

PROJET DE LOI

relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

NOR : AFSX1404296L/Bleue-1

EXPOSÉ DES MOTIFS

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

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

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

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

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

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

TITRE I^{ER}. - ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

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

CHAPITRE I^{ER}. - L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX AIDES TECHNIQUES ET AUX ACTIONS COLLECTIVES DE PREVENTION

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

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

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

Tel est l'objet du présent chapitre.

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

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

Il précise que la conférence établit un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention pour répondre aux besoins des personnes âgées

de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, à partir du recensement des besoins sur la base notamment du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et du projet régional de santé.

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE II. - L'ACTION SOCIALE INTER REGIMES DES CAISSES DE RETRAITE

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

L'article L. 115-2-1 qui prévoit, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, le recueil et les échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale lorsqu'ils sont nécessaires à l'appréciation des droits de leurs ressortissants aux prestations et avantages sociaux qu'ils délivrent. Ces dispositions permettront aux caisses de retraite de croiser leurs données avec celles des caisses d'assurance maladie pour repérer les retraités en risque de perte d'autonomie, qui constituent la cible prioritaire de leur action sociale.

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

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

CHAPITRE III. - LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

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

TITRE II. - ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT

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

CHAPITRE I^{ER}. - VIE ASSOCIATIVE

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

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

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

CHAPITRE II. - HABITAT COLLECTIF POUR PERSONNES AGEES

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

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

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

L'article 11 substitue au niveau maximum actuel de dépendance moyenne de l'établissement, à savoir le « groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré » de 300, difficile à

évaluer et à tenir à jour, deux seuils maximum de personnes âgées dépendantes qui pourront résider dans ces résidences-autonomie, calculés en pourcentage du nombre total des résidents. Cette disposition a pour objectif de sécuriser les gestionnaires qui pourront désormais se référer à des règles claires portant sur la limitation de l'effectif des seules personnes en perte d'autonomie du logement-foyer, consacrant ainsi sa vocation première de logement.

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

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

L'article 13 modifie l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles pour préciser que seule la part de la redevance des résidences autonomie et EHPA non habilités à l'aide sociale, assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables, augmente chaque année au maximum sur la base de l'indice de référence des loyers. Le solde de la redevance est librement fixé lors de la signature du contrat de séjour et varie dans la limite du pourcentage fixé annuellement par le ministre de l'économie, dans les mêmes conditions que les prix des prestations d'hébergement des établissements non habilités à l'aide sociale.

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

Section 2 : les autres formes d'habitat avec services

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

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

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

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

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

CHAPITRE III. - TERRITOIRES, HABITAT ET TRANSPORTS

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

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

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

CHAPITRE IV. - DROITS, PROTECTION ET ENGAGEMENTS DES PERSONNES AGEES

Section 1 : Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 3 : Protection juridique des majeurs

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

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

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

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

TITRE III. - ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

CHAPITRE I^{ER}. - REVALORISER ET AMELIORER L'APA A DOMICILE

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

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

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

Elle s'appuie sur deux leviers principaux :

- renforcer l'aide à domicile en revalorisant le plafond des plans d'aide pour l'ensemble des bénéficiaires, mais de façon plus importante pour les personnes les plus dépendantes, afin de répondre à la saturation et au manque de diversification des plans d'aide actuels ;

- améliorer l'accessibilité de tous à l'aide proposée en allégeant le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds et en baissant le ticket modérateur pour les personnes les plus modestes, afin de limiter la sous-consommation des plans d'aide pour des raisons financières.

Tel est l'objet du présent chapitre.

Le 1° de **l'article 29** modifie l'article L. 232-3 pour mentionner l'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée, prévue à l'article L. 232-6 nouveau, à laquelle devra procéder l'équipe médico-sociale du département.

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE II. - REFONDER L'AIDE A DOMICILE

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

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

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

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

L'article 34 permet, à titre expérimental, avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) d'opter pour un mode d'organisation intégratif dans lequel les besoins, les prestations de soins et d'aide apportés aux personnes sont évalués, mis en œuvre et suivis sous la coordination d'un infirmier, pour une période de trois ans. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens définit les modalités de financement de ces services et notamment les prestations de prévention qui peuvent être prises en charge par l'agence régionale de santé et par le département. Cet article vise à accompagner le développement des SPASAD, qui présentent l'intérêt de rapprocher l'aide et le soin et de répondre à l'ensemble des besoins des personnes âgées ou handicapées. Leur rôle en matière de prévention de la perte d'autonomie est ainsi reconnu. Le Gouvernement remettra au Parlement, au plus tard le 30 juin 2017, un rapport d'évaluation de ces expérimentations.

CHAPITRE III. - SOUTENIR ET VALORISER LES AIDANTS

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

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

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

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

L'article 37 permet l'expérimentation de prestations de suppléance à domicile du proche aidant de toute personne ayant besoin d'une surveillance régulière (également appelées dispositifs de « baluchonnage »), qu'elle soit âgée, handicapée ou malade, assurées par des professionnels pouvant intervenir plusieurs jours consécutifs, dans le cadre d'un dispositif partiellement dérogatoire aux règles relatives au temps de travail, en service prestataire ou mandataire. Ces aménagements visent à prendre compte les spécificités liées à ce type d'interventions dans l'intérêt de la personne aidée et de l'intervenant professionnel.

CHAPITRE IV. - DISPOSITIONS FINANCIERES RELATIVES A L'ALLOCATION PERSONNALISE D'AUTONOMIE ET AU SOUTIEN ET A LA VALORISATION DES AIDANTS

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

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

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

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

CHAPITRE V. - SOUTENIR L'ACCUEIL FAMILIAL

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

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

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

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

- l'élaboration d'un projet d'accueil personnalisé ;

- la possibilité pour les personnes bénéficiant d'un accueil familial d'utiliser le CESU.

Celui-ci constitue un procédé simple et dématérialisé particulièrement adapté aux besoins des accueillis, les démarches déclaratives pouvant être en pratique difficiles à assumer directement pour une personne en situation de perte d'autonomie ou de handicap ;

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

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

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

CHAPITRE VI. - CLARIFIER LES REGLES RELATIVES AU TARIF D'HEBERGEMENT EN EHPAD

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

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

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

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

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

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

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

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

L'article 43 insère les mots : « , le représentant de l'Etat dans la région » après le mot : « département » à l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles pour rétablir la compétence du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale sur les décisions prises par le préfet de région. Cet article permet de réparer une omission rédactionnelle. L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires n'a pas pris en compte la compétence nouvelle du préfet de région en matière de tarification des prestations fournies par les établissements et services financés sur le budget de l'Etat. L'absence de référence aux décisions prise par le préfet de région dans l'article L. 351-1 du code de l'action sociale et des familles empêche tout établissement ou service social et médico-social dont les prestations sont financées par le budget de l'Etat, de former un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

CHAPITRE VII. - AMELIORER L'OFFRE SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE SUR LE TERRITOIRE

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

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

TITRE IV. - GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

CHAPITRE I^{ER}. - GOUVERNANCE NATIONALE

Section 1 : Le Haut Conseil de l'âge

Le débat public sur le vieillissement existe aujourd'hui au sein d'une multiplicité d'institutions et d'instances de débat au mandat limité et à la composition souvent proche. Dès lors, la question du vieillissement n'est pas abordée de manière suffisamment transversale et prospective. Ce déficit de partage des points de vue et des expertises entre tous les acteurs nuit à la visibilité et à l'impact des travaux conduits.

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

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

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

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

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

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

L'article L. 149-2 précise la composition du Haut Conseil, qui est fixée, de même que les modalités de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement, par décret. Celle-ci traduit l'objectif de donner davantage la parole aux âgés dans la construction et le pilotage des politiques qui les concernent, mais aussi de créer les conditions et le cadre d'un débat transversal sur les politiques de l'autonomie. Il est donc composé, en nombre égal d'hommes et de femmes, notamment des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales, des organismes de sécurité sociale compétents, de la CNSA, ainsi que des associations et organismes représentant les retraités et les personnes âgées, ou contribuant à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment en matière de logement et de transport et des organismes représentant les professionnels et les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Section 2 : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 3 : Systèmes d'information

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE II. - GOUVERNANCE LOCALE

Section 1 : La coordination gérontologique

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

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

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

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

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

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

Section 2 : Organisation du contentieux de l'aide sociale

L'article 55 prévoit de donner au Gouvernement une habilitation, pour dix-huit mois à compter de la publication de la présente loi, à légiférer par voie d'ordonnances en vertu de l'article 38 de la Constitution afin de réformer l'organisation du contentieux de l'aide sociale pour tirer les conséquences des décisions du Conseil constitutionnel n° 2010-110 QPC du 25 mars 2011 et n° 2012-250 QPC du 8 juin 2012, qui ont censuré certaines des dispositions relatives à la composition des juridictions compétentes.

TITRE V. - DISPOSITIONS RELATIVES A L'OUTRE-MER

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

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

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

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

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

TITRE VI. - DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

L'article 58 prévoit que le Gouvernement remet au Parlement au plus tard le 1^{er} septembre 2016, puis au plus tard le 1^{er} septembre 2017, un rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre de la présente loi. Ces deux rapports sont établis à l'issue d'une analyse conjointe de l'Etat et des départements et donnent lieu, le cas échéant, à des propositions d'évolution de la présente loi et de ses mesures d'application.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ministère des affaires sociales
et de la santé

PROJET DE LOI

relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

NOR : AFSX1404296L/Bleue-1

**TITRE PRELIMINAIRE
DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE PROGRAMMATION**

Article 1^{er}

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

Article 2

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

**TITRE I^{ER}
ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

**CHAPITRE I^{ER}
L'AMELIORATION DE L'ACCES AUX AIDES TECHNIQUES ET AUX ACTIONS
COLLECTIVES DE PREVENTION**

Article 3

Il est inséré, après le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles, un chapitre III ainsi rédigé :

« *CHAPITRE III*
« *PREVENTION*

« *Art. L. 233-I.* - 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 règlementaires.

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

« Dans ce cadre, la conférence :

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

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

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

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

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

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

« Les aides individuelles accordées dans le cadre des actions mentionnées au 1° de l'article L. 233-1, que le département finance par le concours mentionné au premier alinéa, doivent bénéficier aux personnes qui remplissent des conditions de ressources variant selon la zone géographique de résidence et définies par décret.

« La règle mentionnée au deuxième alinéa s'applique également aux financements complémentaires alloués par d'autres membres de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1.

« *Art. L. 233-3.* - La conférence mentionnée à l'article L. 233-1 est présidée par le président du conseil général. Elle comporte des représentants :

« 1° Du département et, sur décision de leur assemblée délibérante, de collectivités territoriales autres que le département et d'établissements publics de coopération intercommunale qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence ;

« 2° De l'agence nationale de l'habitat dans le département et de l'agence régionale de santé ;

« 3° Des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations des institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale ;

« 4° Des organismes régis par le code de la mutualité.

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

« En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

« *Art. L. 233-4.* - Le président du conseil général transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, au plus tard le 30 juin de chaque année, un rapport d'activité et les données nécessaires au suivi de l'activité de la conférence. Ces données sont relatives :

« 1° Au nombre de demandes et d'actions financées par les financeurs de la conférence, par type d'actions, notamment celles mentionnées aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1 ;

« 2° Aux dépenses par type d'action ;

« 3° Au nombre et aux caractéristiques des bénéficiaires des actions.

« Le défaut de transmission de ces informations après mise en demeure par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fait obstacle à tout nouveau versement au département à ce titre.

« *Art. L. 233-5.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 4

L'article L. 14-10-5 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « sept » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Le V est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « et de prévention », sont insérés les mots : « dont celles prévues aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1, » et après les mots : « d'études », sont insérés les mots : « et d'expertise » ;

b) Le *a* est remplacé par les dispositions suivantes :

« *a*) Pour les personnes âgées, ces charges, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues respectivement aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 233-1, pour des montants fixés annuellement par arrêté des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, sont retracées dans une sous-section spécifique abondée par une fraction correspondant au produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4 diminué des montants respectivement mentionnés au *b* du 1° du II du présent article et au *b* du présent V, ainsi que par une fraction des ressources prévues au *a* du 2 du I du présent article fixées par le même arrêté ; »

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

3° Le V *bis* est abrogé.

Article 5

Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du même code est complété par un article L. 14-10-10 ainsi rédigé :

« *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 :

« 1° Le concours correspondant au forfait autonomie mentionné à l'article L. 313-12 est réparti chaque année entre les départements en fonction du nombre de places dans les établissements éligibles au forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 ;

« 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-REGIMES DES CAISSES DE RETRAITE

Article 6

Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 115-2, il est inséré un article L. 115-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 115-2-1.* - Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale échangent entre eux les renseignements autres que médicaux qu'ils détiennent et qui sont nécessaires à l'appréciation de la situation de leurs ressortissants pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions qu'ils mettent en œuvre en vue de prévenir la perte d'autonomie.

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

2° Le chapitre est complété par un article L. 115-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 115-9.* - La Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale du régime social des indépendants concluent avec l'Etat 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'Etat.

« 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

Au chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles, après l'article L. 113-2, il est inséré un article L. 113-2-1 ainsi rédigé :

« *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

Au chapitre X du titre IV du livre I^{er} du même code, le IV de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

1° Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« *I°* En ressources :

« *a)* Une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget qui ne peut être inférieure à 5 %, ni supérieure à 12 % de ce produit ;

« *b)* Une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au *a* du 1° du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de cette fraction ; »

« *c)* Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4 affectée au *a* du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction. » ;

2° Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement des proches aidants, **de dépenses de formation des accueillants familiaux mentionnés** aux articles L. 441-1 et L. 444-1, de dépenses de formation et de soutien des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés aux 1° et 3° de l'article L. 314-3-1. »

TITRE II ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

CHAPITRE I^{ER} VIE ASSOCIATIVE

Article 9

Le deuxième alinéa de l'article L. 120-17 du code du service national est remplacé par les dispositions suivantes :

« Une attestation de tutorat est délivrée dans des conditions définies par l'Agence du service civique, à toute personne âgée de soixante ans ou plus retraitée qui contribue en sa qualité de tuteur à la transmission des savoirs et compétences aux personnes effectuant un engagement de service civique et à leur formation civique et citoyenne. »

Article 10

Après le titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un titre VIII ainsi rédigé :

« TITRE VIII « VOLONTARIAT CIVIQUE SENIOR

« *Art. L. 480-1.* - Le volontariat civique senior a pour objet de renforcer le lien social et intergénérationnel en permettant aux personnes volontaires âgées de soixante ans ou plus retraitées de s'engager au service de la communauté nationale par la réalisation d'une mission d'intérêt général auprès d'une personne morale à but non lucratif, en France ou à l'étranger.

« 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.

« Il ouvre droit à la délivrance d'un certificat de volontaire civique senior.

« Art. L. 480-2. - Le volontariat civique senior est un engagement libre et désintéressé, réalisé sur une période continue ou discontinue, réservée aux personnes âgées de soixante ans ou plus retraitées.

« La collaboration entre le volontaire et la personne morale est exclusive de tout lien de subordination et ne relève pas du code du travail.

« Art. L. 480-3. - Le volontaire bénéficie dans le cadre de sa mission du remboursement des frais réellement engagés. Dans les conditions et selon les modalités prévues par l'article 12 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative à l'engagement éducatif, la personne morale peut faire bénéficier le volontaire de chèques-repas lui permettant d'acquitter en tout ou partie le prix de repas consommés au restaurant ou préparés par un restaurateur.

« Art. L. 480-4. - Un décret fixe les conditions d'application du présent titre. »

CHAPITRE II HABITAT COLLECTIF POUR PERSONNES AGEES

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

Article 11

L'article L. 313-12 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, les mots : « dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret » sont remplacés par les mots : « dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret » et les mots : « au plus tard le 31 décembre 2007 » sont supprimés ;

2° Au deuxième alinéa du I, les mots : « Si la convention pluriannuelle n'est pas conclue avant la date prévue au précédent alinéa » sont supprimés et les mots : « des établissements retardataires » sont remplacés par les mots : « des établissements relevant du présent I dans sa rédaction applicable au 1^{er} janvier 2008 et qui n'ont pas conclu depuis cette date de convention pluriannuelle » ;

3° Au troisième alinéa du I, les mots : « A compter du 1^{er} janvier 2008, » sont supprimés ;

4° Le premier alinéa du I *bis* est remplacé par les dispositions suivantes :

« I bis. - Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui ont opté pour la dérogation prévue par le présent I *bis* dans sa rédaction issue de la loi n° 2005-1579 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et continuaient d'en relever à la date de publication de la loi n° ...-... du ... conservent le bénéfice de cette dérogation tant qu'ils accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion inférieure à un seuil fixé par décret. » ;

5° Aux deuxième et troisième alinéas du I *bis*, le mot : « opte » est remplacé par les mots : « a opté » ;

6° Le dernier alinéa du I *bis* est supprimé ;

7° Aux deux alinéas du I *ter*, le mot : « bénéficiant » est remplacé par le mot : « bénéficiaient » ;

8° Au premier alinéa du I *ter*, les mots : « au deuxième seuil mentionné au premier alinéa du I *bis* » sont remplacés par les mots : « au seuil défini par le décret prévu au premier alinéa du I *bis* » ;

9° Au deuxième alinéa du I *ter*, les mots : « au seuil mentionné au I » sont remplacés par les mots : « aux seuils mentionnés au I » ;

10° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« *III.* - Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I ainsi que les établissements relevant des I *bis* et I *ter*.

« Ils proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations peuvent également être proposées à des non-résidents.

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

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

Article 12

L'article L. 633-3 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

« *Art. L. 633-3.* - A titre dérogatoire, dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant des 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, la durée du contrat prévu à l'article L. 633-2 est celle du contrat de séjour conclu entre le résident et le gestionnaire en application de l'article L. 311-4 ou de l'article L. 342-1 du code précité. Les clauses et mentions obligatoires prévues par le présent chapitre peuvent être insérées dans le contrat de séjour.

« Pour les établissements mentionnés à l'alinéa précédent, le règlement de fonctionnement mentionné à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles tient lieu de règlement intérieur. »

Article 13

Le 3° de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

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

Article 14

L'article L. 411-10 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa, les mots : « L'établissement public de gestion immobilière du Nord-Pas-de-Calais et » sont supprimés ;

2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les logements concernés sont des logements autonomes en habitations individuelles ou collectives, les logements des logements-foyers définis à l'article L. 633-1, ainsi que les logements des centres d'hébergement et de réinsertion sociale mentionnés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

3° Au dixième alinéa, les mots : « , à l'exception des logements ou lits mentionnés au 4° de l'article L. 302-5 » sont supprimés.

Section 2
Les autres formes d'habitat avec services

Article 15

I. - Les articles 41-1 à 41-5 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. 41-1.* - Le règlement de copropriété peut étendre l'objet d'un syndicat de copropriétaires à la fourniture aux occupants de l'immeuble de services spécifiques dont les catégories sont précisées par décret, qui, du fait qu'ils bénéficient par nature à l'ensemble de ses occupants, ne peuvent être individualisés.

« Les services non individualisables sont procurés en exécution d'une convention conclue avec des tiers. Les charges relatives à ces services sont réparties conformément au premier alinéa de l'article 10. Les charges de fonctionnement constituent des dépenses courantes au sens et pour l'application de l'article 14-1.

« Les décisions relatives à la suppression des services non individualisables sont prises à la majorité prévue au premier alinéa de l'article 26 et, le cas échéant, à celle prévue au dernier alinéa du même article.

« Si l'équilibre financier d'un ou de services mentionnés au présent article est gravement compromis, et après que l'assemblée générale s'est prononcée, le juge statuant comme en matière de référé, saisi par des copropriétaires représentant 15 % au moins des voix du syndicat, peut décider soit la suspension, soit la suppression de ce ou de ces services.

« Le statut de la copropriété des immeubles bâtis est incompatible avec l'octroi de services de soins ou d'aide et d'accompagnement exclusivement liés à la personne, qui ne peuvent être fournis que par des établissements et des services relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

« *Art. 41-2.* - Le règlement de copropriété peut prévoir l'affectation de certaines parties communes à la fourniture, aux occupants de l'immeuble, de services individualisables. Il précise alors la répartition et la charge des dépenses d'entretien et de fonctionnement liées à ces parties communes.

« *Art. 41-3.* - Les conditions d'utilisation par les tiers des parties communes destinées à des services spécifiques individualisables sont fixées dans une convention stipulée à titre gratuit, conformément aux articles 1875 et suivants du code civil. Cette convention est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable.

« *Art. 41-4.* - L'assemblée générale, sur proposition du conseil syndical, choisit, à la majorité de l'article 25 et, le cas échéant, de l'article 25-1, le ou les prestataires appelés à fournir les prestations de services spécifiques individualisables. Elle approuve, par un vote distinct et selon les mêmes modalités, les termes de la convention envisagée avec le ou les prestataires choisis, ayant pour objet le prêt gratuit des parties communes affectées aux services concernés, établie conformément aux dispositions de l'article 41-3.

« La durée des contrats de prestations conclus par chaque copropriétaire avec les prestataires ne peut excéder celle du prêt dont ces derniers bénéficient.

« *Art. 41-5.* - Les modifications du règlement de copropriété emportant désaffectation des parties communes affectées aux services mentionnés à l'article 41-3 sont prises à la majorité de l'article 26. Elles doivent être notifiées par le syndic aux prestataires concernés. Elles entraînent la résiliation de plein droit des conventions de prêt et de fourniture de service conclus avec les prestataires.

« *Art. 41-6.* - Le syndicat des copropriétaires d'une résidence service ne peut déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical.

« Le conseil syndical donne obligatoirement son avis sur les projets des conventions visées au deuxième alinéa de l'article 41-1 et à l'article 41-4. Il en surveille l'exécution et présente un bilan chaque année à l'assemblée générale.

« Le prestataire des prestations individualisables et non individualisables ne peut être le syndic, ses préposés, son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus.

« *Art. 41-7.* - Un conseil des résidents constitué des personnes demeurant à titre principal dans la résidence est mis en place.

« Le conseil des résidents est réuni par le syndic avant la tenue de l'assemblée générale des copropriétaires. L'ordre du jour de cette assemblée lui est communiqué.

« Le syndic met à la disposition du conseil des résidents un local afin qu'il puisse se réunir et lui communique les comptes rendus de l'assemblée générale ainsi que toutes les informations relatives aux services fournis dans la résidence, afin que le conseil émette un avis notamment sur le besoin de création ou de suppression d'un service.

« Lors de la réunion du conseil des résidents, un secrétaire de séance est désigné. Le secrétaire rédige le compte-rendu de la séance qui est cosigné par le syndic et adressé à tous les résidents. Le compte-rendu des réunions du conseil des résidents est remis à toute personne intéressée préalablement à la signature d'un contrat de bail d'habitation ou à la cession d'un lot dans la résidence. »

II. - Le 4° de l'article L. 7232-1-2 du code du travail est abrogé.

CHAPITRE III TERRITOIRES, HABITAT ET TRANSPORTS

Article 16

Au IV de l'article L. 302-1 du code de la construction et de l'habitation, après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« - les réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants. »

Article 17

L'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « aux personnes handicapées », sont ajoutés les mots : « et aux personnes âgées, » et après les mots : « d'associations d'usagers », sont ajoutés les mots : « , d'associations représentant les personnes âgées » ;

2° Au cinquième alinéa, après les mots : « aux personnes handicapées », sont ajoutés les mots : « et aux personnes âgées. » ;

3° Au sixième alinéa, après les mots : « commission intercommunale pour l'accessibilité aux personnes handicapées », sont insérés les mots : « et aux personnes âgées, ».

Article 18

Le code des transports est ainsi modifié :

1° Au 2° de l'article L. 1214-2, après les mots : « des personnes handicapées ou dont la mobilité est réduite », sont insérés les mots : « , ainsi que des personnes âgées » ;

2° Le quatrième alinéa de l'article L. 1231-8 est complété par les mots : « ainsi qu'à l'intention de publics spécifiques et notamment les personnes handicapées et les personnes âgées ».

CHAPITRE IV

DROITS, PROTECTION ET ENGAGEMENTS DES PERSONNES AGEES

Section 1

Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées

Article 19

Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° A l'article L. 113-1, le mot : « placement » est remplacé par le mot : « accueil » ;

2° Après l'article L. 113-1, sont insérés deux articles L. 113-1-1 et L. 113-1-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 113-1-1.* - Dans les conditions définies aux articles L. 232-1 et suivants, la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie.

« *Art. L. 113-1-2.* - Les personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est assuré notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par les départements, dans le cadre de leurs compétences définies respectivement aux articles L. 14-10-1 et L. 113-2. »

Article 20

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

Article 21

L'article L. 231-4 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « placée » est remplacé par le mot : « accueillie » ;

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

Article 22

La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III du même code est ainsi modifiée :

1° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :

a) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 ; »

b) Au 3°, après les mots : « son autonomie », sont insérés les mots : « , notamment sa capacité d'aller et venir, » ;

2° L'article L. 311-4 est ainsi modifié :

a) Le *a* est complété par les mots : « la charte est affichée dans l'établissement ou le service ; »

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

« Lors de la conclusion du contrat de séjour, le directeur de l'établissement ou son délégué s'assure, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, du consentement de la personne à être accueillie, sous réserve de l'application du troisième alinéa de l'article 459-2 du code civil. Il s'assure également de la connaissance et de la compréhension de ses droits par la personne accueillie. Il l'informe de la possibilité de désigner une personne de confiance, telle que définie à l'article L. 311-5-1. » ;

c) Au quatrième alinéa, les mots : « ou de son représentant légal » sont remplacés par les mots : « ou, le cas échéant, de son représentant légal dans le respect des dispositions du titre XI du livre I^{er} du code civil et notamment de celles de son article 459-2. » ;

3° Après l'article L. 311-4, il est inséré un article L. 311-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 311-4-1. - I. -* Lorsque'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter, sur avis conforme du médecin coordonnateur de l'établissement et après avis du médecin traitant, ou, à défaut de médecin coordonnateur, sur avis conforme du médecin traitant, après examen de l'intéressé, une annexe précisant les adaptations apportées aux contraintes prévues par le règlement de fonctionnement et susceptibles de limiter les possibilités d'aller et venir du résident, aux seules fins d'assurer son intégrité physique et la sécurité des personnes. Elles doivent être proportionnées à son état et aux objectifs de sa prise en charge. Le contenu de cette annexe peut être révisé chaque fois que nécessaire à l'initiative de l'intéressé, du directeur de l'établissement et du médecin coordonnateur ou, à défaut, du médecin traitant.

« II. - La personne accueillie, ou, le cas échéant, son représentant légal dans le respect des dispositions du titre XI du livre I^{er} du code civil et notamment de celles de son article 459-2, peut exercer par écrit un droit de résiliation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

« Passé ce délai et à tout moment, la personne accueillie, ou, le cas échéant, son représentant légal dans le respect des dispositions du titre XI du livre I^{er} du code civil et notamment de celles de son article 459-2, peut résilier le contrat de séjour par écrit, au terme d'un délai de réflexion de 48 heures ; le délai de préavis qui peut lui être opposé doit être prévu au contrat et ne peut excéder une durée prévue par décret.

« III. - La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants, et dans des délais de préavis dont la durée est prévue par le décret mentionné à l'alinéa précédent :

« 1° Inexécution par la personne hébergée d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement ;

« 2° Cessation totale d'activité de l'établissement ;

« 3° Cas où la personne hébergée cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement considéré. » ;

4° A la section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 311-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 311-5-1. -* Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche, le médecin traitant ou la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, et qui est chargée, si la personne majeure le souhaite, de l'accompagner dans ses démarches et de l'aider dans ses décisions relatives à sa prise en charge. La personne de confiance est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits.

« La désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment.

« Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne accueillie de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de la prise en charge, à moins que la personne n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de protection judiciaire est ordonnée et que le juge, ou le conseil de famille, s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne en application du deuxième alinéa de l'article 459 du code civil.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux établissements prenant en charge des mineurs. »

Section 2

Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles

Article 23

I. - Au chapitre VI du titre I^{er} du livre I^{er} du même code, après l'article L. 116-3, il est inséré un article L. 116-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 116-4.* - Les personnes physiques ou morales propriétaires, administrateurs ou employés d'un établissement ou service soumis à autorisation ou à déclaration en application du présent code ou d'un service soumis à agrément ou à déclaration en application des 2° et 3° de l'article L. 7231-1 du code du travail, ainsi que les bénévoles qui agissent en leur sein et les associations dans le cadre desquelles ces derniers interviennent ou exercent une responsabilité, ne peuvent profiter de dispositions à titre gratuit entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par les personnes prises en charge par l'établissement ou le service pendant la durée de cette prise en charge, sous réserve des exceptions prévues aux 1° et 2° de l'article 909 du code civil. L'article 911 du même code est applicable aux libéralités en cause.

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

II. - Les articles L. 331-4 et L. 443-6 du même code sont abrogés.

Article 24

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

Article 25

Au chapitre unique du titre III du livre III du code de l'action sociale et des familles, après l'article L. 331-8, il est inséré un article L. 331-8-1 ainsi rédigé :

« *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'Etat, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans la gestion ou l'organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers ou le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge. »

Section 3

Protection juridique des majeurs

Article 26

Le chapitre I^{er} du titre VIII du livre IV du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 471-6 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 471-6.* - Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs remet personnellement à la personne protégée ou, dès lors que l'état de cette dernière ne lui permet pas d'en mesurer la portée, à un membre du conseil de famille s'il a été constitué ou, à défaut, à un parent, un allié ou une personne de son entourage dont il connaît l'existence, le cas échéant à la personne de confiance désignée au titre de l'article L. 311-5-1 :

« 1° Une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée ;

« 2° Un document individuel de protection des majeurs qui vaut, le cas échéant, document individuel de prise en charge pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 311-4.

« Ce document définit les objectifs et la nature de la mesure de protection dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et, le cas échéant, du projet de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le montant prévisionnel des prélèvements opérés sur les ressources de la personne protégée. Le contenu minimal de ce document est fixé par décret.

« Une copie des documents mentionnés aux 1° et 2° du présent article est, dans tous les cas, adressée à la personne par tout moyen propre à en établir la date de réception. » ;

2° L'article L. 471-8 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « à l'article L. 471-6 » sont remplacés par les mots : « au 1° de l'article L. 471-6 » ;

b) Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Le document individuel de protection des majeurs prévu au 2° de l'article L. 471-6. »

Article 27

La section 1 du chapitre II du titre VII du livre IV du même code est ainsi modifiée :

1° A l'article L. 472-1, les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;

2° Après l'article L. 472-1, il est inséré un article L. 472-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 472-1-1.* - L'agrément est délivré après un appel à candidatures émis par le représentant de l'Etat dans le département, qui fixe la date à laquelle les dossiers de candidatures doivent être déposés. Les conditions d'application du présent alinéa, et notamment les informations qui doivent être fournies par les candidats, sont fixées par décret.

« Le représentant de l'Etat dans le département arrête la liste des candidats dont le dossier est recevable au regard des conditions prévues par les articles L. 471-4 et L. 472-2.

« Il classe les candidatures inscrites dans la liste mentionnée à l'alinéa précédent et procède parmi elles à une sélection, en fonction des objectifs et des besoins fixés par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale prévu au *b* du 2° de l'article L. 312-5 et de critères fixés par décret en Conseil d'Etat et de nature à assurer la qualité, la proximité et la continuité de la prise en charge.

« Le procureur de la République émet un avis sur les candidatures sélectionnées.

« Le représentant de l'Etat dans le département délivre l'agrément aux candidats ayant reçu un avis conforme du procureur de la République.

« Tout changement important dans l'activité, l'installation ou l'organisation d'un mandataire ou dans les garanties en matière de responsabilité civile prévues à l'article L. 472-2 doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. Tout changement affectant le respect des critères mentionnés aux deuxième et troisième alinéas ainsi que la nature des mesures que la personne exerce justifie un nouvel agrément dans les conditions prévues aux alinéas précédents. »

Article 28

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

TITRE III
ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

CHAPITRE I^{ER}
REVALORISER ET AMELIORER L'ALLOCATION PERSONNALISEE
D'AUTONOMIE (APA) A DOMICILE

Article 29

La section 1 du chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 232-3, après les mots : « équipe médico-sociale. », sont insérés les mots : « , sur la base de l'évaluation multidimensionnelle mentionnée à l'article L. 232-6 » et le deuxième alinéa de l'article est supprimé ;

2° Après l'article L. 232-3, il est inséré un article L. 232-3-1 ainsi rédigé :

« *Art L. 232-3-1.* - Le montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond annuel défini par décret en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille mentionnée à l'article L. 232-2 et revalorisé chaque année au 1^{er} janvier conformément à l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 232-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminuée d'une participation à la charge de celui-ci.

« Cette participation est calculée et actualisée au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de ses ressources déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 et du montant du plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1^{er} janvier conformément aux dispositions de l'article L. 232-3-1. » ;

4° L'article L. 232-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« L'équipe médico-sociale :

« 1° Apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à la prestation sur la base de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 ;

« 2° Evalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants. Cette évaluation est réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté ministériel ;

« 3° Propose le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3 et recommande les modalités d'intervention qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire, et des besoins des proches aidants, ainsi que les modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ces derniers ;

« 4° Identifie les autres aides utiles, dont celles déjà mises en place, au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses proches aidants, non prises en charge au titre de l'allocation qui peut lui être attribuée. » ;

b) Au deuxième alinéa devenu le sixième, les mots : « service prestataire d'aide à domicile agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail » sont remplacés par les mots : « service prestataire d'aide à domicile autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-3 du code du travail » ;

5° Le deuxième alinéa de l'article L. 232-7 est supprimé ;

6° L'article L. 232-12 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « d'une commission présidée par le président du conseil général ou son représentant » sont remplacés par les mots : « de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

7° A l'article L. 232-14, les premier et dernier alinéas sont supprimés ;

8° L'article L. 232-15 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'allocation personnalisée d'autonomie est versée à son bénéficiaire sous réserve des dispositions prévues aux cinquième et sixième alinéas.

« Le versement de la partie de l'allocation servant à payer des aides régulières est mensuel.

« La partie de l'allocation servant au règlement de dépenses relatives aux aides techniques, à l'adaptation du logement et aux prestations d'accueil temporaire ou de répit à domicile peut faire l'objet de versements ponctuels au bénéficiaire dans des conditions définies par décret.

« La partie de l'allocation destinée à rémunérer un salarié, un accueillant familial ou un service d'aide à domicile autorisé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ou agréé dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1 du code du travail peut être versée au bénéficiaire de l'allocation sous forme de chèque emploi-service universel, sous réserve des dispositions de l'article L. 1271-2 du code du travail.

« Le département peut verser la partie de l'allocation destinée à rémunérer un service d'aide à domicile directement au service choisi par le bénéficiaire, qui demeure libre de choisir un autre service. De même, la partie de l'allocation destinée à rémunérer les structures assurant un accueil temporaire mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 314-8 peut leur être versée directement.

« Le département peut verser la partie de l'allocation concernée directement à la personne physique ou morale ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, ou réalise l'aménagement du logement, ou assure l'accueil temporaire ou le répit à domicile. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

9° L'article L. 232-18 est abrogé.

Article 30

Au VI de la section 2 du chapitre III du titre II du livre des procédures fiscales (partie législative), il est inséré, après l'article L. 153, un article L. 153 A ainsi rédigé :

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

CHAPITRE II

REFONDER L'AIDE A DOMICILE

Article 31

A la section 3 du chapitre III du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-11-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 313-11-1.* - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés à l'article L. 313-11 conclus avec des services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L. 313-1-2 précisent :

« 1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;

« 2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;

« 3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;

« 4° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;

« 5° Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 312-5 et par le schéma régional de prévention mentionné à l'article L. 1434-5 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;

« 6° Les objectifs de qualification professionnelle au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;

« 7° La nature des liens de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;

« 8° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;

« 9° Les critères d'évaluation des actions conduites. »

Article 32

Des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, autorisés au titre de l'article L. 313-1 du même code, peuvent être menées à compter de la publication de la présente loi pour une durée n'excédant pas un an. Ces expérimentations peuvent inclure des modalités particulières de conventionnement entre les présidents de conseil général et les services mentionnés au 2° de l'article L. 313-1-2 du même code et, le cas échéant, les organismes de protection sociale. Elles respectent un cahier des charges approuvé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales.

Les expérimentations en cours à la date de publication de la présente loi, en application du II de l'article 150 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, peuvent être poursuivies jusqu'au terme de la durée mentionnée au premier alinéa.

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 30 octobre 2015, un rapport d'évaluation des expérimentations mentionnées aux premier et deuxième alinéas, à partir notamment des contributions des départements et des services expérimentateurs.

Article 33

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

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

Article 34

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

La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités locales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du code précité.

Ce contrat prévoit notamment :

1° La coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;

2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires, la dotation globale ou le forfait global prévu à l'article 34, tels que déterminés par le président du conseil général ;

3° Pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

4° La définition des actions de prévention, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.

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

CHAPITRE III

SOUTENIR ET VALORISER LES PROCHES AIDANTS

Article 35

Au chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles, il est inséré, après l'article L. 113-1-2, un article L. 113-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 113-1-3.* - Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent, un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide de manière régulière à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes de la vie quotidienne. »

Article 36

A la section 1 du chapitre II du titre III du livre II du même code, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 232-3-2.* - Le proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensables au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie et qui ne peut être remplacé peut ouvrir droit, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie et sans préjudice du plafond mentionné à l'article L. 232-3-1, à des dispositifs répondant à des besoins de répit. Ces dispositifs, qui doivent être adaptés à la personne qu'il aide, sont définis dans le plan d'aide suivant le besoin de répit évalué par l'équipe médico-sociale lors de la demande d'allocation ou dans le cadre d'une demande de révision, dans la limite d'un plafond et suivant des modalités fixées par décret.

« *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.

« 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

I. - A titre expérimental, pour une durée de cinq ans à compter de la publication du décret mentionné au V et dans les conditions prévues aux II, III et V, les établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent, lorsqu'ils réalisent des prestations à domicile de suppléance du proche aidant d'une personne nécessitant une surveillance permanente pendant des périodes d'absence de celui-ci :

1° Recourir à leurs salariés volontaires ;

2° Placer des salariés volontaires mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail conformément aux dispositions du 1° de l'article L. 7232-6 du même code.

La mise en œuvre de ces prestations, ainsi que des dérogations prévues au II, est portée à la connaissance des autorités compétentes conformément au quatrième alinéa du L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles ou des autorités ayant délivré les agréments prévus au 2° de l'article L. 7232-1 du code du travail.

Elle est subordonnée à la délivrance d'une autorisation de service d'aide et d'accompagnement à domicile ou d'un agrément prévu au 2° de l'article L. 7232-1 du code du travail lorsque ces prestations ne sont pas comprises dans le champ d'une autorisation ou d'un agrément préexistant.

II. - Les salariés mentionnés au 1° du I ne sont pas soumis aux dispositions des articles L. 3121-33 à L. 3121-37, L. 3122-34 et L. 3122-35 et L. 3131-1 du code du travail, ni aux dispositions relatives aux temps de pause, aux durées maximales 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.

Les salariés mentionnés au 2° du I ne sont pas soumis aux dispositions relatives aux temps de pause, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, aux durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail de nuit et à la durée minimale de repos quotidien prévues par la convention collective des salariés du particulier employeur.

III. - La durée d'une intervention au domicile d'une personne mentionnée au II ne peut excéder six jours consécutifs. A l'issue de l'intervention, le salarié bénéficie d'un repos compensateur.

Le nombre de journées d'intervention ne peut excéder pour chaque salarié un plafond annuel de quatre-vingt-quatorze jours, apprécié sur chaque période de douze mois consécutifs.

La totalité des heures accomplies pour le compte des établissements et services mentionnés aux 2°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles par un salarié ne peut excéder quarante-huit heures par semaine calculées, en moyenne, sur une période de quatre mois consécutifs. Pour l'appréciation de ce plafond, l'ensemble des heures de présence au domicile ou en établissement des personnes mentionnées au II est pris en compte.

Les salariés bénéficient au cours de chaque période de vingt-quatre heures d'une période minimale de repos de onze heures consécutives.

Cette période de repos peut être soit supprimée, soit réduite, sans pouvoir être inférieure à huit heures. Les personnes bénéficient alors d'un repos compensateur égal à la fraction du repos dont elles n'ont pu bénéficier. Ce repos est accordé en tout ou partie pendant l'accueil.

IV. - Les autorités compétentes mentionnées au quatrième alinéa du I, en liaison avec les établissements et services expérimentateurs, remettent un rapport d'évaluation aux ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, au plus tard le 1^{er} juillet 2018.

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 31 décembre 2018, un rapport d'évaluation des expérimentations mentionnées au I, à partir notamment des contributions des autorités mentionnées au quatrième alinéa du I et des services expérimentateurs.

V. - Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

CHAPITRE IV
**DISPOSITIONS FINANCIERES RELATIVES A L'ALLOCATION PERSONNALISEE
D'AUTONOMIE ET AU SOUTIEN ET A LA VALORISATION DES PROCHES AIDANTS**

Article 38

Le chapitre IX du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le II de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :

a) Le *a* est remplacé par un 1° et est ainsi rédigé :

« 1° En ressources :

« a) 20 % du produit des contributions visées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit de la contribution sociale généralisée mentionné au 3° du même article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;

« b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2015, cette fraction est fixée à 39 % du produit de cette contribution. Au titre de l'exercice 2016, elle est fixée à 69,5 % de ce produit. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit. » ;

b) Le *b* est remplacé par un 2° ;

c) Au 2°, le *a* est remplacé par un 1° ;

2° L'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. - Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est divisé en deux parts :

« 1° Le montant de la première part est réparti annuellement entre les départements selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat dans la limite des ressources mentionnées au *a* du 1° du II de l'article L. 14-10-5, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon calculée et répartie selon des modalités prévues au II, en fonction des critères suivants : » ;

b) Au sixième alinéa devenu le septième, les mots : « du montant ainsi réparti » sont remplacés par les mots : « des montants répartis en application des 1° et 2° » ;

c) Le septième alinéa devenu le huitième est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'attribution de la première part est majorée pour les départements dont le rapport défini à l'alinéa précédent est supérieur au taux fixé et, pour les autres départements, est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, *au prorata* de la répartition effectuée en application dudit alinéa entre ces seuls départements. » ;

d) Au huitième alinéa devenu le neuvième, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « septième » ;

e) Au neuvième alinéa devenu le dixième, les mots : « le concours » sont remplacés par les mots : « la première part du concours » et les mots : « de la section visée au II » sont remplacés par les mots : « du a du 1° du II » ;

f) Après le neuvième alinéa devenu le dixième, il est ajouté deux alinéas ainsi rédigés :

« 2° Le montant de la seconde part est réparti au 1^{er} janvier de l'année entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles résultant des articles L. 232-3-1, L. 232-3-2, L. 232-3-3 et L. 232-4 dans leur rédaction issue de la loi n° ... - ... du ... d'adaptation de la société au vieillissement et dans les limites des ressources mentionnées au b du 1° du II de l'article L. 14-10-5. Cette répartition est opérée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

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

CHAPITRE V

SOUTENIR L'ACCUEIL FAMILIAL

Article 39

I. - Le titre IV du livre IV du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 441-1 est ainsi modifié :

a) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue et une initiation aux gestes de secourisme organisées par le président du conseil général et si un suivi social et médico-social des personnes accueillies peut être assuré. Un décret en Conseil d'Etat fixe les critères d'agrément et approuve un référentiel.

« La décision d'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de six contrats d'accueil au total. Toutefois, le président du conseil général peut, si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil simultané de plus de trois personnes pour répondre à des besoins d'accueil spécifiques. La décision précise les modalités d'accueil prévues : à temps complet ou partiel, en particulier accueil de jour ou accueil de nuit, permanent ou temporaire. La décision d'agrément peut préciser les caractéristiques, en termes de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies. » ;

b) Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Toute décision de refus d'agrément est motivée et, lorsqu'elle fait suite à une demande de renouvellement d'agrément, prise après avis de la commission consultative mentionnée à l'article L. 441-2. »

« Le président du conseil général peut subordonner, le cas échéant dans le cadre de la décision d'agrément, l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et, le cas échéant, de la personne accueillie. » ;

c) A l'avant-dernier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

2° Au deuxième alinéa de l'article L. 441-2, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;

3° L'article L. 442-1 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce contrat prévoit un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie. » ;

b) Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La rémunération et les indemnités prévues aux 1° à 4° peuvent être déclarées et, le cas échéant, versées par le chèque emploi-service universel défini à l'article L. 1271-1 du code du travail, sous réserve des dispositions de l'article L. 1271-2 du même code. » ;

c) L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Il garantit à la personne accueillie l'exercice des droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3. A cet effet, la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 lui est annexée. »

« Le contrat prévoit également la possibilité pour la personne accueillie de recourir aux dispositifs prévus par les articles L. 311-5 et L. 311-5-1. » ;

4° A la fin du chapitre III, il est rétabli un article L. 443-11 ainsi rédigé :

« Art. L. 443-11. - Les objectifs, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue prévue à l'article L. 441-1 sont définis par décret. Ce décret précise la durée de formation qui doit être obligatoirement suivie avant le premier accueil ainsi que les dispenses de formation qui peuvent être accordées si l'accueillant familial justifie d'une formation antérieure équivalente. »

« L'initiation aux gestes de secourisme prévue à l'article L. 441-1 est préalable au premier accueil. »

« Le département prend en charge, lorsqu'il n'est pas assuré, l'accueil des personnes dont l'état de handicap ou de perte d'autonomie le nécessite durant les temps de formation obligatoire des accueillants. »

II. - Le chapitre I^{er} du titre VII du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 1271-1 est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Soit de déclarer par voie dématérialisée et, lorsqu'il comporte une formule de chèque régie par le chapitre I^{er} du titre III du livre I^{er} du code monétaire et financier, de rémunérer les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° A l'article L. 1271-2, après les mots : « Lorsqu'il est utilisé en vue de déclarer un salarié », sont insérés les mots : « ou un accueillant familial ».

III. - Le troisième alinéa de l'article L. 133-8 du code de la sécurité sociale et le quatrième alinéa de l'article L. 1271-3 du code du travail sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« 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 REGLES RELATIVES AU TARIF D'HEBERGEMENT EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR LES PERSONNES AGEES DEPENDANTES (EHPAD)

Article 40

Le chapitre II du titre IV du livre III du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 342-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « conformément au premier alinéa de l'article L. 342-3 » sont remplacés par les mots : « conformément aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 342-3. » ;

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

« Pour les établissements relevant du premier alinéa du I de l'article L. 313-12, le contrat prévoit dans tous les cas un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement dont la liste est fixée par décret, et qui est dit "socle de prestations". » ;

c) Au troisième alinéa devenu le quatrième, les mots : « les prestations » sont remplacés par les mots : « les autres prestations » ;

2° Les deux premiers alinéas de l'article L. 342-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le socle de prestations prévu au troisième alinéa de l'article L. 342-2 fait l'objet d'un prix global, qui est dit "tarif socle". Toute clause prévoyant un prix distinct pour une prestation relevant du socle est réputée non écrite.

« Les tarifs socles et les prix des autres prestations d'hébergement sont librement fixés lors de la signature du contrat. Ils varient ensuite, dans des conditions fixées par décret, dans la limite d'un pourcentage fixé au 1^{er} janvier de chaque année par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et du ministre chargé de l'économie et des finances, compte tenu de l'évolution des coûts de la construction, des produits alimentaires et des services et du taux d'évolution des retraites de base prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

« Le conseil de la vie sociale est consulté sur les tarifs socles et sur le prix des autres prestations d'hébergement proposées, et notamment lors de la création d'une nouvelle prestation.

« Pour les établissements relevant du 3° de l'article L. 342-1, les prestations du tarif socle prises en compte dans le calcul de la part de redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables évoluent conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement ; seules les autres prestations évoluent en fonction de l'arrêté interministériel mentionné au deuxième alinéa. » ;

3° A l'article L. 342-4, les mots : « représentant de l'Etat » 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

L'article L. 312-9 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Article 42

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

Article 43

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

CHAPITRE VII
AMELIORER L'OFFRE SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE SUR LE TERRITOIRE

Article 44

L'article L. 312-7 du même code est ainsi modifié :

1° Le dixième alinéa est supprimé ;

2° Le douzième alinéa, devenu onzième alinéa, est ainsi modifié :

a) La première phrase est remplacée par la phrase suivante :

« La nature juridique du groupement est fixée par les membres, sous les réserves suivantes : le groupement de coopération sociale ou médico-sociale est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé ; il est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ; le groupement de coopération sociale ou médico-sociale poursuit un but non lucratif. » ;

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

Article 45

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« II. - Sont exonérées de la procédure d'appel à projet visée au I :

« 1° Les opérations de regroupement d'établissements et services sociaux et médico-sociaux par le gestionnaire détenteur des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures au seuil prévu au deuxième alinéa du I ;

« 2° Les projets de transformation de l'établissement ou du service ne comportant pas de modification de la catégorie de bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1 ;

« 3° Les projets de créations et d'extensions des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III de l'article L. 312-1 ;

« 4° Les projets d'extensions de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieures à un seuil fixé par décret.

« III. - Sont exonérées de la procédure d'appel à projet visée au I à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens :

« 1° Les projets de transformation d'établissements et services avec modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service au sens de l'article L. 312-1, à l'exception des services à domicile qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux, sous réserve que :

« a) Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;

« b) Les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.

« 2° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1, sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.

« La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets de transformation. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 313-2, les mots : « Les demandes d'autorisation relatives aux établissements et services sociaux qui ne sont pas soumis à l'avis d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « Les demandes d'autorisation qui ne sont pas soumises à la procédure d'appel à projet » ;

3° Le deuxième alinéa de l'article L. 313-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 ; »

4° Les quatrième, cinquième, sixième et septième alinéas de l'article L. 313-3 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *c*) Par l'autorité compétente de l'Etat 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'Etat, ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I de l'article L. 312-1 ;

« *d*) Conjointement par le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements, services et lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément du *a* et du *b* du présent article ainsi que ceux dont l'autorisation relève du 3° du I de l'article L. 312-1 ;

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

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

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

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

b) Après le premier alinéa de l'article L. 313-6, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

c) Au dernier alinéa, les mots : « Ils valent » sont remplacés par les mots : « l'autorisation ou son renouvellement valent » ;

6° Après le quatrième alinéa de l'article L. 315-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La procédure d'appel à projet prévue à l'article L. 313-1-1 n'est pas applicable aux établissements et services non personnalisés des départements et aux établissements publics départementaux lorsqu'ils relèvent de la compétence exclusive du président du conseil général. La commission d'information et de sélection mentionnée au I donne son avis sur les projets de ces établissements ou services. » ;

7° A l'article L. 531-6, les mots : « de sélection » sont remplacés par les mots : « d'information et de sélection » ;

8° Au deuxième alinéa de l'article L. 581-7, les mots : « de sélection » sont remplacés par les mots : « d'information et de sélection ».

TITRE IV GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

CHAPITRE I^{ER} GOUVERNANCE NATIONALE

Section 1 Le Haut Conseil de l'âge

Article 46

Le chapitre IX du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

« CHAPITRE IX « HAUT CONSEIL DE L'AGE

« *Art. L. 149-1.* - Le Haut Conseil de l'âge, placé auprès du Premier ministre, a pour missions d'animer le débat public, d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à l'avancée en âge et à l'adaptation de la société au vieillissement et de contribuer à l'élaboration d'une politique globale de l'autonomie des personnes âgées. Il assure la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques les concernant.

« Dans le cadre de ses missions, le Haut Conseil de l'âge :

« 1° Formule des propositions et des avis et réalise ou fait réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques liées au vieillissement au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques ;

« 2° Formule des recommandations sur les objectifs prioritaires de la politique de prévention de la perte d'autonomie et contribue à l'évaluation de leur mise en œuvre, en lien avec le Haut Conseil de la santé publique mentionné à l'article L. 1411-4 du code de la santé publique ;

« 3° Formule toute proposition de nature à garantir le respect des droits et la bienveillance des personnes âgées, ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;

« 4° Assure le suivi de la mise en œuvre de la loi n° ...-... du ... relative à l'adaptation de la société au vieillissement et procède à son évaluation ;

« 5° Donne un avis sur tout projet de mesure législative ayant une incidence sur la politique globale de l'autonomie des personnes âgées.

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

« Il peut se saisir de toute question relative aux politiques de l'autonomie des personnes âgées.

« *Art. L. 149-2.* - Le Haut Conseil de l'âge, qui est composé en nombre égal d'hommes et de femmes, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, des collectivités territoriales, des régimes d'assurance maladie obligatoires, des régimes d'assurance retraite obligatoires, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des associations et organismes nationaux de retraités et de personnes âgées ou contribuant à l'adaptation de la société au vieillissement, notamment en matière de logement et de transports, et des organismes représentant les professionnels et les gestionnaires des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

« La composition du Haut Conseil de l'âge, les modalités de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret. »

Section 2

Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

Article 47

Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 14-10-1 est ainsi modifié :

a) Au 1° du I, après les mots : « en établissement, », sont insérés les mots : « de la prévention de la perte d'autonomie et du soutien des proches aidants, » ;

b) Au 2° du I, avant les mots : « D'assurer », sont insérés les mots : « De contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, » ;

c) Au 3° du I, après les mots : « perte d'autonomie, », sont insérés les mots : « de la situation et des besoins des proches aidants, » ;

d) Le 6° du I est ainsi modifié :

- après la référence : « L. 146-3 », sont insérés les mots : « , les services des départements en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie, et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1 » ;

- après les mots : « des besoins, », sont insérés les mots : « d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations » ;

- après le mot : « compensation », sont insérés les mots : « du handicap et d'aide à l'autonomie » ;

e) Au 7° du I, après les mots : « des personnes âgées et handicapées », sont insérés les mots : « , et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires ; »

f) Après le 10° du I, il est ajouté les alinéas ainsi rédigés :

« 11° De mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leurs sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;

« 12° De concevoir et mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de sa mise en œuvre, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées, et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ;

« 13° De définir des normes permettant d'assurer les échanges d'information liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 et, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. » ;

2° Le dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

« 2° Des objectifs de qualité ;

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

« 4° Les modalités de versement des autres concours.

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

Article 48

Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 114-5, après les mots : « et les organismes concourant à leur financement », sont insérés les mots : « , ainsi que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

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

Section 3 Systèmes d'information

Article 49

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 :

« *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 :

« 1° A l'activité de la maison départementale des personnes handicapées, notamment en matière d'évaluation pluridisciplinaire des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises ;

« 2° A l'activité et aux décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 241-5 ;

« 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 ;

« 4° Aux caractéristiques de leurs usagers et à la mesure de leur satisfaction ;

« 5° Aux ressources et aux dépenses du fonds départemental de compensation du handicap mentionné à l'article L. 146-5 ;

« 6° A ses effectifs ;

« 7° Au montant et à la répartition des financements reçus par la maison départementale des personnes handicapées.

« II. - Aux fins mentionnées au I, les maisons départementales des personnes handicapées recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des usagers.

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

Article 50

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

« Section 3 « Gestion et suivi statistique

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

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

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

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

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

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

« 1° Aux versements d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources de leurs bénéficiaires ;

« 2° Aux prestations servies en établissement, à la nature des dépenses couvertes et aux caractéristiques et ressources des bénéficiaires de l'aide sociale prévue à l'article L. 231-4 ;

« 3° A l'activité de l'équipe mentionnée à l'article L. 232-6, notamment en matière d'évaluation des besoins, d'instruction des demandes et de mise en œuvre des décisions prises.

« II. - Aux fins mentionnées au I, les départements recourent au numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques bénéficiaires par un décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »

Article 51

L'article L. 247-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 247-2.* - Les maisons départementales des personnes handicapées doivent utiliser un système d'information commun, interopérable avec les systèmes d'information des départements et ceux de la Caisse 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

L'article L. 113-3 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Il est précédé d'un I ;

b) Les mots : « personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie » sont remplacés par les mots : « personnes âgées en perte d'autonomie » ;

c) Les mots : « au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer » sont remplacés par les mots : « en suivant la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « leur fonctionnement » sont remplacés par les mots : « sa mise en œuvre » et les mots : « les méthodes mises en œuvre » sont remplacés par les mots : « les moyens déployés » ;

3° L'article est complété par les alinéas ainsi rédigés :

« II. - Les professionnels prenant en charge une personne âgée dans le cadre de la méthode mentionnée au I sont tenus au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Toutefois, par dérogation à l'article 226-13 du même code, ils peuvent échanger entre eux tous éléments ou informations à caractère secret relatifs à son état de santé, à sa situation sociale ou à son autonomie, dès lors que leur transmission est limitée à ce qui est strictement nécessaire à sa prise en charge dans le cadre de la méthode mentionnée au I.

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

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

Article 53

Après le 5° de l'article L. 312-4 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité peuvent contribuer, en réponse à la demande des autorités compétentes pour l'élaboration des schémas, à l'analyse des besoins et de l'offre mentionnée aux 1° et 2°, ainsi qu'à toute action liée à la mise en œuvre des schémas. »

Article 54

Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi modifié :

a) Le *a* est complété par les mots : « , les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et soutien des intervenants bénévoles et les actions de modernisation de l'aide à domicile » ;

b) Au *b*, les mots : « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées » sont remplacés par les mots : « porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés » ;

2° L'article L. 1434-12 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « population handicapée ou en perte d'autonomie », sont insérés les mots : « ainsi qu'aux besoins de répit et d'accompagnement de ses proches aidants » ;

b) Au deuxième alinéa, après les mots : « l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles », sont insérés les mots : « et les services et actions destinés aux proches aidants ».

Section 2
Organisation du contentieux de l'aide sociale

Article 55

Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnances les dispositions relevant du domaine de la loi de nature :

1° A supprimer les juridictions mentionnées à l'article L. 134-1 du code de l'action sociale et des familles et à instituer, pour les décisions dont elles avaient à connaître, un recours administratif préalable obligatoire ;

2° A fixer les règles constitutives et le mode de composition de la juridiction compétente en matière d'aide sociale, ainsi que les règles de désignation de ses membres, dans des conditions de nature à assurer le respect de l'indépendance et de l'impartialité ;

3° A modifier les limites de la compétence des juridictions de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire dans le contentieux des matières relevant des juridictions mentionnées aux articles L. 134-1 et L. 134-2 du code de l'action sociale et des familles.

Ces ordonnances sont prises dans un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication de la présente loi. Le projet de loi portant ratification de ces ordonnances est déposé devant le Parlement au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant leur publication.

TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES A L'OUTRE-MER

Article 56

Pour l'application de la présente loi :

1° En Guyane, en Guadeloupe, à La Réunion et en Martinique :

a) Au chapitre I^{er} du titre II du livre V du code de l'action sociale et des familles, il est créé deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 521-2.* - Pour leur application en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s'appliquent dans les conditions prévues aux articles L. 1442-1 à L. 1442-6 du code de la santé publique.

« *Art. L. 521-3.* - Pour l'application en Guyane des dispositions du chapitre III du titre III du livre II, un décret en Conseil d'Etat 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. » ;

b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;

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

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

2° A Saint-Barthélemy et à Saint-Martin :

a) Au chapitre unique du titre VIII du livre V du code de l'action sociale et des familles, il est créé deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 581-10.* - Pour leur application à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s'appliquent dans les conditions prévues aux articles L. 1442-1 à L. 1442-5 du code de la santé publique.

« Des décrets en Conseil d'Etat 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.

« *Art. L. 581-11.* - Pour leur application à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy, des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives du chapitre XI du titre IV du livre I^{er}. » ;

b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;

c) Les articles 11, 12, 13, 14, 15, 16 et 18 ne sont pas applicables ;

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

3° A Saint-Pierre-et-Miquelon :

a) Au chapitre unique du titre III du livre V du code de l'action sociale et des familles, il est créé deux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 531-10.* - Les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s'appliquent dans les conditions prévues au code de la santé publique, notamment de l'article L. 1441-3.

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

« *Art. L. 531-11.* - Pour leur application à Saint-Pierre-et-Miquelon, des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives du chapitre XI du titre IV du livre I^{er} » ;

b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;

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

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

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

4° A Mayotte :

a) A l'article L. 542-3 du code de l'action sociale et des familles, il est créé un III ainsi rédigé :

« III. - Les dispositions du chapitre III du titre III du livre II s'appliquent dans les conditions prévues par les articles L. 1443-1 à L. 1443-7 du code de la santé publique.

« L'avant-dernier alinéa de l'article L. 233-1 du présent code n'est pas applicable. » ;

b) Le 1° de l'article L. 14-10-10 du code de l'action sociale et des familles prévu à l'article 5 n'est pas applicable ;

c) Au II de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :

« L'article L. 113-2 n'est pas applicable à Mayotte. » ;

d) Les articles 11, 12, 13 et 14 ne sont pas applicables ;

e) Au II de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré l'alinéa suivant :

« A l'article L. 113-1-1, les mots : “dans les conditions définies aux articles L. 232-1 et suivants,” ne sont pas applicables. » ;

f) Au VIII de l'article L. 541-1 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :

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

g) L'article 24 n'est pas applicable ;

h) Les dispositions des articles 25 et 26 entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016 conformément à l'article 11 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles ;

i) Les articles 29, 30, 33, 36, 37 et 38 ne sont pas applicables ;

j) Pour l'application de l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles, les *mots* : « services relevant de l'article L. 313-1-2 » sont remplacés par les mots : « services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, autorisés au titre de l'article L. 313-1 » ;

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

l) Le b du 3° du I et les II et III de l'article 41 ne sont pas applicables ;

m) Au I de l'article L. 543-4 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

« A l'article L. 342-3, les mots : “prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale” sont remplacés par les mots : “prévu par l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte” » ;

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

o) Pour l'application de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, la référence au « 13° » est supprimée ;

p) Pour l'application du 6° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « les services des départements en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie » sont supprimés ;

q) Les dispositions des articles 49 et 58 entreront en vigueur dans les conditions prévues au 3° de l'article 10 de l'ordonnance n° 2012-785 du 31 mai 2012 portant extension et adaptation du code de l'action sociale et des familles et au plus tard au 1^{er} janvier 2016 ;

r) L'article 50 n'est pas applicable ;

s) Au IX l'article L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté l'alinéa suivant :

« Des décrets en Conseil d'Etat fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives du chapitre XI du présent titre notamment celles relatives à la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie *mentionnée* à l'article L. 14-11-2, ainsi que celles relative à la conférence des financeurs prévue à l'article L. 233-1 ».

Article 57

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

1° Le II devient un V ;

2° Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

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

« II. - Le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 destiné à couvrir une partie du coût de la prestation de compensation est réparti entre les départements, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

« Cette quote-part est calculée en appliquant au montant total du concours destiné à couvrir cette dépense le double du rapport entre, d'une part, le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 et de l'allocation compensatrice pour tierce personne mentionnée à l'article L. 245-1, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, dans les collectivités d'outre-mer visées au II et, d'autre part, le nombre total de bénéficiaires de ces prestations au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué.

« III. - Le solde de ce concours et le concours mentionné au III de l'article L. 14-10-5 pour l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées sont répartis en fonction de tout ou partie des critères suivants : » ;

3° Après le dixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En l'absence de potentiel fiscal tel que prévu par l'article L. 3543-1 du code général des collectivités territoriales, le concours relatif à l'installation et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées est déterminé en retenant pour les collectivités concernées une valeur nulle de ce même potentiel. » ;

4° Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« IV. - La quote-part calculée dans les conditions définies au II est répartie entre les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon en fonction des critères mentionnés aux a à e du III. » ;

5° Au V, le mot : « I » est remplacé par le mot : « III ».

TITRE VI DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 58

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

Article 59

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

Article 60

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

Article 61

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

Article 62

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

Article 63

I. - Il est procédé au plus tard dans le délai d'un an à compter de la date de publication du décret revalorisant le plafond du plan d'aide prévu à l'article L. 232-3-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de l'article 29, au réexamen de la situation et des droits des personnes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie à cette même date et dont le montant du plan d'aide excède un seuil fixé par décret. Sont réexaminés en priorité les situations des personnes dont le degré de dépendance est le plus élevé.

Au terme de ce délai, les personnes dont la situation n'a pas été réexaminée bénéficient, jusqu'à la notification de la décision du président du conseil général, d'une majoration proportionnelle du montant de leur plan d'aide, selon des modalités fixées par décret.

II. - Dans le délai d'un an à compter de la date de publication du décret prévu à l'article L. 232-3-2 du même code, dans sa rédaction issue de l'article 36, la situation des personnes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie à la même date et qui ne relèvent pas des dispositions du I fait l'objet d'un réexamen au regard du droit prévu par cet article. Sont réexaminés en priorité les situations des personnes dont le degré de dépendance est le plus élevé.

Article 64

Les conditions d'application des dispositions de l'article L. 443-11 du code de l'action sociale et des familles aux personnes qui disposent, à la date de publication de la présente loi, de l'agrément prévu à l'article L. 441-1 du même code sont prévues par décret.

Les dispositions des II et III de l'article 41 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Article 65

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

Article 66

I. - Le dernier alinéa de l'article L. 146-3 du code de l'action sociale et des familles est supprimé à la date de la publication du décret prévu à l'article L. 146-3-1 du même code, dans sa rédaction issue de l'article 49.

II. - L'article L. 232-17 du même code est abrogé à la date de publication des décrets nécessaires à l'entrée en vigueur des dispositions insérées dans le même code par les articles L. 232-21 et L. 232-21-1 du même code.

Projet de rapport annexé au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

SOMMAIRE

INTRODUCTION	73
VOLET 1 : ANTICIPATION ET PREVENTION	76
1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie	76
1.1 Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière	77
1.2 Faire de la prévention l'affaire de tous	77
1.3 Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du "bien-être" des personnes âgées	78
2. Identifier et agir sur les facteurs de risque et les fragilités	78
2.1 Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités	78
2.2 Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA	79
2.3 Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés	79
2.4 Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés	80
2.5 Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé	81
3. Faire connaître et mieux financer les aides techniques - développer les actions collectives de prévention	83
4. Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local	83
5. Réguler le marché de l'assurance dépendance	84
VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIETE AU VIEILLISSEMENT	86
1. Installer la révolution de l'âge dans toutes les politiques publiques	87
1.1 Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux vieillir	87
1.1.1 Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation	87
1.1.2 Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention	88
1.1.3 Diversifier l'offre de logements	90
1.1.4 Préparer l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées	92
1.2 Faire place à l'âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle	92
2. Saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi	94
2.1 Faire de la France un leader mondial de la « Silver économie »	94
2.2 Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement	96
3. Consacrer la place des âgés et reconnaître leur rôle fondamental dans la société	97
3.1 Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés	97
3.2 Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés	98

3.3	Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées.....	99
4.	Affirmer les droits et libertés des âgés.....	100
4.1	Préciser et garantir le respect des droits des âgés.....	100
4.2	Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement...	101
4.3	Accompagner l'expression du consentement des personnes.....	101
4.4	Protéger les personnes vulnérables.....	102
VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE.....		103
1.	Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent.....	103
1.1	Réformer l'APA à domicile.....	103
1.2	Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile	105
2.	Soutenir les aidants	107
2.1	Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'APA.....	108
2.2	Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants	108
2.3	Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle.....	109
3.	Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain	109
4.	Mieux accompagner la fin de vie.....	111
5.	Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial	112
5.1	Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire ..	112
5.2	Encourager le déploiement de l'accueil familial	113
6.	Simplifier les outils de pilotage de l'offre sur le territoire.....	114
VOLET 4 : LA GOUVERNANCE.....		115
1.	Au niveau national : une participation des âgés renforcée au service d'une politique du vieillissement plus transversale.....	115
1.1.	Créer un Haut Conseil de l'Age contribuant à élaborer cette politique globale...	115
1.2.	Renforcer la CNSA en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale.....	116
1.3.	Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation.....	117
2.	Au niveau local : une meilleure coordination des acteurs au service des âgés.....	117

INTRODUCTION

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

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

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

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

Cette « révolution » est aussi porteuse de croissance, génératrice d'un développement économique au service des besoins et aspirations des plus âgés. La longévité de la population française représente un fort potentiel de création d'emplois de service mais aussi d'emplois industriels.

La révolution de l'âge constitue un défi majeur : notre société doit s'adapter, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires, et le plus longtemps possible, de ce formidable progrès porté par l'allongement de l'espérance de vie. Elle doit s'adapter pour donner toute leur place aux âgés, véritable colonne vertébrale pour la cohésion sociale et citoyenne, compte tenu de leur contribution essentielle à la solidarité familiale, au lien social et à l'engagement citoyen. La question de l'image se pose

également fortement, alors que l'âge est trop souvent associé à une ou plusieurs maladies. Les représentations sont fortes et ancrées dans les esprits, il faut les dépasser.

Le Gouvernement entend promouvoir cette vision positive de l'âge, au bénéfice de toutes les générations. Susciter l'engagement et améliorer l'accompagnement des âgés, c'est porter un modèle de société plus fraternelle, plus apaisée et réconciliée avec les plus fragiles, qui ne repose pas sur les valeurs du plus fort, du plus jeune ou du plus rapide, mais s'inscrit dans une mémoire et se projette dans la durée. En cela l'adaptation de la société au vieillissement comporte une dimension éthique et sociétale majeure en ce début de XXI^{ème} siècle.

Ceux pour lesquels l'âge signifie l'entrée dans la perte d'autonomie attendent que l'on réponde à leurs besoins et qu'on les accompagne. Cet accompagnement doit s'inscrire dans un projet de vie qui intègre pleinement l'expression des désirs et des attentes de la personne jusqu'à la fin de sa vie.

La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 a représenté un progrès majeur pour les personnes âgées et un changement profond dans la manière d'aborder l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Les moyens consacrés à l'aide et aux soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées ont également été renforcés depuis, notamment via la « médicalisation ». Dix ans plus tard, il convient d'aller plus loin, en renforçant l'APA à domicile, en prenant mieux en compte l'environnement et l'entourage de la personne dans la définition des plans d'aide et en développant les actions de prévention.

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

La coordination accrue des différents intervenants institutionnels auprès des personnes âgées, comme des personnes handicapées, constitue un enjeu essentiel qui doit être abordé en cohérence avec les orientations de la réforme territoriale. C'est la raison pour laquelle ce projet ne comporte pas à ce stade de dispositions en la matière. Elles seront néanmoins au centre des évolutions futures de façon à renforcer tant les politiques de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le Gouvernement a fait le choix d'une loi d'orientation et de programmation, inscrivant la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et transversal, embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge et confortant le choix d'un financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie. L'action qui s'engage sera globale, pérenne et mobilisera la société toute entière.

La politique d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers indissociables :

- **L'Anticipation** : pour prévenir la perte d'autonomie, au plan individuel et collectif. L'âge est un facteur d'accélération d'inégalités sociales et de santé qui entraînent un risque accru de perte d'autonomie. Prévenir et repérer les facteurs de risque est essentiel et permettra, d'une part, de proposer, chaque fois que nécessaire, des programmes de prévention adaptés et, d'autre part, de faciliter le recours aux aides techniques pour retarder la perte d'autonomie. Pour notre société, il s'agit d'anticiper, au lieu de subir, le vieillissement de nos concitoyens, dont les effets sur l'autonomie ne sont pas une fatalité.
- **L'Adaptation** de notre société : L'âge ne doit pas être facteur de discrimination ou d'exclusion : il faut changer le regard sur le vieillissement. Cela passe par la création de liens sociaux nouveaux, en rapprochant les générations, mais aussi par la réaffirmation des droits des âgés pour qu'ils ne soient pas ignorés. Il convient de repenser toutes les politiques publiques, en particulier celles du logement, de l'urbanisme et des transports, mais aussi des droits des âgés, de leur engagement civique... Les villes, et plus largement les territoires, doivent être incités à prendre en compte l'augmentation du nombre d'âgés dans leur développement. Il faut favoriser en France l'innovation technologique, la production d'équipements domotiques, pour répondre aux besoins des âgés et encourager la structuration d'une filière industrielle, car le vieillissement représente un levier remarquable pour la société en termes d'emplois, de développement industriel et de croissance.
- **L'Accompagnement** de la perte d'autonomie. La priorité est de permettre à ceux qui le souhaitent de vivre à domicile dans de bonnes conditions : c'est la préférence des âgés et des familles. Un acte II de l'APA à domicile, plus de 10 ans après sa création, est donc nécessaire pour renforcer les possibilités d'aide et en diminuer le coût pour les familles. De plus, les aidants, les familles ou les proches, qui sont souvent le pivot du soutien à domicile doivent être mieux reconnus et mieux soutenus. Les âgés et leurs aidants doivent pouvoir compter sur une information claire et accessible, sur une orientation pertinente qui respecte leur liberté de choix et sur une réponse en matière d'aide et un accompagnement garantis sur l'ensemble du territoire. La loi fixe également les grandes orientations à moyen terme de l'offre en établissement.

Ces trois volets assurent la cohérence de la politique de l'âge portée par le Gouvernement. La personne âgée et sa famille sont au cœur de chacun de ces volets et de chacune des dispositions de la loi : leurs attentes, leurs projets, leurs besoins, leur participation aussi, avec l'enjeu déterminant d'une meilleure prise en compte de la parole et de la place des âgés dans l'élaboration des politiques publiques.

Cette politique ambitieuse s'appuiera sur la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), soit un montant estimé à 645 millions d'euros par an. Le volet « accompagnement de la loi » vise en particulier à rendre effectif le droit des âgés à vivre à leur domicile dans de bonnes conditions. Pour concrétiser cet engagement, 375 millions d'euros supplémentaires seront consacrés chaque année à l'APA à domicile.

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

VOLET 1 : ANTICIPATION ET PREVENTION

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

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

L'anticipation est la toute première priorité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.1 Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière

L'accompagnement du vieillissement au travail permet de prévenir la perte d'autonomie aux moments clés que représentent la fin de carrière et le passage à la retraite. Cet accompagnement doit éviter que n'interviennent des ruptures susceptibles de fragiliser des parcours de vie déjà difficiles et favoriser au contraire une transition harmonieuse vers une « troisième vie ».

Cela passe par une mobilisation dans le cadre de la santé au travail, qui pourra accompagner le vieillissement au travail dans le cadre des outils de droit commun du dialogue social et de la politique de l'emploi ou dans le cadre des contrats de génération, qui pourraient intégrer le cas échéant des actions d'accompagnement des seniors dans l'emploi. Cette orientation va dans le sens de la feuille de route de la conférence sociale de juillet 2012 prévoyant de renforcer la prévention de la pénibilité et le maintien dans l'emploi des seniors.

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

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

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

1.2 Faire de la prévention l'affaire de tous

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

information devra également être relayée dans les écoles, les administrations, les entreprises, les services publics, etc. pour que la mobilisation soit la plus universelle possible.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Un programme de sensibilisation au repérage des risques de perte d'autonomie, tenant compte des problématiques spécifiques du handicap, sera développé par le Ministère des Affaires sociales et de la santé au profit des professionnels médico-sociaux et de santé, notamment sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé ou de la CNSA et de l'INPES. La place de la prévention dans la formation et l'accompagnement des métiers liés au vieillissement sera

également renforcée. Une attention particulière sera apportée aux aidants, qui sont eux-mêmes en situation de risque et aux personnes en situation de handicap qui avancent en âge.

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés

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

Le programme national de prévention de la perte d'autonomie, qui sera élaboré par le ministère en charge des personnes âgées en lien avec le Haut Conseil de l'Âge, déclinera les priorités des pouvoirs publics autour de ces composantes essentielles de la prévention. Il prévoira le renforcement des compétences et des organisations hospitalières en matière de nutrition pour

les personnes âgées accueillies en établissement et sera ambitieux sur le développement de l'activité physique.

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

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

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

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

2.4 Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent la part de la population la plus à risque de décès par suicide. En France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28 % au moins ont concerné des personnes de 65 ans et plus (CepiDc-Inserm). En outre, la personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte, comme en témoigne les moyens radicaux employés signes d'une grande désespérance: précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison. C'est ce qui explique que le taux d'échec des tentatives des âgés soit beaucoup plus bas que pour les autres groupes d'âge.

Dans la très grande majorité des cas, le suicide des âgés est l'aboutissement de l'évolution douloureuse d'une dépression méconnue ou mal traitée. C'est pourquoi une action spécifique doit être menée. En s'appuyant notamment sur les conclusions du rapport du Comité national de la 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 :

- développer les savoirs grands publics et professionnels des âgés à toutes les étapes du processus suicidaire, au travers notamment de la formation des médecins à la

reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat, de la formation des professionnels au repérage de la crise suicidaire ou encore de la formation des écoutants téléphoniques sur les numéros d'écoute dédiés ;

- structurer dans les territoires la collaboration entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie pour améliorer la prise en charge, en proposant, par exemple, un cahier des charges d'amélioration de la prise en charge, du repérage à l'accompagnement du patient et de son entourage ;
- développer et mettre en œuvre un programme d'études et de recherche sur le suicide des personnes âgées. Ces actions seront la déclinaison pour les personnes âgées de l'action nationale développée par l'Observatoire du suicide.

2.5 Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé

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

▪ *Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé*

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

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

Concernant l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a fait des avancées importantes avec la lutte contre les dépassements d'honoraires, l'engagement de généraliser l'accès à une complémentaire santé de qualité d'ici 2017, le renforcement de la qualité des contrats éligibles à l'aide à la complémentaire santé et l'augmentation de cette aide adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ces mesures bénéficieront ainsi aux personnes âgées à faibles ressources.

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

Pour préserver le meilleur état de santé possible avec l'avancée en âge et lutter contre les facteurs de perte d'autonomie, la stratégie nationale de santé repose sur trois priorités spécifiques en matière de prévention à l'attention des personnes âgées : santé visuelle, santé auditive, santé nutritionnelle et bucco-dentaire. En effet, la perte d'autonomie résulte souvent d'une dégradation de la santé visuelle ou auditive des personnes, atténuant leurs interactions avec leur environnement pour les placer progressivement dans une situation d'isolement social.

- *Adapter notre système de santé au vieillissement*

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

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

- *Agir pour le bon usage du médicament*

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

Inspiré notamment des préconisations du rapport de Philippe VERGER « *La politique du médicament en EHPAD* », un plan d'action volontariste sera engagé pour favoriser le bon usage du médicament chez les patients âgés en ville, à l'hôpital ou en maison de retraite médicalisée. Quatre objectifs sont poursuivis et déclinés : limiter le recours inadéquat aux médicaments et favoriser les alternatives aux médicaments chaque fois que c'est possible ; aider le médecin à gérer au mieux le risque d'une consommation inadaptée de médicaments chez les personnes âgées ; favoriser un bon suivi de son traitement par la personne et développer l'accompagnement pharmaceutique ; améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les résidents en maison de retraite médicalisée.

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

que, pour faciliter la prise, les médicaments soient parfois écrasés ou mélangés, avec de nombreux risques associés.

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

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

3. Faire connaître et mieux financer les aides techniques - développer les actions collectives de prévention

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

Le soutien au domicile des âgés repose aujourd'hui presque exclusivement sur l'aide humaine, en particulier pour les personnes les moins touchées par la perte d'autonomie (GIR 4 à 6), c'est-à-dire celles pour lesquelles il est essentiel de développer une politique de prévention secondaire. Les plafonds de l'APA, en particulier, ne permettent pas de dégager les marges suffisantes pour avoir un impact significatif sur l'accès aux aides techniques. De plus, l'APA exclut de fait les âgés les plus autonomes, qui pourtant auraient besoin d'équipements, afin par exemple d'éviter les chutes. De nombreuses initiatives se développent pour organiser des actions collectives à destination des âgés (prévention des chutes, dénutrition, etc.), mais elles restent encore dispersées, peu lisibles et peu développées.

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

4. Développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local

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

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

La loi prévoit la mise en place d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (cf. partie gouvernance). Cette conférence réunit, sous la présidence du Conseil Général, tous les acteurs du financement de la prévention. Cette organisation permettra une amélioration de la visibilité de l'existant et l'identification des besoins non couverts ou non financés sur le territoire, afin de définir une stratégie coordonnée de prévention. L'enveloppe que l'État va attribuer au développement de l'accès aux aides techniques, aux actions collectives et au « forfait autonomie » pour les logements-foyers sera gérée dans ce cadre partenarial.

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

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

5. Réguler le marché de l'assurance dépendance

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

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

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

VOLET 2 : ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il en est de même pour les territoires. La loi sur l'accessibilité de 2005 mobilise tous les territoires en faveur de l'accessibilité universelle. Penser l'urbanisme de manière intergénérationnelle, tout comme la réflexion sur les mobilités des âgés, invite à prendre en considération des éléments qui répondent à leurs besoins spécifiques avec une seule ambition : aménager des territoires qui leur permettent de garder prise avec la vie sociale, d'y être intégrés et d'en être pleinement acteurs.

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

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

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

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

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

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

Les outils de programmation (dont les PLH) doivent également permettre de prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés qui dépassent les milieux urbains denses. Une attention particulière doit être portée d'une part au logement des âgés en perte d'autonomie en milieu rural, souvent éloigné d'une offre de services facilement accessible et d'autre part au vieillissement des territoires périurbains qui est l'un des défis des 10 à 20 ans à venir.

1.1.2 Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention

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

- *Lancer un plan national d'adaptation des logements privés*

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

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

- simplifier le parcours des demandeurs et rendre plus accessible l'information ;
- diviser par deux le temps d'instruction des demandes à l'ANAH et dans les caisses de retraite et mieux cibler les besoins urgents types sortie d'hospitalisation ;
- inciter les collectivités à s'engager dans des opérations d'adaptation des logements : à ce titre un diagnostic des besoins en adaptation des logements à l'autonomie sera désormais obligatoire avant la définition de chaque programme d'opération programmée d'amélioration de l'habitat. Les agglomérations et les départements seront incités à mettre en place des PIG (programmes d'intérêt général) en matière d'adaptation des logements (comme il en existe pour la rénovation thermique ou l'insalubrité) ;
- développer le lien entre travaux d'adaptation et travaux de rénovation énergétique, pour entretenir une dynamique d'entraînement entre les deux politiques et leurs outils respectifs ;
- améliorer les compétences des artisans du bâtiment à travers l'évolution des labels ;
- faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements de l'ANAH et de la CNAV pour prendre en compte la domotique.

- *Améliorer le crédit d'impôt pour adaptation des logements*

L'amélioration du crédit d'impôt « pour adaptation du logement » y contribuera également. Le dispositif sera prorogé par la loi de finances pour 2015. Il ciblera les âgés et les personnes en situation de handicap. La liste des travaux éligibles, en vigueur depuis presque 10 ans, sera revue afin de permettre aux âgés de bénéficier de ce crédit d'impôt pour des technologies nouvelles de soutien à l'autonomie au domicile.

- *Faciliter le financement des travaux d'adaptation*

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

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

Pour lever ces obstacles, la Caisse des Dépôts, en lien avec l'Union sociale pour l'habitat, travaille à développer des dispositifs de viager intermédiaire mettant en lien un bailleur social et un âgé. Ce dispositif garantirait une transaction sécurisée pour l'âgé et une meilleure diversification des risques de longévité pour celui qui verse la rente viagère, dans le respect, pour le bailleur social, du service d'intérêt économique général régissant le logement social.

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

- *Mobiliser les bailleurs sociaux et diffuser les bonnes pratiques*

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

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

- *Mieux prévenir les coupures d'énergie*

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

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

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

1.1.3 Diversifier l'offre de logements

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

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

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

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

Les résidences autonomie ont une mission de prévention de la perte d'autonomie désormais reconnue et réaffirmée par la loi. Cette mission sera soutenue, pour ceux qui ne bénéficient pas du forfait soins, par un forfait « autonomie », afin de financer des dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents. La gestion du forfait autonomie, délégué par la CNSA, relève des conseils généraux dans le cadre de la nouvelle « conférence des financeurs ». Par ailleurs la loi autorise désormais sous certaines conditions l'admission dérogatoire en résidences autonomie de personnes relevant du GIR 4 à la condition que soit signée une convention avec un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou une maison de retraite médicalisée. Cela permettra de répondre plus finement à la diversité des réalités locales.

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

- *Sécuriser le développement de l'offre de résidences services*

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Promouvoir un urbanisme intergénérationnel*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La loi ouvrira également aux âgés l'accès aux « services conseils en mobilité » mis en place par les autorités organisatrices des transports (AOT) dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, afin qu'elles soient mieux informées sur les possibilités de mobilités existantes. Une étude sur les plateformes de mobilité, lieu d'accueil et formation personnalisé pour les seniors, lancée par le Ministère de l'Écologie et du développement durable et de l'énergie, permettra de recueillir et diffuser les bonnes pratiques des collectivités les plus innovantes.

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

Pour permettre le développement de certains de ces nouveaux véhicules, l'élaboration d'un statut spécifique dans le code de la route est nécessaire. Ce statut juridique sera abordé dans

le cadre du groupe de travail sur « le partage de l'espace public et la sécurisation des modes actifs » piloté par la Délégation à la sécurité et la circulation routière.

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

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

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

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

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

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

La loi, par le biais de mesures favorables à la diminution du reste à charge des personnes âgées et de leur famille, via la revalorisation de l'APA ou une meilleure solvabilisation des aides techniques, contribuera à l'émergence d'une demande plus forte de produits nouveaux. Elle permettra en parallèle de donner aux plus modestes l'accès aux avancées de la Silver économie. Les jeunes seniors constituent en particulier une population dont les comportements, les envies, les besoins et le rôle social vont avoir de plus en plus de poids et représentent une opportunité pour l'économie et la croissance française, dans de nombreux pans d'activités : habillement, cosmétiques, équipement, logement, tourisme, loisirs, design, etc. Ces relais de croissance sont également un levier important de compétitivité pour les entreprises françaises. Si elles prennent la voie de la Silver économie, elles gagneront des parts de marché et exporteront davantage. Dans le cas contraire, elles perdront en compétitivité.

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

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

- créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver économie ;
- favoriser le développement d'une offre compétitive ;
- exporter les produits et les technologies de la Silver économie ;
- professionnaliser les acteurs de la Silver économie ;
- créer des innovations dans le champ de la Silver économie ;
- communiquer positivement auprès des âgés et sur le bien vieillir auprès du grand public et des distributeurs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1 Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés

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

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

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

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

3.2 Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés

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

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

- *Créer un volontariat civique senior*

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

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

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

Par ailleurs, le Président de la République a souhaité que 100 000 jeunes rejoignent le Service Civique d'ici 2017. Nombreux seront ces jeunes qui bénéficieront d'un tutorat par des âgés. Une transmission intergénérationnelle sera valorisée en tant que contrat de génération associatif, avec la remise d'une attestation spécifique.

- *Garantir la qualité et promouvoir le développement de la cohabitation intergénérationnelle*

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

La création d'un label spécifique pour les associations mettant en œuvre ce type de dispositif est un facteur de confiance pour les personnes âgées et les financeurs potentiels. La rédaction d'une Charte de la Cohabitation Intergénérationnelle et d'un modèle de convention type pouvant être conclue par la personne âgée et le jeune, permettra également de mieux sécuriser cette pratique.

- *Organiser la transmission et la solidarité intergénérationnelles*

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

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

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

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

- *Encourager le développement des universités du temps libre*

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

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

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

Les âgés peuvent partir en vacances sans les contraintes des actifs, ce qu'il importe de favoriser. L'Agence nationale pour les chèques vacances sera confortée dans le programme Seniors en Vacances, qui permet à 45 000 âgés de partir annuellement. Il importera de permettre à plus de départ d'âgés dépendants.

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

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

4. Affirmer les droits et libertés des âgés

4.1 Préciser et garantir le respect des droits des âgés

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

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

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

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

Elle consacre également le droit des âgés et de leurs familles d'être informés, afin d'éclairer leur choix. Les départements à travers le réseau des CLIC, la CNSA grâce à la mise en

place d'un portail d'information, et d'autres structures telles que les CCAS, assurent la mise en œuvre de ces droits.

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

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

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

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

4.2 Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement

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

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

4.3 Accompagner l'expression du consentement des personnes

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

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

4.4 Protéger les personnes vulnérables

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

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

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

- *Protéger les âgés contre les clauses abusives*

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

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

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

- *Étendre la protection des personnes sous mesure de protection juridique*

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

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

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

VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE

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

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

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

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

1. Priorité au domicile pour tous ceux qui le souhaitent

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

1.1 Réformer l'APA à domicile

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

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

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

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

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

Le 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.

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

La loi s'appuie sur trois leviers complémentaires :

- ***Améliorer l'accessibilité financière de l'aide pour tous***

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

- ***Augmenter les plafonds des plans d'aide***

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

- ***Améliorer la qualité de l'intervention à domicile***

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

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

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

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

Il s'agit ensuite d'améliorer les outils d'évaluation des besoins et de diversifier l'offre de services au domicile. Si l'aide humaine a vocation à rester centrale, il est également indispensable de donner une plus grande place aux aides techniques, aux nouvelles technologies de l'autonomie, à l'accueil temporaire ou à l'accueil familial. Le service rendu à l'usager 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.

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

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

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

Cette démarche de refondation est étendue aux personnes de GIR 5 et 6 grâce à l'implication des caisses de retraite dans ces expérimentations, et va au-delà de la réponse d'urgence apportée par le fonds de restructuration en direction des acteurs les plus en difficultés en engageant une véritable modernisation du secteur de l'aide à domicile, qui met en œuvre les efforts nécessaires de restructuration pour garantir l'efficacité de la gestion et inscrire l'activité dans la durée. Dans le même temps, ce secteur a vocation à bénéficier de l'activité supplémentaire liée à l'augmentation des plafonds de l'APA, et donc à la multiplication du nombre d'heures réalisées au domicile des personnes. Le Gouvernement répond ainsi à la crise de l'aide à domicile en actionnant trois leviers complémentaires : la relance de l'activité, la reconnaissance des coûts d'intervention, et la sécurisation des financements.

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

2. Soutenir les aidants

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain

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

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

Dans ce contexte, la loi engage une réforme d'envergure qui vise d'abord à garantir davantage de transparence dans les tarifs et, à terme, à réformer la tarification des établissements.

Dès maintenant avec cette loi, des décisions importantes sont prises pour commencer à réguler les tarifs hébergement par plus de transparence et de respect des droits

La loi permet d'ores et déjà de mieux protéger les résidents et leurs familles en assurant davantage de transparence et en commençant à mieux réguler les tarifs. Dans un souci de plus grande transparence et pour rendre possible la comparaison des prix à prestation donnée, la loi prévoit la normalisation de la tarification relative à l'hébergement et la définition des prestations socles couvertes par les tarifs. Un ensemble de prestations et services « socle » sera défini par décret, distinct des autres tarifs et facturations supplémentaires éventuelles. Le portail internet qui sera hébergé par la CNSA permettra enfin à chaque personne d'accéder à une information claire et accessible sur les établissements, les tarifs appliqués et les aides pouvant être mobilisées.

Afin de mieux encadrer l'évolution des tarifs pour les résidents en établissement sur les places non habilitées à l'aide sociale (25 % du total), le ministère en charge des personnes âgées et de l'autonomie est désormais associé à la fixation du taux d'évolution des tarifs hébergement au côté des ministères en charge des finances. De plus, il est tenu compte d'un critère nouveau par rapport à la pratique actuelle dans la fixation de ce taux d'évolution afin de prendre en compte le pouvoir d'achat des âgés : celui de l'évolution du niveau des retraites déjà liquidées.

Le Gouvernement s'engage aussi fortement pour protéger les droits des résidents en établissement au travers des dispositions prévues par la loi relative à la consommation. Ainsi, les prestations d'hébergement qui n'ont pas été délivrées, postérieures au décès ou au départ d'un résident, ne peuvent plus être facturées. La loi relative à la consommation prévoit également l'obligation de dresser un état des lieux contradictoire à l'arrivée et au départ d'une personne hébergée en maison de retraite et l'interdiction de facturer les frais de remise en l'état de la chambre en l'absence d'un tel état des lieux.

Par ailleurs, afin qu'ils puissent assurer leurs missions dans les meilleures conditions et se prémunir contre les impayés, les établissements doivent bénéficier de recours judiciaires étendus. La loi offre désormais la possibilité à tous les établissements de saisir directement le juge aux affaires familiales pour gérer les situations potentiellement conflictuelles concernant le règlement de factures d'hébergement en maison de retraite médicalisée, notamment entre les enfants ou autres obligés alimentaires.

Des mesures de simplification de l'organisation et de la gestion des établissements hébergeant des personnes âgées seront approfondies dans le cadre d'un groupe de travail.

Plusieurs leviers existent pour améliorer l'efficacité de gestion des maisons de retraite et optimiser les fonds publics et les contributions financières des usagers. Un fonctionnement plus simple et plus lisible du secteur médico-social, permettra un accompagnement moins coûteux, avec un impact positif sur le reste à charge, et davantage adapté aux besoins des personnes âgées et de leurs familles.

Une partie des mesures figure dans cette loi avec la réforme des appels à projets. Les projets d'extension et de transformation de places se verront ainsi facilités. Cela permettra, par exemple, de transformer des lits d'hôpital en places en maison de retraite.

Il faut par ailleurs dans ce contexte promouvoir la responsabilité des gestionnaires, explorer les pistes de simplification, introduire plus de souplesse et d'objectivité dans la tarification et développer la contractualisation pluriannuelle et les mécanismes d'allocation de ressources associés.

Afin d'améliorer le système de pilotage et de gestion, trop complexe et peu lisible, un groupe de travail sera mis en place dès septembre 2014.

Le chantier de la réforme de la tarification sera ouvert, avec en perspective la mise en place d'une allocation plus simple et plus objective des financements des établissements, en tenant mieux compte des besoins des résidents et de la qualité de la prise en charge. Une meilleure connaissance des coûts des différentes composantes de la prise en charge des résidents, ainsi qu'une révision des outils de mesure des besoins d'accompagnement appuieront cette démarche.

Enfin, le développement d'une offre cohérente et diversifiée d'hébergement et d'accompagnement, répondant aux objectifs d'ouverture des établissements sur leur environnement, et d'intégration dans les projets des établissements d'une réponse en matière d'accueil au titre du répit des aidants nécessite de revoir le système de tarification de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, dans une logique de « plateforme de services ».

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

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

4. Mieux accompagner la fin de vie

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

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 :

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

- développer la formation des professionnels intervenant en maisons de retraite médicalisées ou à domicile. Les médecins coordonnateurs et les soignants doivent être mieux formés à la communication et à la réflexion éthique autour des questions de fin de la vie. Compte tenu du rôle déterminant des médecins traitants et des médecins coordonnateurs, des actions de formation « en équipe » doivent être mises en place en lien avec les équipes mobiles ou les réseaux de soins palliatifs existants ;
- ne pas ignorer la question de la fin de vie lors de l'élaboration et de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, et recueillir les souhaits de la personne ;
- développer l'accès à une infirmière de nuit, en particulier en mutualisant les postes si le nombre de places ne justifie pas la présence d'un professionnel dédié. Lorsqu'un établissement dispose d'une infirmière de nuit le taux d'hospitalisation baisse de 37 % (rapport de l'Observatoire national de la fin de vie) ;
- développer le recours à l'hospitalisation à domicile en maison de retraite médicalisée quand la nature et la gravité des symptômes le justifie. Seuls 8 % de ces structures font appel à l'HAD pour accompagner la fin de vie, alors qu'il permet un renforcement important des soins infirmiers et permet un accès facilité au matériel médical et paramédical.

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

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

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

L'accueil temporaire s'adresse à la fois aux âgés et aux personnes en situation de handicap. Il s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée à temps complet 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.

A l'avenir ces formes d'accueil temporaire devraient correspondre à une demande croissante de souplesse des modes de prise en charge. Or aujourd'hui les missions et le maillage territorial des structures d'accueil temporaire sont très hétérogènes et la place dans l'offre globale de prise en charge mal définie. Les professionnels manquent également d'une formation adéquate pour répondre aux exigences d'adaptabilité de ce dispositif. Enfin, le modèle économique de ce type d'accueil est peu attractif. L'acte II de la réforme de la politique de l'autonomie doit pouvoir répondre à ces différents enjeux et permettre aux âgés de bénéficier plus facilement d'un accueil temporaire de qualité.

5.2 Encourager le déploiement de l'accueil familial

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VOLET 4 : LA GOUVERNANCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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