveau). – Les données et informations mentionnées aux articles L. 232-21 à L. 232-21-3 comportent des indicateurs sexués. »

## Article 51

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

## CHAPITRE II

### Gouvernance locale

#### Section 1

#### La coordination dans le département

#### Article 52

- ① I. – L'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ③ a) Au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- ④ b) Les mots : « atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou » sont supprimés ;
- ⑤ c) À la fin, les mots : « au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » sont remplacés par les mots : « en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » ;
- ⑥ 2° Au second alinéa, les mots : « leur fonctionnement » sont remplacés par les mots : « sa mise en œuvre » et les mots : « méthodes mises en œuvre » sont remplacés par les mots : « moyens déployés » ;
- ⑦ 3° Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- ⑧ « II. – Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode mentionnée au I sont tenus au secret professionnel, dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.
- ⑨ « Toutefois, par dérogation à l'article 226-13 du même code, ils peuvent échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret relatifs à l'état de 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 mentionnée au I du présent article.
- ⑩ « La liste des professionnels et organismes à qui ces informations sont transmises est approuvée par la personne concernée lors de l'expression de

son consentement. La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels ou organismes. Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5 du présent code ou à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées.

- ⑪ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise la nature des informations qui peuvent être transmises, les conditions de cette transmission ainsi que les professionnels et organismes susceptibles d'en être destinataires. »

II (*nouveau*). – Le I de l'article L. 14-10-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa et au *b* du 2, les mots : « des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée » ;

2° Au premier alinéa du 2, les mots : « aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées » sont remplacés par les mots : « à la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée ».

### **Article 53**

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

### **Article 53 bis (*nouveau*)**

L'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée :

« L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les schémas mentionnés à l'avant-dernier alinéa 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. »

### **Article 54**

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

Section 1 *bis*

**Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie**

*(Division et intitulé nouveaux)*

**Article 54 *bis* (nouveau)**

Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le titre IV du livre I<sup>er</sup> est complété par un chapitre XI ainsi rédigé :

« *CHAPITRE XI*

« *Institutions communes aux personnes âgées  
et aux personnes handicapées*

« *Section 1*

« *Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie*

« *Art. L. 14-11-1.* – Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie assure 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, notamment en matière de prévention, d'accessibilité, de logement, de transport, d'accès aux soins et d'accompagnement médico-social, d'accès aux aides humaines ou techniques, d'accès à l'activité physique, aux loisirs, au tourisme et à la culture, de scolarisation et d'intégration sociale et professionnelle.

« À ce titre, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est consulté sur :

« 1° Le schéma régional de prévention mentionné à l'article L. 1434-5 du code de la santé publique et les schémas régional et départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionnés au *b* du 2° et aux 3° et 4° de l'article L. 312-5 du présent code ;

« 2° 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 ;

« 3° Le programme coordonné mentionné à l'article L. 233-1 ;

« 4° Les rapports d'activité de la maison départementale des personnes handicapées prévue à l'article L. 146-3, de la conférence mentionnée à

l'article L. 233-1 et des services du département chargés des personnes âgées, avant leur transmission à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé ;

« 5° 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.

« Il est informé du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat mentionné à l'article L. 302-10 du code de la construction et de l'habitation, 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 bienveillance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département.

« Il transmet, au plus tard le 30 juin de chaque année, au Haut Conseil des familles et des âges de la vie mentionné à l'article L. 141-3 du présent code, au Conseil national consultatif des personnes handicapées mentionné à l'article L. 146-1 et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 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.

« *Art. L. 14-11-2.* – Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est présidé par le président du conseil général. Il comporte des représentants :

« 1° Des personnes âgées, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants ;

« 2° Du département ;

« 3° D'autres collectivités territoriales et d'établissements publics de coopération intercommunale ;

« 4° De l'agence régionale de santé ;

« 5° Des services départementaux de l'État ;

« 6° De l'Agence nationale de l'habitat dans le département ;

« 7° Du recteur d'académie ;

« 8° De la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

« 9° Des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie ;

« 10° Des fédérations des institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale ;

« 11° Des organismes régis par le code de la mutualité ;

« 12° Des autorités organisatrices de transports ;

« 13° Des bailleurs sociaux ;

« 14° Des architectes urbanistes ;

« 15° Des organismes représentant les professionnels et les gestionnaires des établissements et services mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du présent code.

« Toute autre personne physique ou morale concernée par la politique de l'autonomie peut y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

« Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie siège en formation plénière ou spécialisée selon les publics intéressés. Il comporte au moins deux formations spécialisées, respectivement compétentes pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Au sein de chaque formation spécialisée, il est constitué plusieurs collèges, dont au moins un collège des représentants des usagers et un collège des représentants des institutions qui concourt à la coordination de ces dernières sur le territoire. Le collège des représentants des institutions compétent pour les personnes âgées est notamment composé des membres de la conférence prévue à l'article L. 233-1.

« La composition, les modalités de désignation des membres, leur répartition en formations spécialisées et en collèges et les modalités de fonctionnement du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie sont fixées par décret. » ;

2° L'article L. 146-2 est abrogé.

Section 1 *ter*

**Maisons départementales de l'autonomie**

*(Division et intitulé nouveaux)*

**Article 54 *ter* (nouveau)**

Le chapitre XI du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de l'article 54 *bis* de la présente loi, est complété par une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

« **Maisons départementales de l'autonomie**

« Art. L. 14-11-3. – En vue de la constitution d'une maison départementale de l'autonomie, le président du conseil général peut organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées.

« Cette organisation, qui ne donne pas lieu à la création d'une nouvelle personne morale, regroupe la maison départementale des personnes handicapées mentionnée au premier alinéa de l'article L. 146-3 et des personnels et moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Toutefois, sa mise en œuvre est sans incidence sur l'application de la section 2 du chapitre VI du titre IV du livre I<sup>er</sup> et du chapitre I<sup>er</sup> *bis* du titre IV du livre II.

« La constitution d'une maison départementale de l'autonomie 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 mentionné à l'article L. 14-11-1.

« Le président du conseil général transmet chaque année à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données relatives à l'activité et aux moyens de cette organisation, en vue de son évaluation.

« Lorsque cette organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges défini par décret, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie lui délivre le label de maison départementale de l'autonomie, dans des conditions précisées par le même décret. »

## Section 2

### **Organisation du contentieux de l'aide sociale**

#### **Article 55**

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

## TITRE V

### **DISPOSITIONS RELATIVES À L'OUTRE-MER**

#### **Article 56**

- ① Pour l'application de la présente loi :
- ② 1° En Guyane, en Guadeloupe, à La Réunion et en Martinique :
- ③ a) Le chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre V du code de l'action sociale et des familles est complété par des articles L. 521-2 et L. 521-3 ainsi rédigés :

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

conclue au titre de l'aide personnalisée au logement » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;

⑩ 3° À Saint-Pierre-et-Miquelon :

⑪ a) Le chapitre unique du titre III du livre V du code de l'action sociale et des familles est complété par un article L. 531-10 ainsi rédigé :

⑫ « *Art. L. 531-10.* – Le chapitre III du titre III du livre II s'applique dans les conditions prévues au code de la santé publique, notamment à l'article L. 1441-3 du même code.

⑬ « Des décrets en Conseil d'État fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives applicables à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon, notamment celles relatives à la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du présent code. » ;

⑭ b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de l'article 5, n'est pas applicable ;

⑮ c) Les articles 11, 12, 13, 14, 15 et 16 ne sont pas applicables ;

⑯ d) Pour l'application de l'article L. 342-3 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret » ;

⑰ e) L'article 49 est applicable sous réserve des adaptations prévues à l'article L. 531-8 du code de l'action sociale et des familles ;

⑱ 4° À Mayotte :

a) Le II de l'article L. 542-3 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'adoption, à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap, est ainsi modifié :

– au début du premier alinéa du 2°, les mots : « Le deuxième » sont remplacés par les mots : « L'avant-dernier » ;

– le b du même 2° est ainsi rédigé :

« b) Les mots : “service prestataire d’aide à domicile autorisé dans les conditions prévues à l’article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l’article L. 7232-3 du code du travail” sont remplacés par les mots : “service prestataire d’aide à domicile autorisé au titre du 1° de l’article L. 313-1-2” ; »

– le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Le deuxième alinéa de l’article L. 232-7 du code de l’action sociale et des familles n’est pas applicable ; »

– le 6° est ainsi rédigé :

« 6° Le quatrième alinéa de l’article L. 232-15 du code de l’action sociale et des familles n’est pas applicable ; »

a bis) Le même article L. 542-3 est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Le chapitre III du titre III du livre II s’applique dans les conditions prévues aux articles L. 1443-1 à L. 1443-7 du code de la santé publique.

« Le 4° de l’article L. 233-1 du présent code n’est pas applicable. » ;

②8) b) Le 1° de l’article L. 14-10-10 du code de l’action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de l’article 5, n’est pas applicable ;

②9) c) (*Supprimé*)

③1) d) Les articles 11, 12, 13 et 14 de la présente loi ne sont pas applicables ;

③2) e) (*Supprimé*)

③4) f) Le VIII de l’article L. 541-1 du code de l’action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

③5) « Au premier alinéa de l’article L. 116-4, les mots : « ou d’un service soumis à agrément ou à déclaration en application des 2° et 3° de l’article L. 7231-1 du code du travail » et, au deuxième alinéa du même article, les mots : « ainsi qu’aux salariés mentionnés à l’article L. 7221-1 du code du travail accomplissant des services à la personne définis aux 2° et 3° de l’article L. 7231-1 du même code, » ne sont pas applicables. » ;

③6) g) L’article L. 543-3 du code de l’action sociale et des familles est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – À l'article L. 331-8-1, les mots : "ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1" sont supprimés. » ;

③⑦ h) Les articles 26 et 27 de la présente loi entrent en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 conformément à l'article 11 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte ;

③⑧ i) Les articles 33 et 37 de la présente loi ne sont pas applicables ;

*i bis) (nouveau)* Au VII de l'article L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014 précitée, les références : « *a* et le deuxième alinéa du *b* du II » sont remplacées par les références : « 1° et le second alinéa du 2° du II » ;

③⑨ j) Après le IX de l'article L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un IX bis ainsi rédigé :

« IX bis. – Pour l'application de l'article L. 313-11-1 du présent code, les mots : "services relevant de l'article L. 313-1-2" sont remplacés par les mots : "~~services d'aide et d'accompagnement à domicile~~ mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, autorisés au titre de l'article L. 313-1". » ;

④⑩ k) Pour l'application du premier alinéa de l'article 32, les mots : « les services mentionnés au 2° de l'article L. 313-1-2 du même code et, le cas échéant, » sont supprimés ;

④⑪ l) Le *b* du 3° du I et les II et III de l'article 39 ne sont pas applicables ;

④⑫ m) Le I de l'article L. 543-4 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014 précitée, est ainsi rétabli :

④⑬ « I. – À l'article L. 342-3, les mots : "prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale" sont remplacés par les mots : "prévu à l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte" et les mots : "conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement" sont remplacés par les mots : "dans des conditions prévues par décret". » ;

④⑭ n) (*Supprimé*)

④⑤ o) Après le VI de l'article L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un VI bis ainsi rédigé :

« VI bis. – Pour l'application de l'article L. 313-1-1 du présent code, la référence : "13<sup>o</sup>" est supprimée. » ;

④⑥ *p) (Supprimé)*

④⑦ *q) L'article 49 entre en vigueur dans les conditions prévues au 3<sup>o</sup> de l'article 10 de l'ordonnance n<sup>o</sup> 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles au Département de Mayotte, et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ;*

④⑧ *r) (Supprimé)*

④⑨ *s) Le IX de l'article L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

⑤⑩ « Des décrets en Conseil d'État fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives relatives à la conférence des financeurs prévue à l'article L. 233-1. »

## **Article 57**

① L'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

② 1<sup>o</sup> Le premier alinéa du I est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

③ « I. – Les concours mentionnés au III de l'article L. 14-10-5 sont répartis, dans les conditions précisées au présent article, selon des modalités fixées par décrets en Conseil d'État pris après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

④ « II. – Le concours mentionné au même III destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation est réparti entre les départements, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

⑤ « Cette quote-part est calculée en appliquant au montant total du concours destiné à couvrir cette dépense le double du rapport entre, d'une part, le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 et de l'allocation compensatrice pour tierce personne

mentionnée à l'article L. 245-1, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, dans les collectivités d'outre-mer mentionnées au présent II et, d'autre part, le nombre total de bénéficiaires de ces prestations au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué.

- ⑥ « III. – Le solde du concours mentionné au II et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis en fonction de tout ou partie des critères suivants : » ;
- ⑦ 2° Après le *f* du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑧ « En l'absence de potentiel fiscal prévu à l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours relatif à l'installation et au fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées est déterminé en retenant pour les collectivités concernées une valeur nulle de ce même potentiel. » ;
- ⑨ 3° Après le I, il est inséré un IV ainsi rédigé :
- ⑩ « IV. – La quote-part calculée dans les conditions définies au II est répartie entre les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon en fonction des critères mentionnés aux *a* à *e* du III. » ;
- ⑪ 4° Le II est ainsi modifié :
- ⑫ – au début du premier alinéa, la mention : « II. – » est remplacée par la mention : « V. – » ;
- ⑬ – à la première phrase du premier alinéa et au deuxième alinéa, la référence : « I » est remplacée par la référence : « III ».

## TITRE VI

### DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

#### Article 58

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

#### Article 59

Le 3<sup>o</sup> de l'article 4 entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

#### Article 60

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

II (*nouveau*). – Les autorisations des résidences autonomie relevant du III de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles qui viennent à échéance avant la date d'expiration du délai prévu au I du présent article sont prorogées jusqu'à deux ans après cette date. Ces établissements procèdent à l'évaluation externe prévue au cinquième alinéa de l'article L. 312-8 du même code au plus tard un an après l'échéance prévue au présent article. Cette évaluation porte notamment sur leur capacité à mettre en œuvre les prestations minimales prévues au deuxième alinéa du III de l'article L. 313-12 dudit code. Au cours de la durée prévue au présent article, l'établissement communique les résultats d'une évaluation interne au sens de l'article L. 312-8 du même code.

#### Article 61

Les 1<sup>o</sup> A, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> de l'article 14 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour les bailleurs propriétaires de plus de 1 000 logements constitutifs de

logements-foyers ou de centres d'hébergement et de réinsertion sociale à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2015, et le 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour les autres bailleurs.

### **Article 62**

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

### **Article 63**

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

### **Article 64**

- ① Les conditions d'application de l'article L. 443-11 du code de l'action sociale et des familles aux personnes qui disposent, à la date de publication

de la présente loi, de l'agrément prévu à l'article L. 441-1 du même code sont prévues par décret.

- ② Les II et III de l'article 39 de la présente loi entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **Article 65**

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

### **Article 66**

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

### **Article 67 (nouveau)**

L'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'adoption, à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap est ratifiée.

### **Article 68 (nouveau)**

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, 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.

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 17 septembre 2014.*

*Le Président,*  
*Signé : CLAUDE BARTOLONE*



## ANNEXE À L'ARTICLE 2

### PROJET DE RAPPORT ANNEXÉ AU PROJET DE LOI RELATIF À L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

#### SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	81
<b>Volet 1 : Anticipation et prévention</b>	85
1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie	86
1.1. Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière	86
1.2. Faire de la prévention l'affaire de tous	87
1.3. Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du « bien-être » des personnes âgées	88
2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités	88
2.1. Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités	89
2.2. Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA	89
2.3. Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés	90
2.4. Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés	91
2.5. Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé	92
3. Faire connaître et mieux financer les aides techniques – développer les actions collectives de prévention	95
4. Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local	96
5. Réguler le marché de l'assurance dépendance	97

<b>Volet 2 : Adaptation de la société au vieillissement</b>	<b>98</b>
1. Installer la révolution de l'âge dans toutes les politiques publiques	99
1.1. Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux-vieillir	100
1.1.1. Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation	100
1.1.2. Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention	101
1.1.3. Diversifier l'offre de logements	104
1.1.4. Préparer l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées	106
1.2. Faire place à l'âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle	106
2. Saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi	109
2.1. Faire de la France un leader mondial de la « Silver économie »	110
2.2. Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement	112
3. Consacrer la place des âgés et reconnaître leur rôle fondamental dans la société	114
3.1. Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés	114
3.2. Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés	115
3.3. Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées	117
4. Affirmer les droits et libertés des âgés	118
4.1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés	118
4.2. Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement	119
4.3. Accompagner l'expression du consentement des personnes	120
4.4. Protéger les personnes vulnérables	120

<b>Volet 3 : Accompagner la perte d'autonomie</b>	122
1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent	123
1.1. Réformer l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile	123
1.2. Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile	126
2. Soutenir les aidants	128
2.1. Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie	129
2.2. Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants	130
2.3. Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle	131
3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain	131
4. Mieux accompagner la fin de vie	134
5. Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial	135
5.1. Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire	135
5.2. Encourager le déploiement de l'accueil familial	136
6. Simplifier les outils de pilotage de l'offre sur le territoire	137
<b>Volet 4 : La gouvernance</b>	138
1. Au niveau national : une participation des âgés renforcée au service d'une politique du vieillissement plus transversale	139
1.1. Créer un Haut Conseil de l'âge contribuant à élaborer cette politique globale	139
1.2. Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale	139
1.3. Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation	140
2. Au niveau local : une meilleure coordination des acteurs au service des âgés	141



## INTRODUCTION

- ① La France est engagée dans un processus de transition démographique, caractérisée par une augmentation de la longévité des Français et par une croissance forte et continue des classes d'âge les plus élevées. Les personnes de 60 ans ou plus sont aujourd'hui 15 millions, elles seront 18,9 millions en 2025 et près de 24 millions en 2060 (INSEE). Le nombre des personnes de plus de 85 ans va presque quadrupler d'ici 2050, passant de 1,4 million aujourd'hui à 4,8 millions. En 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans.
- ② Alors que notre pays connaît depuis plusieurs années l'un des plus forts taux de natalité en Europe, cette « révolution de l'âge » n'est pas la marque d'un déclin, mais bien au contraire le signe d'un progrès considérable pour la société française. L'augmentation de l'espérance de vie permet à un grand nombre de Français de vivre plus longtemps et en meilleure santé. Les Français vivent aujourd'hui plus de 80 ans en moyenne, contre 47 ans en 1900. L'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité progresse rapidement : elle était de 63,5 ans en 2010 pour les femmes, contre 62,4 ans quinze ans plus tôt, et de 61,9 pour les hommes, contre 60 ans auparavant. Pour la première fois, deux générations coexistent dans le champ de l'âge : l'âge et le grand âge, chacun avec ses défis propres.
- ③ Pour la puissance publique, il s'agit désormais de répondre aux besoins entraînés par le vieillissement de la population, y compris pour les personnes en situation de handicap, sur l'ensemble du territoire. Trois rapports ont été remis au Premier ministre le 11 mars 2013 : celui du comité Avancée en âge présidé par le docteur Aquino, « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », celui de Martine Pinville, « Relever le défi politique de l'avancée en âge – Perspectives internationales », et celui de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, présidée par Luc Broussy, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population – France : année zéro ! ». Ils ont tracé des pistes concrètes et opérationnelles pour adapter la société au vieillissement, dont la présente loi s'est beaucoup inspirée.
- ④ La réponse au défi de la « révolution de l'âge » doit avoir un caractère universel : tout le monde est concerné par l'âge. Alors que les politiques de l'âge se sont construites par étapes successives, l'ambition du Gouvernement est aujourd'hui de les remettre en cohérence, d'impulser une dynamique et d'assurer l'égalité de tous les citoyens face au risque de perte d'autonomie.

- ⑤ Cette « révolution » est aussi porteuse de croissance, génératrice d'un développement économique au service des besoins et aspirations des plus âgés. La longévité de la population française représente un fort potentiel de création d'emplois de service mais aussi d'emplois industriels.
- ⑥ La révolution de l'âge constitue un défi majeur : notre société doit s'adapter, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires, et le plus longtemps possible, de ce formidable progrès porté par l'allongement de l'espérance de vie. Elle doit s'adapter pour donner toute leur place aux âgés, véritable colonne vertébrale pour la cohésion sociale et citoyenne, compte tenu de leur contribution essentielle à la solidarité familiale, au lien social et à l'engagement citoyen. La question de l'image se pose également fortement, alors que l'âge est trop souvent associé à une ou plusieurs maladies. Les représentations sont fortes et ancrées dans les esprits, il faut les dépasser.
- ⑦ Le Gouvernement entend promouvoir cette vision positive de l'âge, au bénéfice de toutes les générations. Susciter l'engagement et améliorer l'accompagnement des âgés, c'est porter un modèle de société plus fraternelle, plus apaisée et réconciliée avec les plus fragiles, qui ne repose pas sur les valeurs du plus fort, du plus jeune ou du plus rapide, mais s'inscrit dans une mémoire et se projette dans la durée. En cela l'adaptation de la société au vieillissement comporte une dimension éthique et sociétale majeure en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle.
- ⑧ Ceux pour lesquels l'âge signifie l'entrée dans la perte d'autonomie attendent que l'on réponde à leurs besoins et qu'on les accompagne. Cet accompagnement doit s'inscrire dans un projet de vie qui intègre pleinement l'expression des désirs et des attentes de la personne jusqu'à la fin de sa vie.
- ⑨ La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 a représenté un progrès majeur pour les personnes âgées et un changement profond dans la manière d'aborder l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les moyens consacrés à l'aide et aux soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées ont également été renforcés depuis, notamment via la « médicalisation ». Dix ans plus tard, il convient d'aller plus loin, en renforçant l'APA à domicile, en prenant mieux en compte l'environnement et l'entourage de la personne dans la définition des plans d'aide et en développant les actions de prévention.
- ⑩ Tous les acteurs du médico-social sont bien sûr appelés à se mobiliser ; les conseils généraux, l'État, les agences régionales de santé (ARS), dont le

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

- ⑪ La coordination accrue des différents intervenants institutionnels auprès des personnes âgées, comme des personnes handicapées, constitue un enjeu essentiel qui doit être abordé en cohérence avec les orientations de la réforme territoriale. C'est la raison pour laquelle ce projet ne comporte pas à ce stade de dispositions en la matière. Elles seront néanmoins au centre des évolutions futures de façon à renforcer tant les politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie.
- ⑫ Le Gouvernement a fait le choix d'une loi d'orientation et de programmation, inscrivant la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et transversal, embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge et confortant le choix d'un financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie. L'action qui s'engage sera globale, pérenne et mobilisera la société toute entière.
- ⑬ La politique d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers indissociables :
- ⑭ **1° L'anticipation** : pour prévenir la perte d'autonomie, au plan individuel et collectif. L'âge est un facteur d'accélération d'inégalités sociales et de santé qui entraînent un risque accru de perte d'autonomie. Prévenir et repérer les facteurs de risque est essentiel et permettra, d'une part, de proposer, chaque fois que nécessaire, des programmes de prévention adaptés et, d'autre part, de faciliter le recours aux aides techniques pour retarder la perte d'autonomie. Pour notre société, il s'agit d'anticiper, au lieu de subir, le vieillissement de nos concitoyens, dont les effets sur l'autonomie ne sont pas une fatalité ;

- ⑮ **2° L'adaptation** de notre société : L'âge ne doit pas être facteur de discrimination ou d'exclusion : il faut changer le regard sur le vieillissement. Cela passe par la création de liens sociaux nouveaux, en rapprochant les générations, mais aussi par la réaffirmation des droits des âgés pour qu'ils ne soient pas ignorés. Il convient de repenser toutes les politiques publiques, en particulier celles du logement, de l'urbanisme et des transports, mais aussi des droits des âgés, de leur engagement civique... Les villes, et plus largement les territoires, doivent être incités à prendre en compte l'augmentation du nombre d'âgés dans leur développement. Il faut favoriser en France l'innovation technologique, la production d'équipements domotiques, pour répondre aux besoins des âgés et encourager la structuration d'une filière industrielle, car le vieillissement représente un levier remarquable pour la société en termes d'emplois, de développement industriel et de croissance ;
- ⑯ **3° L'accompagnement** de la perte d'autonomie. La priorité est de permettre à ceux qui le souhaitent de vivre à domicile dans de bonnes conditions : c'est la préférence des âgés et des familles. Un acte II de l'APA à domicile, plus de dix ans après sa création, est donc nécessaire pour renforcer les possibilités d'aide et en diminuer le coût pour les familles. De plus, les aidants, les familles ou les proches, qui sont souvent le pivot du soutien à domicile, doivent être mieux reconnus et mieux soutenus. Les âgés et leurs aidants doivent pouvoir compter sur une information claire et accessible, sur une orientation pertinente qui respecte leur liberté de choix et sur une réponse en matière d'aide et un accompagnement garantis sur l'ensemble du territoire. La présente loi fixe également les grandes orientations à moyen terme de l'offre en établissement.
- ⑰ Ces trois volets assurent la cohérence de la politique de l'âge portée par le Gouvernement. La personne âgée et sa famille sont au cœur de chacun de ces volets et de chacune des dispositions de la présente loi : leurs attentes, leurs projets, leurs besoins, leur participation aussi, avec l'enjeu déterminant d'une meilleure prise en compte de la parole et de la place des âgés dans l'élaboration des politiques publiques.
- ⑱ Cette politique ambitieuse s'appuiera sur la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), soit un montant estimé à 645 millions d'euros par an. Le volet « accompagnement de la loi » vise, en particulier, à rendre effectif le droit des âgés à vivre à leur domicile dans de bonnes conditions. Pour concrétiser cet engagement, 375 millions d'euros supplémentaires seront consacrés chaque année à l'APA à domicile.

⑲ La CASA répondra donc bien à sa vocation et sera pleinement affectée à l'adaptation de la société au vieillissement dans toutes ses dimensions.

⑳

## **VOLET 1 : ANTICIPATION ET PRÉVENTION**

㉑ La prévention est le moteur de la politique de l'âge. L'avancée en âge est inexorable mais elle est prévisible, collectivement comme individuellement. Depuis plusieurs décennies, les courbes démographiques dessinent une évidence. Progrès scientifiques, médicaux et technologiques autorisent aujourd'hui à l'optimisme de la volonté : la perte d'autonomie n'est pas inéluctable.

㉒ La révolution de l'âge est parallèle à la révolution numérique et elle se fera grâce à son apport. L'accès à large dimension aux aides techniques de l'autonomie fera entrer la politique de l'âge dans le XXI<sup>e</sup> siècle. Les financements apportés permettront à tous d'y accéder et concourront à réduire les inégalités sociales creusées par la vieillesse.

㉓ L'anticipation est la toute première priorité.

㉔ Il n'y a pas de fatalité : il est des situations sur lesquelles nous pouvons et devons agir pour préserver l'autonomie, pour faire reculer la perte d'autonomie dite « évitable » en repérant et en combattant plus tôt les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être.

㉕ Nous ne sommes pas égaux devant la perte d'autonomie : certains risquent plus que d'autres de rencontrer des difficultés, parce que leur parcours de vie les a exposés à des risques plus lourds, parce qu'ils n'ont pas eu les moyens de préserver leur santé. Les inégalités sociales marquent aussi de leur empreinte le grand âge, et le risque de perte d'autonomie est plus grand pour ceux qui sont les moins favorisés. La volonté de développer la prévention rejoint l'ambition du Gouvernement de faire de la lutte contre les inégalités sociales une priorité, à travers le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale mais aussi les orientations de la stratégie nationale de santé.

㉖ Les enjeux de la transition démographique et de la prise en charge de la perte d'autonomie à moyen terme peuvent être abordés avec confiance si une véritable culture de la prévention s'impose auprès du grand public et de l'ensemble des acteurs directement concernés : âgés, familles, aidants, professionnels, bénévoles, etc.

②7 En lien étroit avec la stratégie nationale de santé, qui met le vieillissement de la population au cœur de ses priorités, une politique de prévention graduée sera mise en œuvre pour que chacun puisse mesurer l'impact de ses comportements sur les conditions de son avancée en âge. Elle comprendra aussi bien des actions d'éducation à la santé que des programmes ciblés.

②8 Cette politique nationale de prévention, qu'elle soit primaire – tout au long de la vie –, secondaire – face à l'apparition des premiers signes de fragilité –, voire tertiaire – pour prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie –, doit être globale. Elle s'adresse à tous, et en particulier à tous les âgés, quel que soit leur niveau de perte d'autonomie, qu'ils soient ou non bénéficiaires de l'APA.

### ②9 **1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie**

③0 Chacun doit prendre à bras le corps son vieillissement et ses conséquences.

③1 L'avancée en âge peut être anticipée très tôt, dès la vie active, avec l'appui des employeurs qui ont une responsabilité dans la préparation du vieillissement de leurs salariés.

③2 Le passage à la retraite est un moment clé, une occasion de remobilisation sur un projet plus personnel ou un engagement auprès de la société. À cette première étape en succèderont d'autres, représentant chaque fois un moment privilégié de repenser son projet de vie. Car la vieillesse n'est pas homogène, mais au contraire plurielle : il y a l'âge où l'on est « âgé sans être vieux », qui renvoie à l'âge de la retraite, mais aussi de la grand-parentalité, puis l'âge de la vieillesse, où les fragilités apparaissent, enfin le grand âge.

③3 Une politique globale d'information et d'éducation à l'avancée en âge sera mise en œuvre pour l'ensemble de la population dans le cadre d'un plan d'actions national et interministériel et auquel le Haut Conseil de l'âge nouvellement créé prendra toute sa part (cf. volet gouvernance). Un accent particulier sera mis sur le développement de l'activité physique et sportive et sur le lien social.

#### ③4 **1.1. Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière**

③5 L'accompagnement du vieillissement au travail permet de prévenir la perte d'autonomie aux moments-clés que représentent la fin de carrière et le passage à la retraite. Cet accompagnement doit éviter que n'interviennent

des ruptures susceptibles de fragiliser des parcours de vie déjà difficiles et favoriser au contraire une transition harmonieuse vers une « troisième vie ».

③⑥ Une mobilisation dans le cadre de la santé au travail est nécessaire afin d'améliorer l'accompagnement du vieillissement au travail. Cette mobilisation pourrait s'appuyer sur des outils de droit commun du dialogue social et de la politique de l'emploi, ou encore sur les contrats de génération, lesquels pourraient intégrer le cas échéant des actions d'accompagnement des seniors exerçant une activité professionnelle. Cette orientation va dans le sens de la feuille de route de la conférence sociale de juillet 2012 prévoyant de renforcer la prévention de la pénibilité et le maintien dans l'emploi des seniors.

③⑦ Au moment où ils s'apprêtent à prendre leur retraite, les assurés qui rencontrent des difficultés sociales pourront bénéficier de « rendez-vous avec la République » grâce aux entretiens que les caisses de retraite développeront à destination des publics en situation de fragilité, dans le cadre de leurs prochaines conventions d'objectifs et de gestion (COG).

③⑧ En particulier, les personnes handicapées vieillissantes (actives ou non, avec une attention particulière pour les personnes sans emploi au moment de l'âge de la retraite) pourraient utilement bénéficier de mesures coordonnées de prévention de la perte d'autonomie et de prévention des périodes d'interruption des droits.

③⑨ La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) s'engage notamment à expérimenter, avant la fin de la COG (2017), un « passage accompagné » à la retraite pour les publics fragilisés, assorti d'une proposition de demande de minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA). Afin d'éviter les interruptions de droits et des périodes sans ressources, des solutions d'automatisation seront également étudiées.

## ④⑩ **1.2. Faire de la prévention l'affaire de tous**

④⑪ Il est nécessaire d'offrir au plus grand nombre toutes les informations utiles pour accompagner le changement des comportements favorables à la préservation de l'autonomie : âgés, aidants familiaux ou professionnels, bénévoles, services publics, etc. C'est un effort d'éducation au bien vieillir qui doit être engagé, sur l'ensemble des priorités nationales définies, pour permettre à tous de « savoir pour pouvoir ». En lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les caisses de retraites mettront en ligne un portail dédié à la préservation de l'autonomie, articulé avec le portail plus général porté par la Caisse nationale de solidarité pour

l'autonomie (CNSA). Cette information devra également être relayée dans les écoles, les administrations, les entreprises, les services publics, etc., pour que la mobilisation soit la plus universelle possible.

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

④③ La prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement de l'allongement de la vie sont un des grands défis à relever dans notre société. La mission des gérontopôles est de rapprocher et de dynamiser autour du vieillissement les acteurs de la recherche, du soin (à l'hôpital, en ville, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise. Ils faciliteront le transfert de la recherche, du développement technologique (« Silver économie ») vers le soin, le médico-social et les services apportés aux âgés.

④④ Ils s'inscriront dans les orientations définies par la stratégie nationale de santé et l'agenda stratégique de la recherche « France-Europe 2020 ». D'ores et déjà, parmi les axes forts proposés par l'alliance Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé), la problématique de la recherche sur le vieillissement normal et pathologique a été mise en avant, avec comme axes prioritaires la longévité (génomique et organisme), les neurosciences et les fonctions cognitives, la qualité de vie et la perte d'autonomie (pour pallier l'isolement, les risques et le handicap).

④⑤ Sur cette thématique, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a demandé à l'Agence nationale de la recherche d'organiser majoritairement son plan d'action 2014 autour de neuf grands défis sociétaux, parmi lesquels le défi « santé – bien-être » dont le vieillissement est un sous-axe. Il a également, avec les ministères chargés du redressement productif et des personnes âgées et de l'autonomie, encouragé les réflexions permettant de construire une contribution française forte à un projet de KIC (*Knowledge and Innovation Communities*) « Vieillesse active et en bonne santé », dont le lancement est prévu mi-février 2014 dans le cadre de l'Institut européen de technologie.

④⑥ **2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités**

④⑦ Le repérage des fragilités et la meilleure connaissance du vieillissement issue des travaux de recherche doivent conduire à innover et à imaginer d'autres manières de préserver l'autonomie et d'anticiper les effets négatifs de l'âge. Les actions prioritaires de la politique de prévention portent sur le repérage des fragilités le plus en amont possible

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

**④8 2.1. Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités**

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

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

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

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

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

**⑤4 2.2. Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA**

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

⑤⑥ De ce constat est née la Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés (MONALISA). Le déploiement de cette mobilisation nationale sera fortement soutenu et s'inscrira dans les grands chantiers suivis par le nouveau Haut Conseil de l'âge.

⑤⑦ Cette mobilisation nationale consiste pour les nombreuses parties prenantes (associations, collectivités territoriales, centres communaux d'action sociale (CCAS), caisses de retraite primaires et complémentaires, mutuelles, la CNSA, l'Agence du service civique, etc.) à mener un programme d'émergence et de déploiement d'équipes de citoyens bénévoles, de façon à mieux répondre aux besoins, en particulier sur les lieux où il n'existe pas encore d'actions ou auprès de personnes particulièrement fragilisées (migrants ou personnes séropositives qui avancent en âge par exemple). Pour valoriser les équipes, leurs actions et faciliter le soutien des partenaires, une charte MONALISA permettra aux « opérateurs d'équipes », existants ou à venir, de se reconnaître et de s'inscrire dans cette cause commune. L'Agence du service civique poursuivra dans les années à venir son effort de mobilisation de jeunes sur le champ de la lutte contre l'isolement.

⑤⑧ En outre, avoir une attitude active vis-à-vis de l'univers du numérique est un facteur démontré de prévention de l'autonomie. Il faut permettre à tous d'y avoir accès et éviter une nouvelle « fracture » entre ceux qui disposent des moyens d'accéder à l'information et de s'équiper et les autres. La mobilisation MONALISA ne négligera pas cet aspect.

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

⑥⑩ Dans le prolongement des actions engagées avec le programme national nutrition-santé (PNNS), la promotion de bonnes pratiques de nutrition, la lutte contre la dénutrition des grands âgés ainsi que la promotion de l'activité physique sont des priorités pour agir sur les comportements et améliorer la qualité de vie des âgés.

⑥⑪ Le programme national de prévention de la perte d'autonomie, qui sera élaboré par le ministère chargé des personnes âgées en lien avec le Haut Conseil de l'âge, déclinera les priorités des pouvoirs publics autour de ces composantes essentielles de la prévention. Il prévoira le renforcement des compétences et des organisations hospitalières en matière de nutrition pour les personnes âgées accueillies en établissement et sera ambitieux sur le développement de l'activité physique.

⑥2 La lutte contre la sédentarité permet de préserver la santé des aînés, de réduire la multiplication des soins et de prévenir la perte d'autonomie ou son aggravation. La pratique sportive permet également de rompre l'isolement social et de renforcer les liens intergénérationnels.

⑥3 Les mesures relatives à la promotion et au développement des activités physiques et sportives ciblées sur les âgés, qui s'appuient notamment sur les recommandations du groupe de travail présidé par le professeur Daniel Rivière, « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés » (2013), seront intégrées au programme national de prévention de la perte d'autonomie. Elles se concentrent sur quatre objectifs : le développement à l'échelon territorial de l'offre de pratique physique ou sportive pour les personnes âgées, quel que soit leur niveau d'autonomie et leur lieu d'hébergement, en s'appuyant sur les collectivités territoriales et les réseaux « sport-santé » ; la sensibilisation du public, en portant une attention particulière aux personnes défavorisées ; la formation des professionnels ; l'accueil adapté des âgés dans les établissements d'activités physiques et sportives.

⑥4 Parmi les différentes actions qui seront conduites, la constitution d'un réseau de professionnels (éducateurs sportifs, professionnels du social, kinésithérapeutes, infirmières...) sera encouragée, notamment autour des médecins traitants. Ce réseau assurera une prise en charge coordonnée de la personne, lui permettant d'adhérer à une pratique physique ou sportive régulière et adaptée, accessible même aux plus démunis (aide à la prise en charge financière des abonnements de location de vélo ou d'entrée dans les piscines par exemple). Dans le cadre de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE), les entreprises, comme les administrations et collectivités territoriales, seront incitées à faciliter pour leurs salariés et agents la pratique physique ou sportive et à les accompagner au cours de la fin de leur activité professionnelle vers une retraite physiquement active.

⑥5 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et les maisons de retraite médicalisées seront encouragés à développer la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée, encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé.

#### ⑥6 **2.4. Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés**

⑥7 Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la part de la population la plus exposée au risque de décès par suicide. En France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28 % au moins ont concerné des

personnes de 65 ans et plus (CepiDc-Inserm). En outre, la personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte, comme en témoignent les moyens radicaux employés signes d'une grande désespérance : précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison. C'est ce qui explique que le taux d'échec des tentatives des âgés soit beaucoup plus bas que pour les autres groupes d'âge.

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

⑥9 1° Développer les savoirs grand public et professionnels sur les questions relatives au processus suicidaire des personnes âgées, au travers notamment de la formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat, de la formation des professionnels au repérage de la crise suicidaire ou encore de la formation des écoutants téléphoniques sur les numéros d'écoute dédiés ;

⑦0 2° Structurer dans les territoires la collaboration entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie pour améliorer la prise en charge, en proposant, par exemple, un cahier des charges d'amélioration de la prise en charge, du repérage à l'accompagnement du patient et de son entourage ;

⑦1 3° Développer et mettre en œuvre un programme d'études et de recherche sur le suicide des personnes âgées. Ces actions seront la déclinaison pour les personnes âgées de l'action nationale développée par l'Observatoire du suicide.

## ⑦2 **2.5. Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé**

⑦3 La future loi de santé issue de la stratégie nationale de santé (SNS) complètera les dispositions de la présente loi, en particulier pour les aspects relatifs à la prévention de la perte d'autonomie et à l'adaptation du système de santé au vieillissement. La SNS porte trois grandes priorités : anticiper les deux grands défis auxquels est confronté notre système de santé que sont le vieillissement de la population et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et préserver le financement solidaire de la protection

sociale. Le recours aux soins des personnes âgées sera ainsi amélioré, tant par des mesures de droit commun que par des dispositions intéressant spécifiquement les personnes âgées.

⑦④ – *Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé*

⑦⑤ L'âge aggrave les inégalités sociales de santé. Pour favoriser l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a pris des engagements importants dont l'encadrement des dépassements d'honoraires médicaux et l'accès à une complémentaire santé. La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit d'ores et déjà une augmentation de cinquante euros de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour ses bénéficiaires âgés de plus de 60 ans.

⑦⑥ Sur le plan des inégalités territoriales de santé, et dans le cadre du pacte territoire santé, le renforcement de l'offre de soins de proximité et la lutte contre les déserts médicaux doivent garantir une offre de soins accessible à tous et notamment aux personnes en situation de perte d'autonomie et/ou atteintes d'une maladie chronique. Les diverses mesures mises en œuvre dans le cadre de ce pacte, comme les incitations à l'installation des professionnels dans les zones en déficit d'offre de soins, le renforcement de la coopération entre les acteurs ou la promotion de tous les outils de télémédecine ou de télé-expertise au bénéfice des patients isolés, contribueront au renforcement des dispositifs de prise en charge des personnes âgées qui résident dans des zones où l'offre de soins est discontinuée, notamment en zone rurale.

⑦⑦ Concernant l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a fait des avancées importantes avec la lutte contre les dépassements d'honoraires, l'engagement de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité d'ici 2017, le renforcement de la qualité des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé et l'augmentation de cette aide adoptée dans le cadre de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 précitée. Ces mesures bénéficieront ainsi aux personnes âgées à faibles ressources.

⑦⑧ – *Rester en bonne santé pour bien vieillir : priorité à la prévention*

⑦⑨ Pour préserver le meilleur état de santé possible avec l'avancée en âge et lutter contre les facteurs de perte d'autonomie, la SNS repose sur trois priorités spécifiques en matière de prévention à l'attention des personnes âgées : santé visuelle, santé auditive, santé nutritionnelle et bucco-dentaire. En effet, la perte d'autonomie résulte souvent d'une dégradation de la santé

visuelle ou auditive des personnes, atténuant leurs interactions avec leur environnement pour les placer progressivement dans une situation d'isolement social.

⑧⑩ – *Adapter notre système de santé au vieillissement*

⑧⑪ La SNS se fixe pour objectif la mise en œuvre d'une médecine de parcours, conformément aux orientations de l'avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie du 22 mars 2012. La médecine de parcours assure une meilleure articulation entre les différents acteurs des champs sanitaire, médico-social et social dans la prise en charge d'une personne âgée. Il s'agit à la fois de lutter contre le renoncement aux soins et les ruptures de prise en charge ou d'observance thérapeutique et de favoriser des prises en charge optimales et coordonnées autour des besoins de la personne.

⑧⑫ Le lancement des expérimentations de parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), prévues par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2013, illustre l'engagement du Gouvernement pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. La poursuite du déploiement des dispositifs MAIA, méthode de travail déployée dans un objectif d'intégration des réponses d'aides et de soins offertes aux âgés, va dans le même sens. Un plan spécifique sera élaboré pour la prise en charge des patients atteints de maladies neuro-dégénératives, qui capitalisera les avancées des plans Alzheimer antérieurs, dont le caractère transversal, de la recherche à l'accompagnement social, fut l'une des conditions de la réussite. Cet élargissement à d'autres maladies, comme celle de Parkinson par exemple, sera réalisé dans le respect des besoins propres à chacun. En effet, les réponses ne peuvent être standardisées, mais doivent être adaptées à la spécificité des troubles que connaissent les personnes. Il s'agit donc de concilier une plus grande ouverture de nos structures avec l'impératif de prendre en considération chaque situation dans ce qu'elle a de singulier.

⑧⑬ – *Agir pour le bon usage du médicament*

⑧⑭ Selon la HAS, 67 % des personnes de 65 ans et plus ont acquis au moins un produit pharmaceutique en un mois contre 35 % pour les moins de 65 ans. Cette proportion augmente avec l'âge. La polymédication est par ailleurs responsable de 10 à 20 % d'hospitalisations chez les 65 ans et plus.

⑧⑮ Inspiré notamment des préconisations du rapport de Philippe Verger « La politique du médicament en EHPAD », un plan d'action volontariste sera engagé pour favoriser le bon usage du médicament chez les patients

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

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

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

⑧8 Un comité de suivi regroupera l'ensemble des partenaires concernés.

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

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

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

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

⑨② Pour répondre à ces enjeux, la présente loi crée une nouvelle aide permettant de solvabiliser l'accès aux aides techniques et aux actions collectives, ciblée sur les âgés les plus modestes. Elle permettra, sous conditions de ressources, dans une enveloppe fermée, d'apporter une réponse immédiate et déterminante pour faciliter la vie à domicile des âgés. Le champ des aides et actions ainsi solvabilisables est large pour pouvoir, au cas par cas, agir sur l'ensemble des déterminants du maintien à domicile et de la préservation de l'autonomie (aides techniques, téléassistance, petits aménagements du logement, domotique, actions collectives de prévention, etc.).

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

⑨④ Beaucoup d'acteurs sont engagés dans des actions de prévention de la perte d'autonomie (conseils généraux, ARS, CCAS, caisses de retraite, associations, services d'aide à domicile...), et l'État ne peut que les inciter à s'impliquer davantage dans ce domaine. Toutefois, l'objectif de faire monter en puissance les politiques de prévention suppose de définir des stratégies régionales et locales mieux coordonnées, à la fois dans leur cible, leur contenu (cf. aides techniques) et dans leur déploiement territorial. L'État contribuera à favoriser cette dynamique, en tant que chef de file de l'action gérontologique. Il confortera également le rapprochement au niveau national, de l'action sociale des caisses de retraite.

⑨⑤ – *Favoriser la mise en place de stratégies locales de prévention, assurant un meilleur accès aux aides techniques et le développement d'actions collectives*

⑨⑥ La présente loi prévoit la mise en place d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (cf. partie gouvernance). Cette conférence réunit, sous la présidence du conseil général, tous les acteurs du financement de la prévention. Cette organisation permettra une amélioration de la visibilité de l'existant et

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

- ⑨⑦ – *Conforter la coordination de l'action sociale des régimes de retraite*
- ⑨⑧ Les régimes de retraite de base, ainsi que les régimes complémentaires, ont un rôle très actif en matière d'action sociale et de prévention. Une étape importante et indispensable dans cette meilleure coordination des actions de prévention consiste à développer une approche commune aux régimes de retraite de base en direction de chaque retraité, quel que soit le régime auquel il est rattaché. Ce rapprochement a été engagé depuis 2011, entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI). Les trois caisses nationales ont initié une nouvelle étape de la dynamique inter-régimes en signant une convention qui définit les principes d'un « socle commun ». Sur cette base, il est nécessaire d'aller plus loin. La présente loi prévoit la signature, par ces trois caisses nationales et l'État, d'une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs de la politique coordonnée de préservation de l'autonomie, conduite dans le cadre de l'action sociale de ces régimes. Cette convention pourra être élargie à d'autres caisses de retraite de base ou complémentaires.

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

- ⑩⑩ Le Gouvernement fait de la solidarité nationale le fondement de la présente loi et, en particulier, de la réforme de l'accompagnement. Ce choix de société permet de faire face au risque social que représente la perte d'autonomie.
- ⑩① Toutefois, dans une perspective d'anticipation individuelle, chacun peut décider de faire également appel à une assurance privée. Fin 2010, 5,5 millions de personnes étaient couvertes par un contrat d'assurance dépendance. Or, il est parfois difficile de se repérer dans l'offre assurantielle actuelle, variée mais très diversifiée et inégale : les définitions de l'état d'entrée en perte d'autonomie sont souvent restrictives (seule la perte d'autonomie lourde est couverte) et ne sont pas alignées sur la grille utilisée pour l'APA. Certains assurés peuvent donc bénéficier de cette allocation tout en se voyant refuser une rente. Les rentes peuvent être modestes au regard du reste à charge et faiblement revalorisées. Enfin, les délais de franchise ou de carence sont souvent importants et peuvent faire obstacle au déclenchement des garanties.

⑩② Dans ce contexte, la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) a lancé un label pour les contrats d'assurance dépendance en mai 2013. Cette démarche permet d'offrir un niveau minimal de rente et de garantir une rente viagère. Pour aller plus loin, le Gouvernement envisage de favoriser, dans le cadre des prochaines lois de finances et lois de financement de la sécurité sociale, les contrats les plus protecteurs qui devront respecter un cahier des charges (couvertures, modalités de revalorisation, possibilités de transfert, etc.), construit en concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur (assureurs, mutualité, institutions de prévoyance). Cela permettra d'encourager, dans une logique de conditionnalité, le développement d'une offre lisible et plus sûre au bénéfice des assurés.

⑩③

## **VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT**

⑩④ C'est le cœur même du défi démographique que de concevoir et d'organiser les multiples effets de l'allongement de la vie et du vieillissement sur la société. L'objet de la présente loi n'est pas d'examiner de manière exhaustive tous ces effets, mais seulement ceux qui sont les plus directement et concrètement liés à la vie des âgés : logement, urbanisme, déplacements, économie et emploi.

⑩⑤ Concevoir la place et le rôle des âgés dans la société, affirmer leur droits constitue aujourd'hui un nouveau champ d'investissement dont le politique et les politiques publiques doivent s'emparer pour qu'ils se sachent au cœur de la cité, utiles, incontournables, en lien avec toutes les générations.

⑩⑥ C'est aujourd'hui qu'il faut concevoir une société qui, dans une génération, comptera un tiers de personnes âgées de plus de 60 ans. Cette évolution suppose de travailler à des réponses spécifiques pour répondre aux besoins liés à l'âge, mais aussi et surtout d'intégrer, dans les politiques publiques de droit commun et dans l'offre de biens et de services privés, cette réalité du vieillissement de la population.

⑩⑦ La manière de voir les âgés et de penser les solidarités doit changer et s'adapter à la longévité, notamment en reconnaissant et en favorisant l'engagement des âgés, dans la famille en premier lieu en tant que grands-parents, ou dans la société civile en tant que citoyens, forts de leur expérience et de leur disponibilité.

⑩⑧ Toutes les politiques publiques doivent prendre en compte la « révolution de l'âge » et le respect du libre choix des âgés dans leur projet de vie : le logement est à ce titre emblématique. Il est la première condition de l'autonomie. Il faut faciliter l'adaptation du logement privé et social, en conduisant une politique volontariste d'aménagement et de construction de logements adaptés. Il faut aussi développer des formes de logements intermédiaires qui répondent aux attentes de ceux qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas vivre dans un logement traditionnel. Au delà du logement, il s'agit d'inciter les collectivités territoriales à intégrer dans leurs politiques urbaines l'enjeu de l'avancée en âge, et à développer leurs efforts pour améliorer l'offre de transports, adapter l'urbanisme et accompagner les modes d'habiter et de vivre ensemble.

⑩⑨ L'économie de notre pays elle-même doit être davantage tournée qu'aujourd'hui vers les besoins des âgés : création et adaptation des emplois au service des âgés, développement d'une nouvelle filière industrielle, avec la « Silver économie », renforcement de l'effort de recherche et d'innovation ; autant d'opportunités d'emplois et de croissance pour la société française.

⑩⑩ Le Défenseur des droits a affirmé dès 2005 que les discriminations liées à l'âge étaient en augmentation. L'âge est le troisième critère de discrimination après l'origine et le handicap. Toutes les mesures nécessaires pour les prévenir devront être prises, en concertation étroite avec le Défenseur des droits.

⑩⑪ Enfin, adapter la société au vieillissement, c'est aussi préciser et renforcer les droits et libertés des âgés. Les personnes en perte d'autonomie, à domicile ou en établissement, doivent avoir la garantie que leurs libertés fondamentales seront respectées.

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

⑩⑬ Le logement et la place réservée par la cité à chacun dans sa ville contribue à la citoyenneté des individus. Cela est encore plus vrai pour les âgés pour lesquels le logement doit constituer un véritable « atout autonomie », un lieu de vie qui doit leur permettre d'aller et venir sans encombre et qui doit s'adapter, soit par des travaux, soit par des équipements, à des débuts de fragilités afin de ne pas empêcher leur participation à la vie sociale.

⑩⑭ Il en est de même pour les territoires. 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 mobilise tous les territoires en faveur de l'accessibilité universelle. Penser l'urbanisme de manière intergénérationnelle, tout comme la réflexion sur les mobilités des âgés, invite à prendre en considération des éléments qui répondent à leurs besoins spécifiques avec une seule ambition : aménager des territoires qui leur permettent de garder prise avec la vie sociale, d'y être intégrés et d'en être pleinement acteurs.

**115 1.1. Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux-vieillir**

**116** 90 % des Français préfèrent adapter leur domicile que d'avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade (sondage Opinionway pour l'Observatoire de l'intérêt général, 2012). D'où l'importance de réunir les conditions nécessaires à l'exercice d'un vrai « libre choix ».

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

**118 1.1.1. Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation**

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

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

⑫① Les outils de programmation (dont les PLH) doivent également permettre de prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés qui dépassent les milieux urbains denses. Une attention particulière doit être portée, d'une part, au logement des âgés en perte d'autonomie en milieu rural, souvent éloigné d'une offre de services facilement accessible, et, d'autre part, au vieillissement des territoires périurbains qui est l'un des défis des dix à vingt ans à venir.

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

⑫③ En 2009, 85 % des ménages de 60 ans ou plus étaient logés dans le parc privé, dont 85 % étaient propriétaires de leur logement. Mais être propriétaire de son logement ne signifie pas être riche : 10,5 % des propriétaires disposent de ressources les plaçant sous le seuil de pauvreté. Certains propriétaires âgés ont donc besoin d'être fortement soutenus dans leur effort d'adaptation de leur domicile. Le Président de la République a fixé un premier objectif : l'État devra adapter 80 000 logements aux contraintes de l'âge et du handicap d'ici la fin de son quinquennat. Le parc social, dont les locataires vieillissent, doit également s'adapter à cette nouvelle donne.

⑫④ – *Lancer un plan national d'adaptation des logements privés*

⑫⑤ Par delà l'objectif de 80 000 logements d'ici fin 2017, il convient d'apporter des réponses qui rendent à l'avenir plus simple pour les personnes âgées et plus accessible financièrement l'adaptation de leur logement. Aujourd'hui, le dispositif de financement, éclaté entre de nombreux acteurs, est peu lisible, les procédures complexes, le conseil mal structuré, et les professionnels formés trop peu nombreux.

⑫⑥ À partir notamment des préconisations conjointes de l'ANAH et de la CNAV, le plan d'action poursuivra les objectifs suivants :

⑫⑦ 1° Simplifier le parcours des demandeurs et rendre plus accessible l'information ;

⑫⑧ 2° Diviser par deux le temps d'instruction des demandes à l'ANAH et dans les caisses de retraite et mieux cibler les besoins urgents tels qu'une sortie d'hospitalisation ;

⑫⑨ 3° Inciter les collectivités territoriales à s'engager dans des opérations d'adaptation des logements : à ce titre, un diagnostic des besoins en adaptation des logements à l'autonomie sera désormais obligatoire avant la

définition de chaque programme d'opération programmée d'amélioration de l'habitat. Les agglomérations et les départements seront incités à mettre en place des PIG (programmes d'intérêt général) en matière d'adaptation des logements (comme il en existe pour la rénovation thermique ou l'insalubrité) ;

⑬⑩ 4° Développer le lien entre travaux d'adaptation et travaux de rénovation énergétique, pour entretenir une dynamique d'entraînement entre les deux politiques et leurs outils respectifs ;

⑬⑪ 5° Améliorer les compétences des artisans du bâtiment à travers l'évolution des labels ;

⑬⑫ 6° Faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements de l'ANAH et de la CNAV pour prendre en compte la domotique.

⑬⑬ – *Améliorer le crédit d'impôt pour adaptation des logements*

⑬⑭ L'amélioration du crédit d'impôt « pour adaptation du logement » y contribuera également. Le dispositif sera prorogé par la loi de finances pour 2015. Il ciblera les âgés et les personnes en situation de handicap. La liste des travaux éligibles, en vigueur depuis presque dix ans, sera revue afin de permettre aux âgés de bénéficier de ce crédit d'impôt pour des technologies nouvelles de soutien à l'autonomie au domicile.

⑬⑮ – *Faciliter le financement des travaux d'adaptation*

⑬⑯ Pour celles et ceux qui ont difficilement accès au crédit bancaire et dont le reste à charge demeurerait excessif compte tenu des aides existantes de l'ANAH ou de la CNAV, un dispositif de micro-crédit sera mis en œuvre pour que le reste à charge non financé par ces aides ne soit pas un frein à l'adaptation de leur logement. Un dispositif permettant la poursuite des missions sociales des sociétés anonymes coopératives d'intérêt collectif pour l'accession à la propriété (SACICAP) est ainsi en cours d'étude.

⑬⑰ Les Français ont peu recours au viager, alors que bon nombre d'âgés pourraient y trouver un moyen de rester chez eux et de financer l'adaptation de leur logement. Les réticences tiennent à la difficulté d'obtenir une rente considérée comme convenable, mais aussi à la crainte de l'abus de faiblesse ou à celle de priver ses descendants d'héritage. Par ailleurs la demande pour acheter en viager est faible. Le risque de longévité créé par le versement de la rente viagère est souvent dissuasif, d'autant plus que les âgés susceptibles d'offrir un viager sont certainement ceux qui sont en bonne santé et ont une forte espérance de vie élevée.

- ⑬⑧ Pour lever ces obstacles, la Caisse des dépôts et consignations a initié, aux côtés d'autres investisseurs institutionnels, la constitution d'un fonds destiné à l'acquisition de biens immobiliers en viager ; simultanément, en partenariat avec l'Union sociale pour l'habitat, elle travaille à développer des dispositifs de viager ou assimilés, impliquant un bailleur social et un âgé, dans le respect, pour le bailleur social, du service d'intérêt économique général régissant le logement social.
- ⑬⑨ Les dispositifs de type « prêts viager hypothécaires », préservant les droits des héritiers lorsque les personnes le souhaitent, devront également être améliorés pour devenir plus attractifs.
- ⑭⑩ – *Mobiliser les bailleurs sociaux et diffuser les bonnes pratiques*
- ⑭⑪ 35 % des locataires du parc social auront plus de 65 ans en 2035. Les bailleurs sociaux sont déjà très mobilisés au service des âgés, grâce à la mise en place de dispositifs innovants permettant d'apporter des réponses originales à l'isolement, aux difficultés de la vie quotidienne, etc. L'objectif est d'inciter à la prise en compte du vieillissement dans tous les registres de la gestion locative et de la gestion du patrimoine : faciliter l'adaptation des logements et constituer une offre adaptée, identifier les logements accessibles afin de permettre leur attribution aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, faciliter également les mutations de logement pour permettre l'installation des personnes âgées dans un logement mieux adapté à leur perte d'autonomie ou plus proche de leurs aidants, sensibiliser et former les gardiens au repérage des situations d'isolement et de fragilité, participer à des actions coopératives en matière de lien social ou d'installation de services de proximité.
- ⑭⑫ Une convention nationale entre l'État et l'Union sociale pour l'habitat (USH) sera élaborée pour définir une stratégie commune autour de ces objectifs, qui concernera également les personnes handicapées. Afin de généraliser les bonnes pratiques, un prix sera également créé, en lien avec l'USH, la CNAV et la Caisse des dépôts et consignations, afin de récompenser les bailleurs sociaux les plus innovants dans l'adaptation de leur parc au vieillissement.
- ⑭⑬ – *Mieux prévenir les coupures d'énergie*
- ⑭⑭ L'encadrement des coupures d'énergie pour impayés a été renforcé par la loi du 15 avril 2013. Pour autant, certains âgés vulnérables se voient encore privés d'électricité ou de gaz parce qu'ils n'ont pas payé leurs factures.

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

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

①47 *1.1.3. Diversifier l'offre de logements*

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

①49 – *Développer les logements-foyers ou « résidences autonomie »*

①50 La présente loi donne un nouveau souffle aux logements-foyers rebaptisés « résidences autonomie », afin de transformer cette forme d'établissement médico-social alternative aux maisons de retraite médicalisées quand l'âgé est plus autonome que dépendant. Les résidences autonomie représentent une offre de l'ordre de 110 000 places installées, réparties dans 2 200 logements-foyers qui accueillent très majoritairement des âgés autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement dans un but de préservation de leur autonomie. Initiés dans les années 1960, ils nécessitent aujourd'hui d'être revisités pour mieux remplir leurs missions.

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

avec la CNAV, la Caisse des dépôts et consignations, les collectivités territoriales.

- ①52 Les résidences autonomie ont une mission de prévention de la perte d'autonomie désormais reconnue et réaffirmée par la loi. Cette mission sera soutenue, pour ceux qui ne bénéficient pas du forfait soins, par un forfait « autonomie », afin de financer des dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents. La gestion du forfait autonomie, déléguée par la CNSA, relève des conseils généraux dans le cadre de la nouvelle « conférence des financeurs ». Par ailleurs la présente loi autorise désormais, sous certaines conditions, l'admission dérogatoire en résidences autonomie de personnes relevant du GIR 4 à la condition que soit signée une convention avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou une maison de retraite médicalisée. Cela permettra de répondre plus finement à la diversité des réalités locales.
- ①53 Les petites structures alternatives d'hébergement comme les « petites unités de vie » ou les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA) seront par ailleurs consolidées, en leur donnant de nouveau la possibilité de s'adosser à une maison de retraite médicalisée, de bénéficier d'un forfait soins infirmiers ou de passer un partenariat avec un service de soins infirmiers à domicile.
- ①54 – *Sécuriser le développement de l'offre de résidences-services*
- ①55 Depuis une trentaine d'années, s'est développée la commercialisation d'immeubles, soit par accession à la propriété de lots, soit par la location de lots, en offrant un logement non meublé, ainsi que des services plus ou moins diversifiés. Ces résidences-services s'adressent à des âgés autonomes, valides et semi-valides, de plus de 60 ans, qui désirent vivre en appartement ou en maison, tout en profitant de la convivialité et de la sécurité assurées par les équipes en place.
- ①56 Dans un contexte de développement de ces structures, utiles, la loi prévoit plusieurs dispositions pour mieux maîtriser et rendre plus transparentes les charges pour les résidents et les copropriétaires. Pour les résidences-services à venir, le modèle des résidences avec services « à la carte » devient obligatoire, qui permet de mieux identifier le contenu et le coût des services, d'individualiser davantage les charges et de permettre à l'assemblée générale des copropriétaires de prendre plus facilement les décisions touchant au niveau de services.

①57 – *Encourager l’habitat regroupé par l’élaboration d’une charte de bonnes pratiques intergénérationnelles*

①58 De nombreuses collectivités territoriales développent des habitats regroupés, en rapport avec la réalité de leurs territoires et de leurs populations, avec le souci de la mixité intergénérationnelle. Des béguinages, des « babayagas », des « octaves », des résidences intergénérationnelles et autres dispositifs émergent, faisant naître des pratiques inégales. Il importe de référencer ces dispositifs. Un audit est lancé à cette fin pour les répertorier, mieux les analyser et en dégager les aspects les plus intéressants. Une charte de bonnes pratiques, qui rappellera clairement les droits et les devoirs des locataires et des bailleurs, garantira les droits de chacun.

Ce type d’habitat regroupé, proposé également dans de nombreux territoires par des bailleurs sociaux, des mutuelles ou des associations à but non lucratif, doit être encouragé afin qu’un modèle de « résidences-services à coût social » émerge. Moins chères que les résidences-services privées, tout en restant en dehors de la sphère médico-sociale, ces initiatives correspondent aux attentes des citoyens, participent de la prévention de la perte d’autonomie et représentent une offre de logement intermédiaire plus accessible aux âgés aux revenus modestes.

①59 ***1.1.4. Préparer l’architecture de demain des établissements pour personnes âgées***

①60 Les maisons de retraite médicalisées, comme les structures accueillant des personnes handicapées, sont, à la fois, des lieux de soins et de vie. Ces lieux de vie doivent être conçus de manière à mieux intégrer les souhaits de vie privée des résidents, leur intimité et leur vie sexuelle. Il convient de sensibiliser l’ensemble des professionnels concernés à la qualité d’usage de ces établissements (étudiants en architecture, enseignants des écoles d’architecture, maîtres d’œuvre, maîtres d’ouvrage et financeurs publics). Les actions engagées auront notamment pour finalité de créer un réseau d’échanges et de compétences entre les acteurs de la conception des résidences autonomie, sur la base d’une convention entre le ministère des personnes âgées et de l’autonomie, le ministère des personnes handicapées et le ministère de la culture.

①61 **1.2 Faire place à l’âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle**

①62 La ville et le territoire tout entier doivent s’adapter au vieillissement de la population, pour que l’espace urbain, les services, l’habitat soient

accessibles à tous. Les âgés doivent être entendus pour faire évoluer les manières de penser l'aménagement et les déplacements, dans une logique de mixité intergénérationnelle. Les outils de programmation urbaine – programmes locaux de l'habitat, plans de déplacement urbain (PDU), notamment – devront prendre en compte cette réalité des besoins sociaux.

①63 – *Promouvoir un urbanisme intergénérationnel*

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

①65 Afin de reconnaître et favoriser ces initiatives, un label « Ville amie des aînés » sera créé, basé sur la dynamique du même nom, définie par l'Organisation mondiale de la santé. Ce dispositif, reposant sur le volontariat des collectivités, n'a pas pour objectif de créer des quartiers réservés aux personnes âgées mais de créer les conditions favorables du vieillissement pour permettre d'accueillir sans exclusive tous les âges. Ce label est obtenu à la suite d'un audit participatif mené par les âgés, de la modification des documents d'urbanisme et du repérage de zones favorables à une haute qualité de vieillissement (HQV). Il permet de bénéficier d'une prise en compte pour les appels à projet du fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce (FISAC), de la mobilisation des associations sportives par l'État et de la coopération des services préfectoraux pour mener, en lien avec la collectivité, des projets d'habitats regroupés intergénérationnels.

①66 Les âgés devront également être mieux associés à la définition des politiques d'aménagement des territoires. Une première étape concernera l'évolution des commissions communales d'accessibilité. La loi n° 2014-789 du 10 juillet 2014 habilitant le Gouvernement à adopter des mesures législatives pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées a prévu d'élargir la composition de ces commissions communales, qui suivent la mise en accessibilité du cadre bâti, des transports et de la voirie aux associations représentatives des personnes âgées. Mais il s'agit également de veiller à ce que, dans toutes

les instances de concertation sur les projets d'aménagement, la préoccupation de l'adaptation à tous les âges, puisse être portée.

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

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

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

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

①71 Une action résolue doit être conduite pour permettre une mobilité sécurisée à travers des déplacements plus sûrs, motorisés ou non, des véhicules innovants, qu'ils soient individuels ou collectifs, mais surtout des modes de transport et des services qui répondent aux besoins des âgés et les rassurent. Complétant l'action du médecin traitant et du pharmacien, qui ont été sensibilisés à la détection des débuts de fragilité possibles au volant, ces alternatives seront développées, constituant la meilleure réponse à la discrimination qu'induirait l'appréciation de la faculté de conduire uniquement en fonction de l'âge.

①72 Désormais le public des âgés figurera, de par la loi, spécifiquement parmi les publics pris en compte par les plans de déplacement urbains (PDU). Par delà la mise en accessibilité, déjà prise en compte, il s'agira d'intégrer la qualité d'usage (sécurité, mode de conduite, accès à l'information...) et d'inciter au développement de modes de transport innovants.

La loi ouvrira également aux âgés l'accès aux « services conseils en mobilité » mis en place par les autorités organisatrices des transports

(AOT) dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, afin qu'ils soient mieux informés sur les possibilités de mobilités existantes.

Une étude sur les plateformes et les centrales de mobilité, lancée par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, permettra non seulement de recueillir et de diffuser les bonnes pratiques des collectivités les plus innovantes, mais encore de passer en revue les moyens possibles pour encourager leur création, notamment dans les zones rurales, à l'échelle des territoires vécus.

①74 Par ailleurs les industriels développent des initiatives pour produire des véhicules ou des équipements pour véhicules adaptés aux âgés. Afin d'inciter le secteur industriel français à innover dans ce champ, un réseau d'acteurs des transports à destination des âgés se structure autour de la « Silver mobilité », rassemblant grands industriels, entreprises innovantes et représentants des transports publics, pour travailler sur l'offre de l'avenir. Cette offre permettra aux transporteurs publics de développer des transports communs qui répondent aux problématiques des âgés : stress, accès à l'information délicate, crainte... Tout cela doit renforcer la facilité d'usage des transports publics.

①75 Pour permettre le développement de certains de ces nouveaux véhicules, l'élaboration d'un statut spécifique dans le code de la route est nécessaire. Ce statut juridique sera abordé dans le cadre du groupe de travail sur « le partage de l'espace public et la sécurisation des modes actifs » piloté par la délégation à la sécurité et à la circulation routières.

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

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

①78 Le champ de la « Silver économie » est très vaste : il s'étend des technologies les plus avancées de la domotique et de la robotique, jusqu'à l'habitat, la mobilité, le tourisme pour seniors... en passant par les aides techniques les plus simples et toute la gamme des services de téléassistance ou bouquets de services. Son périmètre étant en expansion continue,

puisqu'elle a vocation à irriguer tous les marchés, l'objectif est de structurer une industrie du vieillissement en capacité de répondre à un marché mondial de près d'un milliard d'âgés. L'enjeu est de créer un écosystème national et régional, porteur de croissance, d'emplois et d'investissements étrangers dans nos « *clusters* », ou grappes d'entreprises, au sein des « Silver régions ».

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

## ①80 **2.1. Faire de la France un leader mondial de la « Silver économie »**

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

①82 La présente loi, par le biais de mesures favorables à la diminution du reste à charge des personnes âgées et de leur famille, via la revalorisation de l'APA ou une meilleure solvabilisation des aides techniques, contribuera à l'émergence d'une demande plus forte de produits nouveaux. Elle permettra en parallèle de donner aux plus modestes l'accès aux avancées de la « Silver économie ». La présente loi, en renforçant le décloisonnement des différents secteurs concernés par le vieillissement (social, médical, urbain, etc.) et en améliorant la coordination des acteurs de la prévention de la perte d'autonomie, crée également un environnement plus favorable au développement de la « Silver économie ». Les jeunes seniors constituent, en particulier, une population dont les comportements, les envies, les

besoins et le rôle social vont avoir de plus en plus de poids et représentent une opportunité pour l'économie et la croissance française, dans de nombreux pans d'activités : habillement, cosmétiques, équipement, logement, tourisme, loisirs, design, etc. Ces relais de croissance sont également un levier important de compétitivité pour les entreprises françaises. Si elles prennent la voie de la « Silver économie », elles gagneront des parts de marché et exporteront davantage. Dans le cas contraire, elles perdront en compétitivité.

**183** Certaines des entreprises françaises sont déjà bien positionnées vis-à-vis de leurs concurrentes étrangères. La France dispose donc *a priori* d'un avantage comparatif qu'il convient de consolider et de pérenniser. En créant un écosystème national, puis régional, voire local à travers la constitution de plusieurs grappes d'entreprises, la France pourra consolider ses atouts.

**184** En avril 2013, a officiellement été lancée par le Gouvernement français la filière industrielle de la « Silver économie », qui ambitionne de structurer une industrie de pointe du vieillissement en France. Un comité stratégique de filière industrielle a été formé et s'est affirmé comme l'instance de concertation et de pilotage pour les industriels et les acteurs économiques de la « Silver économie ». Il réunit de manière paritaire une quarantaine de fédérations professionnelles et d'acteurs publics, en particulier les régions, qui développent cette filière industrielle dans leur territoire. Le 12 décembre 2013, un contrat de filière « Silver économie » a été signé, comportant 49 actions articulées autour de six axes, qui constituent une feuille de route pour les années à venir :

**185** – créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la « Silver économie » ;

**186** – favoriser le développement d'une offre compétitive ;

**187** – exporter les produits et les technologies de la « Silver économie » ;

**188** – professionnaliser les acteurs de la « Silver économie » ;

**189** – créer des innovations dans le champ de la « Silver économie » ;

**190** – communiquer positivement auprès des âgés et sur le bien vieillir auprès du grand public et des distributeurs.

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

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

①93 **2.2. Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement**

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

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

①96 *1° Faire évoluer les métiers au service des nouveaux objectifs portés par les politiques de l'âge et du handicap*

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

①98 Après de publics dont la fragilité est croissante, l'exigence de qualité doit également être renforcée. Une politique active de professionnalisation et de qualification sera poursuivie, et des actions confortant l'attractivité et la fidélisation des professionnels formés dans l'emploi seront engagées. Il s'agit d'une priorité pour l'adaptation de la société au vieillissement, pour la stratégie nationale de santé comme pour le comité interministériel du handicap. En parallèle, cette exigence doit s'appuyer sur un engagement citoyen et bénévole complémentaire de la société toute entière au service des plus fragiles, dans l'esprit notamment de la mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgés (MONALISA) ;

①99 *2° Soutenir l'effort de création d'emplois dans le secteur de l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.*

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

②01 *3° S'appuyer sur le dialogue social pour améliorer les conditions de travail et lutter contre la précarité*

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

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

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

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

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

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

**208**      **3.1. Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés**

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

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

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

**212**      Les conflits familiaux concernent les parents, mais également les grands-parents. Si l'enfant a le droit d'entretenir des relations avec ses ascendants, comme le prévoit le code civil, ce droit dépend des relations entretenues avec les parents. Certains se trouvent ainsi privés de liens avec leurs petits-enfants. La médiation est alors convoquée pour régler ce type de litiges. Dans le cadre du développement des schémas territoriaux des

services aux familles dont la préfiguration a été lancée par la ministre de la famille en décembre 2013, la médiation intergénérationnelle fera l'objet d'un recensement des pratiques existantes, d'une information du public afin d'en faciliter l'accès et d'actions communes entre les partenaires concernés afin d'en favoriser le développement.

**213**      **3.2. Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés**

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

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

**216**      – *Créer un volontariat civique senior*

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

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

**219**      La valorisation de l'implication citoyenne et solidaire des âgés passe également par une reconnaissance par l'État de leur engagement au service de l'intérêt général, dans le cadre d'une cérémonie en préfecture ou en mairie.

**220**      Par ailleurs, le Président de la République a souhaité que 100 000 jeunes rejoignent le service civique d'ici 2017. Nombreux seront ces jeunes qui bénéficieront d'un tutorat par des âgés. Une transmission intergénérationnelle

sera valorisée en tant que contrat de génération associatif, avec la remise d'une attestation spécifique.

②21 – *Garantir la qualité et promouvoir le développement de la cohabitation intergénérationnelle*

②22 La cohabitation intergénérationnelle se développe aujourd'hui grâce à l'action d'associations mettant en relation des âgés autonomes et des jeunes. D'un côté, les âgés profitent d'une présence rassurante et bienveillante, de l'autre, les jeunes bénéficient d'une chambre à moindre coût. Il s'agit là d'une solution peu coûteuse et qui apporte un véritable confort aux personnes âgées, dans un cadre qui n'est pas médico-social mais citoyen et solidaire. Cette pratique est à la croisée des chemins de plusieurs dispositions légales : ce n'est pas un contrat de location, car il n'y a pas de bail, ce n'est pas non plus un contrat de travail, mais il s'agit d'un engagement réciproque solidaire sans aucune contrepartie financière, que celle d'une participation aux charges lorsque les parties en conviennent.

②23 La création d'un label spécifique pour les associations mettant en œuvre ce type de dispositif est un facteur de confiance pour les personnes âgées et les financeurs potentiels. La rédaction d'une Charte de la cohabitation intergénérationnelle et d'un modèle de convention type, pouvant être conclue par la personne âgée et le jeune, permettra également de mieux sécuriser cette pratique. Les résidences autonomie peuvent également accueillir en leur sein, au même titre que des personnes âgées ou handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, afin d'y poursuivre l'objectif de la cohabitation intergénérationnelle.

②24 – *Organiser la transmission et la solidarité intergénérationnelles*

②25 La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République réaffirme l'importance du dialogue entre l'école et les parents, les collectivités territoriales et le secteur associatif. L'engagement des élèves dans des projets éducatifs visant à favoriser la réussite éducative et les apprentissages pourra notamment concerner des projets avec des personnes âgées. D'ores et déjà, la réforme des rythmes scolaires a pu permettre à des personnes retraitées de participer à des activités périscolaires, en fonction de leurs compétences et des projets développés par les communes. Cette dynamique sera encouragée.

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

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

De même, la contribution des immigrés âgés dans l'histoire de notre pays sera mieux reconnue. Elle est une composante essentielle de l'histoire nationale, en particulier de l'histoire de la reconstruction du pays et du développement de son outil industriel. La reconnaissance et la transmission de cette histoire sont un gage de renforcement du lien intergénérationnel et au fondement de toute politique d'intégration. Conformément aux préconisations figurant dans le rapport de la mission d'information de la conférence des présidents sur les immigrés âgés, déposé le 2 juillet 2013 à la présidence de l'Assemblée nationale, l'identification de « lieux de mémoire » de l'immigration sera encouragée, les travaux sur la mémoire de l'immigration seront soutenus, les lieux d'échange et de transmission de la mémoire de l'immigration seront valorisés et les grandes entreprises fortement employeuses de travailleurs immigrés seront invitées à soutenir les projets de recherche sur l'histoire de l'immigration et à garantir l'accès à leurs archives.

②28 **3.3. Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées**

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

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

②31 Ces universités sont amenées à se développer dans les années à venir. À cette fin, une convention sera signée au 1<sup>er</sup> semestre 2014 avec la conférence des présidents d'université, l'Union française des universités de

tous âges et l'Association des maires de France (AMF) afin de faire remonter les bonnes pratiques et les partager, et inciter les universités comme les collectivités territoriales à s'engager davantage dans cette démarche qui répond à une attente croissante des âgés. Cette convention permettra, grâce à la concertation des différents acteurs qu'elle implique, un déploiement mais surtout une meilleure coordination des activités collectives pédagogiques.

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

**233** Les âgés peuvent partir en vacances sans les contraintes des actifs, ce qu'il importe de favoriser. L'Agence nationale pour les chèques vacances sera confortée dans le programme « Seniors en vacances », qui permet à 45 000 âgés de partir annuellement. Il importera de permettre à davantage de personnes âgées dépendantes de partir en vacances.

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

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

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

**237** **4.1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés**

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

- ②39 La démarche éthique peut seule garantir la juste réponse à la confrontation entre des principes contradictoires et pourtant individuellement légitimes (principe de liberté et nécessité de sécurité dans les établissements). Elles concernent également le champ des personnes handicapées.
- ②40 – *Apporter une information adaptée pour permettre de choisir son projet de vie*
- ②41 La loi consacre d’abord un droit fondamental pour les âgés en perte d’autonomie : celui de bénéficier d’un accompagnement et d’une prise en charge adaptés à leurs besoins dans le respect de leur projet de vie.
- ②42 Elle consacre également le droit des âgés et de leurs familles d’être informés, afin d’éclairer leur choix. Les départements, à travers le réseau des centres locaux d’information et de coordination (CLIC), la CNSA, grâce à la mise en place d’un portail d’information, et d’autres structures telles que les CCAS assurent la mise en œuvre de ces droits.
- ②43 – *Faire mieux respecter les droits des âgés vulnérables et lutter contre les discriminations*
- ②44 Dans le prolongement des travaux importants du Conseil national de la bientraitance et des droits des personnes âgées et handicapées (CNBD) et des saisines du Défenseur des droits, la loi précise les droits des personnes âgées vulnérables, dans le cadre du corpus juridique des libertés fondamentales.
- ②45 Il s’agit aussi de lutter contre les discriminations liées à l’âge qui sont en augmentation. Harcèlement moral, refus de conclure un bail ou un contrat de prêt en raison de l’âge sont régulièrement dénoncés par le Défenseur des droits. Celui-ci mène une enquête et fait des recommandations en faveur de l’octroi d’une réparation par indemnisation. La justice peut également être saisie directement au titre de la discrimination par l’âge.
- ②46 Les anciens migrants, les lesbiennes, gays, bi et transsexuel(le)s ou les personnes séropositives cumulent bien souvent, lors de leur avancée en âge, les risques de discriminations.
- ②47 **4.2. Renforcer la liberté d’aller et venir des personnes hébergées en établissement**
- ②48 Il s’agit d’abord de réaffirmer la liberté d’aller et venir dans la liste des droits fondamentaux de la personne hébergée. Elle ne s’oppose pas à la protection mais en devient une composante. L’information et

l'encadrement de toutes les adaptations à la liberté d'aller et venir qui seraient nécessaires pour la vie en collectivité est améliorée par la loi, qui pose également la règle de la proportionnalité et de la nécessité au regard de l'état de la personne et aux objectifs de prise en charge.

**(249)** Les nouvelles technologies peuvent permettre de conjuguer les droits et aspirations fondamentales d'autonomie et d'améliorer sensiblement la qualité de vie et la liberté des personnes vulnérables dans les meilleures conditions de sécurité. Le CNBD a élaboré une charte, basée sur les principes de subsidiarité et proportionnalité, en vue d'une expérimentation auprès des établissements accueillant des personnes âgées. L'avis écrit du médecin et le consentement de la personne concernée conditionnent l'usage d'un dispositif de géolocalisation. Les pouvoirs publics s'engagent à tirer tous les enseignements de cette expérimentation, face au fort développement prévisible de ces technologies dans les années à venir.

#### **(250) 4.3. Accompagner l'expression du consentement des personnes**

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

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

#### **(253) 4.4. Protéger les personnes vulnérables**

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

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

**(256)** La loi vise à renforcer les dispositions pour protéger les âgés, en interdisant à toute personne intervenant au domicile au titre d'une prise en

charge sociale ou médico-sociale, de pouvoir bénéficier de dons, legs et avantages financiers de toute nature de la part de la personne visitée. L'équilibre relatif à la volonté de la personne est cependant respecté dans la mesure où les cadeaux d'usage demeurent possibles.

- ②57 – *Protéger les âgés contre les clauses abusives*
- ②58 Afin d'éviter les clauses abusives, certains délais pour rompre le contrat sont désormais encadrés par la loi. La commission des clauses abusives et la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes ont dénoncé certains contrats d'hébergements pour personnes âgées qui obligent le résident ou sa famille à payer une somme d'argent pour une prestation qui ne sera pas effectuée. C'est pourquoi la loi prévoit différentes mesures pour limiter ces clauses.
- ②59 – *L'obligation pour les établissements sociaux et médico-sociaux de signaler les situations de maltraitance ou d'abus est inscrite dans la loi*
- ②60 L'amélioration de la détection, du signalement et du traitement des faits de maltraitance représente un enjeu majeur. Le caractère contraignant de l'obligation de signalement des établissements sociaux et médico-sociaux est renforcé par une affirmation au rang législatif et non plus seulement par voie de circulaire. Elle s'impose pour tout événement présentant un danger immédiat ou un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être des résidents ou ayant pour conséquence la perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement. Une cellule départementale de coordination des acteurs concernés par le recueil, l'analyse et le traitement des situations de maltraitance va être expérimentée. L'objectif repose sur une clarification des informations préoccupantes et sur une structuration des acteurs locaux autour des ARS et des conseils généraux.
- ②61 – *Étendre la protection des personnes sous mesure de protection juridique*
- ②62 La loi étend la sauvegarde de justice « médicale » applicable dans les établissements de santé aux personnes hébergées dans des établissements médico-sociaux.
- ②63 La situation des mandataires physiques est améliorée : le document individuel de protection des majeurs leur est étendu et la procédure d'agrément permet de répondre aux besoins définis dans le schéma régional de la protection juridique des majeurs.

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

Des enquêtes sont réalisées régulièrement sur les violences et les maltraitances à l’encontre des personnes âgées et sur celles commises en raison des spécificités de genre.

②65

### **VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D’AUTONOMIE**

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

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

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

- ②69 Les professionnels de l’accompagnement, au domicile comme en établissement, s’engagent fortement au service de l’intérêt des personnes et doivent être soutenus pour assurer la mission qui leur est confiée. Les modèles de financement et de tarification des établissements et services

concernés doivent être rénovés pour accompagner la transformation profonde de l'offre qui est attendue.

## **270 1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent**

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

Il convient également de favoriser, par une information renforcée sur les possibilités existantes, l'accès à l'accueil de jour dans les structures adaptées afin de garantir le maintien d'une vie sociale pour les personnes ayant fait le choix du maintien au domicile.

### **272 1.1. Réformer l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile**

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

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

**275** Le principe de cette prestation universelle, au champ large, reposant sur une gestion de proximité, confiée aux conseils généraux, fait aujourd'hui consensus. Pour autant, dans sa mise en œuvre, la prestation connaît des limites et la saturation des plans d'aide est devenue fréquente. C'était le cas d'un plan d'aide sur quatre en 2011, notamment dans les cas

de perte d'autonomie lourde : 46 % des GIR 1 atteignent le plafond de leur plan d'aide. Le niveau de participation financière conduit des bénéficiaires modestes à renoncer à l'aide dont ils ont besoin, au prix d'une sous-consommation des plans d'aide. Le ticket modérateur, qui dépend uniquement des ressources, croît mécaniquement avec l'importance du plan d'aide ce qui conduit à des taux d'effort élevés pour les personnes dont la perte d'autonomie est la plus forte. La qualité de l'intervention peut encore progresser, par une plus grande qualification des professionnels du domicile et une meilleure coordination des intervenants.

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

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

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

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

**280** La loi s'appuie sur trois leviers complémentaires :

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

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

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

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

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

**286** Cela passera par un renforcement de la qualification et de la coordination des intervenants, ce qui suppose de valoriser et de reconnaître les efforts de qualité dans le coût de l'intervention. Grâce au relèvement des plafonds d'aide et aux efforts complémentaires de l'État en direction de la branche de l'aide à domicile, des mesures ciblées de revalorisation des plus bas salaires et des frais de déplacement des intervenants seront mises en œuvre, afin de lutter contre la précarité et de contribuer à la stabilité des

intervenants et à la professionnalisation du secteur, en cohérence avec les propositions des partenaires sociaux dans le cadre du dialogue social à l'échelle de la branche de l'aide à domicile.

Une enquête nationale pourrait être réalisée sur la nature des plans d'aide selon le sexe de la personne âgée et de son conjoint. Par ailleurs, le développement d'actions de sensibilisation et de formation en direction des équipes médico-sociales permettrait de contribuer à faire évoluer les représentations.

## **287) 1.2. Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile**

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

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

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

**291)** La présente loi engage enfin la transition vers un nouveau modèle de tarification, fondé sur la contractualisation entre services à domicile et départements. La loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 a prévu la mise en œuvre d'expérimentations pour la tarification

des services d'aide à domicile intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, lancées à l'initiative de l'Assemblée des départements de France (ADF) et des principales fédérations d'aide à domicile pour répondre aux difficultés du secteur et valoriser les exigences de qualité.

- ②92 Ces expérimentations donnent lieu à la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), qui permettent un financement au forfait global, en contrepartie d'objectifs prévisionnels d'activité, de qualité et de continuité des services, et d'obligations d'intérêt général, comme les actions de prévention, l'accessibilité à tous les publics et la participation au parcours de santé. Ces expérimentations prévoient la possibilité d'adapter les plans d'aide à des besoins ponctuels et offrent une visibilité quant à leur participation, calculée sous forme forfaitaire, permettant ainsi, lorsque c'est nécessaire, d'alléger ou d'intensifier les plans d'aide sans incidence financière pour la personne.
- ②93 La loi prévoit la poursuite de ces expérimentations jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Un rapport d'évaluation sera présenté par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 30 octobre 2015.
- ②94 Cette démarche de refondation est étendue aux personnes de GIR 5 et 6 grâce à l'implication des caisses de retraite dans ces expérimentations, et va au delà de la réponse d'urgence apportée par le fonds de restructuration en direction des acteurs les plus en difficultés en engageant une véritable modernisation du secteur de l'aide à domicile, qui met en œuvre les efforts nécessaires de restructuration pour garantir l'efficacité de la gestion et inscrire l'activité dans la durée. Dans le même temps, ce secteur a vocation à bénéficier de l'activité supplémentaire liée à l'augmentation des plafonds de l'APA, et donc à la multiplication du nombre d'heures réalisées au domicile des personnes. Le Gouvernement répond ainsi à la crise de l'aide à domicile en actionnant trois leviers complémentaires : la relance de l'activité, la reconnaissance des coûts d'intervention, et la sécurisation des financements.
- ②95 La refondation de l'aide à domicile doit aussi passer par un rapprochement entre l'aide et le soin, grâce à une meilleure coordination de l'intervention des professionnels autour des personnes âgées du secteur sanitaire et du secteur médico-social. C'est pourquoi la présente loi consolide et approfondit les services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD), au travers d'une expérimentation visant à renforcer l'intégration des services et à faciliter le financement des actions de prévention.

Il convient de développer les passerelles entre les différents métiers exercés au domicile en fonction des publics, mais aussi avec les métiers exercés en établissement, d'améliorer le dispositif de diplômes et de certifications pour en accroître la lisibilité et favoriser la reconnaissance des compétences et la construction des parcours professionnels, ainsi que développer l'accompagnement en matière de validation des acquis de l'expérience.

## **296 2. Soutenir les aidants**

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

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

**299** 20 % des aidants sont considérés aujourd'hui comme en situation de charge importante, synonyme de fatigue morale ou physique, avec des effets sur leur santé : 40 % des aidants dont la charge est la plus lourde se sentent dépressifs, 29 % déclarent consommer des psychotropes. Ils renoncent fréquemment à des soins, faisant passer la santé de l'aidé avant leur propre santé. Les professionnels de santé ne sont pas toujours assez sensibilisés à la prise en charge des aidants et les plans d'aide ignorent souvent la situation des aidants familiaux. L'épuisement des aidants peut également, dans certains cas, conduire à des situations de maltraitance passive ou active des âgés en perte d'autonomie.

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

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

302 L'action publique en faveur des aidants s'articule autour de trois axes.

### 303 **2.1. Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie**

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

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

306 Il peut s'agir d'heures d'aide à domicile supplémentaires, voire d'une présence continue, mais également d'un accueil de jour ou de nuit, ou dans le cadre d'un hébergement temporaire.

307 Ce droit constitue une enveloppe d'aide pour l'année et par aidé. D'un montant qui pourra aller jusqu'à 500 € annuels, au delà du plafond de l'APA, il permettra par exemple de financer sept jours de séjour dans un hébergement temporaire. Il est ciblé sur les aidants des personnes les plus dépendants (GIR 1 et 2), en fonction de la charge pour l'aidant estimée par l'équipe d'évaluation médico-sociale : isolement (aidant unique), GIR,

maladie d'Alzheimer, etc. À terme, pour garantir une évaluation plus homogène sur le territoire, pourra être développé un outil d'évaluation simple, destiné aux équipes médico-sociales comme aux professionnels de santé, pour repérer les aidants en difficulté.

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

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

## **310 2.2. Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants**

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

**312** La CNSA se voit confier par la loi un rôle d'appui méthodologique sur l'accompagnement des aidants, et le périmètre des actions qu'elle cofinance dans ce champ est élargi aux actions d'accompagnement (café des aidants...). Au niveau départemental, les conseils généraux dans le domaine de l'autonomie assureront un rôle de coordination de tous les acteurs impliqués dans l'aide aux aidants. Pour améliorer l'accompagnement des aidants, les plateformes d'accompagnement et de répit seront développées et mieux outillées. La politique de prévention en termes de santé pour les aidants familiaux sera intensifiée. Cette problématique sera également prise en compte dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Toutes les formes d'accompagnement, dès lors qu'elles auront fait la preuve de leur pertinence, devront être encouragées et développées : cafés des aidants, groupes de parole et d'échanges...

**313 2.3. Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle**

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

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

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

**317 3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain**

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

**319** La loi clarifie les missions des établissements « médicalisés » pour personnes âgées. Les maisons de retraite médicalisées doivent mieux intégrer le projet de soin dans le projet de vie de la personne, pour un accompagnement plus global qui préserve la singularité du parcours de vie tout en relevant les défis de la médicalisation. Le parcours d'autonomie n'est pas un parcours linéaire. Il peut y avoir des ruptures, mais aussi, heureusement, des réversibilités lorsque l'état de l'âgé s'améliore. La possibilité de ces réversibilités doit être prise en considération dans la construction des parcours et dans les projets d'établissement. Les maisons de retraite médicalisées doivent être mieux intégrées dans leur territoire, en tant que lieu « ressources » intervenant en appui et en complémentarité de l'offre de service à domicile, aux familles et aux aidants, mais aussi de l'offre en accueil familial.

- 320 Dans ce contexte, la présente loi engage une réforme d'envergure qui vise d'abord à garantir davantage de transparence dans les tarifs et, à terme, à réformer la tarification des établissements.
- 321 La loi permet d'ores et déjà de mieux protéger les résidents et leurs familles en assurant davantage de transparence et en commençant à mieux réguler les tarifs. Dans un souci de plus grande transparence et pour rendre possible la comparaison des prix à prestation donnée, la présente loi prévoit la normalisation de la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations socles couvertes par les tarifs. Un ensemble de prestations et services « socle » sera défini par décret, distinct des autres tarifs et facturations supplémentaires éventuelles. Le portail internet qui sera hébergé par la CNSA permettra enfin à chaque personne d'accéder à une information claire et accessible sur les établissements, les tarifs appliqués et les aides pouvant être mobilisées.
- 322 Afin de mieux encadrer l'évolution des tarifs pour les résidents en établissement sur les places non habilitées à l'aide sociale (25 % du total), le ministère chargé des personnes âgées et de l'autonomie est désormais associé à la fixation du taux d'évolution des tarifs hébergement au côté du ministère chargé des finances. De plus, il est tenu compte d'un critère nouveau par rapport à la pratique actuelle dans la fixation de ce taux d'évolution afin de prendre en compte le pouvoir d'achat des âgés : celui de l'évolution du niveau des retraites déjà liquidées.
- 323 Le Gouvernement s'engage aussi fortement pour protéger les droits des résidents en établissement au travers des dispositions prévues par la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation. Ainsi, les prestations d'hébergement qui n'ont pas été délivrées, postérieures au décès ou au départ d'un résident, ne peuvent plus être facturées. La même loi prévoit également l'obligation de dresser un état des lieux contradictoire à l'arrivée et au départ d'une personne hébergée en maison de retraite et l'interdiction de facturer les frais de remise en l'état de la chambre en l'absence d'un tel état des lieux.
- 324 Par ailleurs, afin qu'ils puissent assurer leurs missions dans les meilleures conditions et se prémunir contre les impayés, les établissements doivent bénéficier de recours judiciaires étendus. La loi offre désormais la possibilité à tous les établissements de saisir directement le juge aux affaires familiales pour gérer les situations potentiellement conflictuelles concernant le règlement de factures d'hébergement en maison de retraite médicalisée, notamment entre les enfants ou autres obligés alimentaires.

- ③25 Des mesures de simplification de l'organisation et de la gestion des établissements hébergeant des personnes âgées seront approfondies dans le cadre d'un groupe de travail.
- ③26 Plusieurs leviers existent pour améliorer l'efficacité de gestion des maisons de retraite et optimiser les fonds publics et les contributions financières des usagers. Un fonctionnement plus simple et plus lisible du secteur médico-social permettra un accompagnement moins coûteux, avec un impact positif sur le reste à charge, et davantage adapté aux besoins des personnes âgées et de leurs familles.
- ③27 Une partie des mesures figure dans la présente loi avec la réforme des appels à projets. Les projets d'extension et de transformation de places se verront ainsi facilités. Cela permettra, par exemple, de transformer des lits d'hôpital en places en maison de retraite.
- ③28 Il faut par ailleurs dans ce contexte promouvoir la responsabilité des gestionnaires, explorer les pistes de simplification, introduire plus de souplesse et d'objectivité dans la tarification et développer la contractualisation pluriannuelle et les mécanismes d'allocation de ressources associés.
- ③29 Afin d'améliorer le système de pilotage et de gestion, trop complexe et peu lisible, un groupe de travail sera mis en place dès septembre 2014.
- ③30 Le chantier de la réforme de la tarification sera ouvert, avec en perspective la mise en place d'une allocation plus simple et plus objective des financements des établissements, en tenant mieux compte des besoins des résidents et de la qualité de la prise en charge. Une meilleure connaissance des coûts des différentes composantes de la prise en charge des résidents, ainsi qu'une révision des outils de mesure des besoins d'accompagnement appuieront cette démarche.
- ③31 Enfin, le développement d'une offre cohérente et diversifiée d'hébergement et d'accompagnement, répondant aux objectifs d'ouverture des établissements sur leur environnement et d'intégration dans les projets des établissements d'une réponse en matière d'accueil au titre du répit des aidants nécessite de revoir le système de tarification de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, dans une logique de « plateforme de services ».
- ③32 Le chantier de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées, qui s'ouvre en 2014, devra prendre en compte le sujet des modalités d'accueil des personnes handicapées vieillissantes en établissements pour personnes âgées ou handicapées.

③③③ Dans un deuxième temps, lorsque le redressement des finances publiques entrepris par le gouvernement l'aura permis, la réforme de l'accompagnement en établissement devra rendre l'offre plus accessible. En effet, l'accessibilité financière à cette réponse globale étant une véritable difficulté pour les moins aisés, mais également pour les classes moyennes, le gouvernement a l'objectif à terme de réduire le reste à charge pour les usagers et leurs familles.

#### ③③④ **4. Mieux accompagner la fin de vie**

③③⑤ L'âge moyen de décès est aujourd'hui supérieur à 80 ans, les deux sexes confondus, et il augmente continument. Plus de la moitié des Français meurent à l'hôpital, dans des conditions souvent peu propices à une mort sereine. Selon le rapport annuel 2013 de l'Observatoire national de la fin de vie (ONFV) consacré aux âgés, en 2012, 13 000 personnes âgées sont mortes aux urgences peu après leur admission. La politique de territorialisation des politiques de santé (PAERPA) vise, en particulier, à diminuer ces hospitalisations délétères. Par ailleurs, près de 90 000 personnes sont décédées en maisons de retraite médicalisées en 2012.

③③⑥ Accompagner la mort dans le grand âge de la façon la plus digne possible revêt aujourd'hui un enjeu fondamental. D'ores et déjà, il est nécessaire de :

③③⑦ – systématiser le recours aux équipes de soins palliatifs en établissement, avec une exigence particulière pour les situations de grande détresse (isolement social et familial, perte d'autonomie physique lourde). L'objectif de 100 % de maisons de retraite médicalisées en lien avec une équipe mobile de soins palliatifs doit être rapidement atteint (75 % actuellement) ;

③③⑧ – développer la formation des professionnels intervenant en maisons de retraite médicalisées ou à domicile. Les médecins coordonnateurs et les soignants doivent être mieux formés à la communication et à la réflexion éthique autour des questions de fin de la vie. Compte tenu du rôle déterminant des médecins traitants et des médecins coordinateurs, des actions de formation « en équipe » doivent être mises en place en lien avec les équipes mobiles ou les réseaux de soins palliatifs existants ;

③③⑨ – prendre en compte la question de la fin de vie lors de l'élaboration ou de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, encourager chaque personne accueillie à désigner une personne de

confiance et à formuler ses souhaits et directives de manière anticipée et accompagnée ;

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

– renforcer les liens entre chaque espace de réflexion éthique régional ou interrégional (ERERI) et les maisons de retraite médicalisées, dans un objectif de renforcement de la formation, de l'appui à la mise en œuvre d'une démarche de réflexion éthique au sein de chaque établissement conformément aux recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

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

③42 **5. Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial**

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

③44 **5.1. Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire**

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

- ③46 À l'avenir ces formes d'accueil temporaire devraient correspondre à une demande croissante de souplesse des modes de prise en charge. Or aujourd'hui les missions et le maillage territorial des structures d'accueil temporaire sont très hétérogènes et la place dans l'offre globale de prise en

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

**347**            **5.2. Encourager le déploiement de l'accueil familial**

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

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

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

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

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

③53 Pour les accueillants, une formation obligatoire, quantifiée en volume d'heures, permettra d'assurer un accueil de qualité et de prendre en compte dans le cadre du Plan métier une possibilité de parcours professionnel. Enfin, sous couvert de l'accord des partenaires sociaux gestionnaires de l'assurance chômage, l'affiliation des accueillants au régime constituerait un progrès majeur. En effet, jusqu'ici, en l'absence de contrat de travail, les accueillants familiaux de gré à gré ne pouvaient l'être. Désormais, la rémunération des accueillants familiaux obéira, à titre dérogatoire, au même régime fiscal et de cotisations sociales que les salariés. Leur rémunération sera assujettie à cotisations et ils bénéficieront en conséquence, en période de chômage, du régime d'assurance, comme n'importe quel salarié. En sécurisant les périodes de chômage entre deux périodes d'accueil, cela permettra de rendre plus attractive cette offre de service amenée à se développer au regard des attentes des personnes âgées.

#### ③54 **6. Simplifier les outils de pilotage de l'offre sur le territoire**

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

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

③57 À l'avenir, l'amélioration de l'organisation de l'offre sur les territoires passera par des coopérations renforcées entre établissements et services. La loi va les favoriser en clarifiant les règles applicables en matière d'autorisation pour les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

358

## VOLET 4 : LA GOUVERNANCE

359

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

360

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

361

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

362

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

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

**364 1.1. Créer un Haut Conseil de l'âge contribuant à élaborer cette politique globale**

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

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

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

**368 1.2. Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale**

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

objectif de maîtrise de la dépense et d'équité territoriale dans la réponse aux besoins.

③70 La présente loi élargit les compétences de la CNSA, notamment en lui confiant un rôle d'appui méthodologique et d'harmonisation des pratiques en matière d'APA à l'instar des missions qu'elle exerce auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), une mission d'information du grand public sur les aides et services liés à la compensation de la perte d'autonomie, notamment par l'animation du portail internet destiné aux âgés et une mission relative aux aides techniques et à la prévention et une mission de soutien aux aidants. Elle accompagnera enfin la modernisation et la refondation du secteur de l'aide à domicile.

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

③72 **1.3. Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation**

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

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

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

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

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté  
par l'Assemblée nationale dans sa séance du 17 septembre 2014.*

*Le Président,*  
*Signé : CLAUDE BARTOLONE*