

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du lundi 14 décembre 2015

(46^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET

Secrétaires :

MM. François Fortassin, Jean-Pierre Leleux.

1. **Procès-verbal** (p. 13003)
2. **Communication relative à une commission mixte paritaire** (p. 13003)
3. **Dépôt de rapports** (p. 13003)
4. **Adaptation de la société au vieillissement.** – Adoption des conclusions modifiées d'une commission mixte paritaire (p. 13003)
Discussion générale :
M. Georges Labazée, corapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire
M. Gérard Roche, corapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire
Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie
M. Jean Desessard
M. Gilbert Barbier
M. Alain Milon
M. Dominique Watrin
Mme Stéphanie Riocreux
Mme Élisabeth Doineau
Clôture de la discussion générale.
Suspension et reprise de la séance (p. 13013)
Texte élaboré par la commission mixte paritaire (p. 13014)
Article 45 (*pour coordination*) (p. 13064)
Amendement n° 1 du Gouvernement. – Vote réservé.

Adoption définitive, par scrutin public, du texte du projet de loi dans le texte de la commission mixte paritaire, modifié.

5. **Modernisation de notre système de santé.** – Rejet en nouvelle lecture d'un projet de loi (p. 13066)

Discussion générale :

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Mme Élisabeth Doineau, corapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur

Mme Aline Archimbaud

M. Gilbert Barbier

Mme Laurence Cohen

Mme Catherine Génisson

Mme Corinne Imbert

M. Gérard Roche

Clôture de la discussion générale.

Question préalable (p. 13077)

Motion n° 1 de la commission. – M. Alain Milon, corapporteur ; M. Yves Daudigny ; Mme Marisol Touraine, ministre ; M. Jean-Baptiste Lemoine ; M. Gilbert Barbier ; M. Dominique Watrin ; M. Jean-Claude Requier ; Mme Catherine Procaccia ; Mme Élisabeth Doineau. – Adoption, par scrutin public, de la motion entraînant le rejet du projet de loi.

Mme Marisol Touraine, ministre

6. **Modification de l'ordre du jour** (p. 13082)
7. **Ordre du jour** (p. 13083)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-PIERRE CAFFET

vice-président

Secrétaires :
M. François Fortassin,
M. Jean-Pierre Leleux.

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quatorze heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

COMMUNICATION RELATIVE À UNE COMMISSION MIXTE PARITAIRE

M. le président. J'informe le Sénat que la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de finances rectificative pour 2015 n'est pas parvenue à l'adoption d'un texte commun.

3

DÉPÔT DE RAPPORTS

M. le président. M. le président du Sénat a reçu de M. le Premier ministre le rapport relatif à l'accueil social sur les exploitations agricoles et à l'affiliation au régime agricole, ainsi que le rapport sur l'autonomie financière des collectivités territoriales au titre de l'année 2013.

Acte est donné du dépôt de ces rapports.

Ces documents ont été transmis respectivement à la commission des affaires économiques et à celle des affaires sociales pour le premier, à la commission des finances et à celle des lois pour le second.

M. Jean Desessard. Très bien!

4

ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

Adoption des conclusions modifiées d'une commission mixte paritaire

M. le président. L'ordre du jour appelle l'examen des conclusions de la commission mixte paritaire chargée d'élaborer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement (texte de la commission n° 211, rapport n° 210).

Dans la discussion générale, la parole est à M. Georges Labazée, corapporteur.

M. Georges Labazée, corapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, il est temps de clore le débat parlementaire sur ce texte, commencé à l'Assemblée nationale au mois de juillet 2014. Avec Gérard Roche, nous sommes fiers du travail accompli pour parvenir à un accord avec nos collègues députés, lors de la réunion de la commission mixte paritaire qui s'est tenue au Sénat le mercredi 2 décembre dernier.

Les conclusions de cette commission mixte paritaire aboutissent à un texte de compromis qui reprend de nombreux apports du Sénat. Je profite de cette tribune pour remercier une nouvelle fois Joëlle Huillier, rapporteur de l'Assemblée nationale sur ce texte, de son travail et de son ouverture d'esprit.

Selon une répartition des rôles que vous commencez à connaître, mes chers collègues, j'évoquerai plus particulièrement les questions de gouvernance et de résidences pour personnes âgées. Mon collègue Gérard Roche reviendra sur le volet du financement et sur l'article 32 *bis* de ce projet de loi. Il s'agissait en effet des derniers points de divergence entre nos deux assemblées.

En matière de gouvernance tout d'abord, la deuxième lecture a permis de rapprocher nos points de vue sur la conférence des financeurs et du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, le CDCA.

Le texte issu de la commission mixte paritaire précise que peuvent être membres de la conférence des financeurs seulement les personnes physiques ou morales qui contribuent de manière effective au financement d'actions entrant dans son champ de compétence. Cette modification permettra de garantir que tous les acteurs, en particulier privés, ne puissent pas se désinvestir du financement des projets de prévention de la perte d'autonomie, tout en demeurant membres de la conférence.

De même, la commission mixte paritaire a précisé la composition des CDCA, qui avait été modifiée par un amendement de notre collègue Dominique Watrin adopté

en séance publique. Elle est désormais suffisamment large pour y accueillir tous les acteurs de l'autonomie à l'échelon local, en particulier les organisations syndicales.

Enfin, la commission mixte paritaire a permis de rapprocher un peu plus nos deux assemblées au sujet du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Si le texte issu de la commission mixte paritaire instaure cette instance, conformément à la rédaction de l'Assemblée nationale, il reprend deux idées importantes à nos yeux.

D'une part, au sein du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, la formation spécialisée dans l'âge aura plus particulièrement pour mission de se rapprocher du Conseil national consultatif des personnes handicapées sur les aspects communs des politiques en faveur de l'autonomie, à l'image de ce que feront les CDCA dans les départements ; nous savons qu'un grand nombre de départements ont adopté des schémas départementaux pour l'autonomie. Nous demeurons convaincus que la question de l'autonomie, même si elle ne se traduit pas encore par la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale, appelle des réponses spécifiques nécessitant le travail en commun des acteurs du handicap et de ceux du vieillissement.

D'autre part, cette formation spécialisée devra également mener une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance, conformément à l'amendement de Jean-Noël Cardoux, que nous avons adopté lors de nos deux lectures au Sénat.

J'en viens maintenant au cadre juridique rénové des différentes catégories de résidences pour personnes âgées faiblement dépendantes. Comme je l'ai indiqué lors de la commission mixte paritaire, je me félicite de l'avancée que représente ce projet de loi en matière de clarification et de précision des trois catégories de résidences existantes : les résidences autonomie, les copropriétés avec services et les résidences-services. J'espère que la nouvelle distinction entre services spécifiques individualisables et non individualisables permettra de répondre aux problèmes rencontrés dans la gestion de ces résidences.

À l'issue de la deuxième lecture, nos deux assemblées demeuraient opposées sur la question du versement aux résidences autonomie du forfait autonomie, créé par ce texte et destiné à financer des actions de prévention de la perte de l'autonomie.

L'Assemblée nationale avait prévu qu'il ne serait pas versé aux résidences percevant déjà le forfait de soins courants. Or nous avons estimé dès la première lecture que ces deux forfaits avaient des vocations différentes et qu'il était dommageable de priver certains foyers-logements de ce nouveau forfait. Sur ce point, c'est la vision du Sénat qui l'a emporté ! L'article 11, dans la rédaction qui vous est soumise, permet à l'ensemble de ces résidences d'être bénéficiaires du forfait autonomie.

Enfin, je veux évoquer deux points spécifiques sur lesquels l'Assemblée nationale et le Sénat ont chacun fait une concession.

La commission mixte paritaire a rétabli le texte de l'Assemblée nationale à l'article 22 sur la désignation de la personne de confiance. La rédaction du Sénat était plus restrictive et ne fixait aucune règle concernant la situation des personnes sous curatelle ou sous mandat spécial.

En revanche, nous avons finalement fait primer la rédaction du Sénat pour la récupération des prestations d'aide sociale sur les bénéficiaires des contrats d'assurance-vie, en supprimant le seuil de 30 500 euros en dessous duquel cette récupération n'était pas possible dans le texte du Gouvernement. Cela devrait permettre de sécuriser juridiquement les départements dans leurs actions récursoires.

Mes chers collègues, le texte que nous vous invitons à voter aujourd'hui pourra s'appliquer dès le mois de janvier prochain. Il est attendu par les personnes âgées, leurs proches et tous les professionnels qui les accompagnent. Mme la secrétaire d'État a indiqué que les textes d'application étaient en préparation depuis plusieurs mois. Cela devrait permettre de les publier rapidement après la promulgation de la loi. Gérard Roche et moi-même demeurerons vigilants sur leur portée.

Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, c'est presque avec regret que je vois l'achèvement de l'examen de ce texte, mais il faut bien mettre un terme à nos travaux ! (*Sourires.*)

Mme Catherine Génisson. Nous avons assez discuté ; il faut agir !

M. Georges Labazée, corapporteur. Je remercie l'ensemble des membres de la commission des affaires sociales, notamment son président, Alain Milon, qui nous a laissé beaucoup de latitude, à Gérard Roche et à moi-même. Je tiens également à saluer la capacité d'écoute de Mme la secrétaire d'État, ainsi que la disponibilité de ses collaborateurs. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche, corapporteur.

M. Gérard Roche, corapporteur pour le Sénat de la commission mixte paritaire. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, comme l'a souligné Georges Labazée, nous pouvons être satisfaits du travail accompli au cours de la navette parlementaire sur un texte consensuel. Ce projet de loi, malgré le manque d'ambition que certains lui prêtent, aura des répercussions certaines et rapidement mesurables sur la vie de nos concitoyens.

S'il me fallait définir une recette idéale de la commission mixte paritaire, j'y mettrais trois ingrédients : d'abord, un texte équilibré de la part du Sénat ; ensuite, une Assemblée nationale ouverte au dialogue ; enfin, un gouvernement à l'écoute, qui accepte de voir son texte initial évoluer, parfois substantiellement, jusqu'au dernier moment. Sur ce projet de loi, les trois ingrédients étaient réunis. Je tiens à remercier chaleureusement Georges Labazée, avec qui j'ai pu travailler dans une parfaite entente tout au long de cette année – on en vient presque effectivement à regretter que cela prenne fin, mais d'autres occasions se présenteront ! (*Sourires.*) –, et le rapporteur de l'Assemblée nationale, Joëlle Huillier, qui partage notre vision de terrain des enjeux relatifs au vieillissement. Je salue également Mme la secrétaire d'État et ses équipes, avec qui nos échanges ont été fructueux et réguliers. Cela fait maintenant plus d'un an que nous travaillons sur ce texte sur le vieillissement : nous avons pris un an de plus ! (*Sourires.*)

Le Sénat était particulièrement attaché à ce que le volet financier de la réforme soit défini de la manière la plus transparente et la plus précise possible dans le texte. Sur ce point, la commission mixte paritaire nous a permis d'aboutir à un équilibre satisfaisant.

Conformément au souhait exprimé par le Sénat, au moins 28 % du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, la CASA, seront affectés aux conférences des financeurs pour des dépenses de prévention de la perte d'autonomie. Nous avons en revanche fait le choix d'assouplir légèrement le fléchage de la part du produit de la CASA consacrée à la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie, l'APA: si 55,9 % y seront bien dédiés en 2016, puis 70,5 % au cours des exercices suivants, il nous a semblé préférable de ne pas rigidifier le dispositif à travers une définition des modalités d'utilisation de cette enveloppe qui aurait pu se révéler *in fine* contraignante pour les départements.

J'insiste sur le fléchage. Il doit rassurer les présidents des conseils départementaux, qui craignent toujours de se voir imposer des dépenses supplémentaires. D'ailleurs, leur préoccupation se justifie, compte tenu de l'état des finances des conseils départementaux.

J'en viens à un autre point de satisfaction, très important. Une section consacrée au soutien à l'investissement dans le secteur médico-social est créée au sein du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA. Le Sénat défend depuis plusieurs années cette proposition visant à donner plus de lisibilité et de pérennité à la politique de soutien à l'investissement. Je suis heureux qu'elle se concrétise enfin dans ce texte. La nouvelle section sera alimentée, chaque année de la période de 2016 à 2018, à hauteur de 100 millions d'euros. Il conviendra par la suite de veiller à ce qu'une ressource dédiée soit définitivement consacrée au soutien à l'investissement.

La refondation du secteur de l'aide à domicile a occupé une place centrale dans les échanges sur le projet de loi. En première lecture, le Sénat avait introduit un article 32 *bis*, qui supprimait à un horizon de cinq ans le système de l'agrément au profit d'un régime unique d'autorisation rénovée. La solution envisagée par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, sur proposition du Gouvernement d'ailleurs, permet d'opérer le basculement vers le régime de l'autorisation dès la promulgation de la loi. Mais, en dissociant l'autorisation de la tarification administrée, elle préserve les départements et les services de bouleversements qui auraient pu être difficiles à supporter.

Le Sénat s'est finalement rallié à l'idée d'une mise en application la plus rapide possible du nouveau régime. De longs mois se sont écoulés depuis que le sujet a été mis sur la table. Les contours de la réforme sont donc connus de tous. De plus, retarder de plusieurs mois la mise en œuvre de l'article 32 *bis*, c'était prendre le risque d'assister à une multiplication des demandes d'agrément de la part de structures craignant de ne pas se voir délivrer l'autorisation départementale. Il semble que ce mouvement soit déjà à l'œuvre dans certains territoires. Nous devons le prendre très au sérieux, car il est révélateur de craintes, certes infondées, mais réelles.

Nous allons devoir réexpliquer clairement les objectifs de cette réforme. Non, la création d'un régime unique d'autorisation n'a pas pour effet de verrouiller le marché de l'aide à domicile! Il s'agit simplement d'une mesure de cohérence. Lorsqu'ils interviennent auprès de publics fragiles, les services d'aide à domicile exercent une mission d'intérêt général très largement solvabilisée par la puissance publique. Ils doivent par conséquent relever pleinement du secteur médico-social, et non du secteur marchand.

Comme je l'ai indiqué, la création d'un seul régime d'autorisation ne s'accompagne pas de l'unification des règles de tarification des services d'aide à domicile. En deuxième lecture, le Sénat avait proposé que le cahier des charges qui leur sera applicable comporte un tarif national de référence; cela aurait servi d'indicateur aux départements, aux services et aux usagers, sur le coût réel des prestations. La définition d'un tel tarif risquait cependant d'être longue, complexe et potentiellement source d'effets non désirés. Aussi la commission mixte paritaire a-t-elle fait le choix, plutôt que d'inscrire le tarif dans la loi, d'effectuer un renvoi, au sein du rapport annexé, à plusieurs tarifs nationaux de référence non opposables et de proposer une méthode de travail pour leur élaboration. Le sujet est important; la variabilité des tarifs constitue un sujet de préoccupation récurrent pour les services et pour les observateurs du secteur.

À ce titre, je me félicite que le Gouvernement ait respecté l'engagement pris au Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 de mettre en place un nouveau fonds complémentaire de restructuration des services d'aide à domicile d'un montant de 25 millions d'euros. Cette mesure permettra de donner un nouveau souffle aux structures les plus en difficulté pendant la montée en charge de la loi. Les associations d'aide et de maintien à domicile font actuellement état de leurs difficultés financières.

Quels sont les chantiers qui s'ouvrent désormais devant notre assemblée?

À court terme, c'est la correcte application de la loi et sa bonne compréhension qui doivent nous occuper. Georges Labazée et moi-même l'avons indiqué lors de la réunion de la commission mixte paritaire, nous sommes prêts à assurer le « service après-vente » du texte, notamment auprès des élus départementaux, afin de répondre aux questions, d'apaiser les craintes et de renforcer l'adhésion autour des différents volets de la loi.

À plus long terme, nous ne pourrions nous priver d'une réflexion sur la question du reste à charge dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les EHPAD. Il s'agit là pourtant d'un sujet essentiel, qui n'aura été traité qu'à la marge dans ce texte, en votant un fonds d'investissement.

M. le président. Il faut conclure, monsieur le corapporteur.

M. Gérard Roche, corapporteur. Or il nous faudra bien trouver un moyen d'alléger le poids financier que représente l'entrée en EHPAD pour les personnes âgées et pour leurs familles.

Je remercie les mêmes personnes que Georges Labazée. Ainsi, je suis sûr de n'oublier personne! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État auprès de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, je souhaite d'abord saluer le travail remarquable des corapporteurs de ce texte au nom de la commission des affaires sociales, MM. Gérard Roche et Georges Labazée.

Vous vous êtes tous deux investis de manière constructive et pragmatique. Vous êtes parvenus, au fil des étapes parlementaires, à bâtir des positions justes, fidèles à vos convic-

tions, car vous en aviez avant de vous engager dans ce travail, des positions fondées sur des objectifs communs, à commencer par celui de faire avancer, de perfectionner et de faire aboutir ce projet de loi. Vous avez formé un binôme réjouissant, tant sur le plan politique que sur le plan humain.

Je tiens également à saluer la présence vigilante, bienveillante et constante du président de la commission des affaires sociales, M. Alain Milon, tout au long de l'examen de ce texte.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je souhaite enfin remercier chacun de vous de la richesse des échanges que nous avons eus, que ce soit en séance ou lors des auditions réalisées par la commission.

Ce parcours parlementaire nous a permis de donner le jour à un texte fort, qui marquera l'histoire de la prise en charge collective de la perte d'autonomie. Ce projet de loi restera le témoin d'un engagement politique soutenu en faveur du bien vieillir et de la protection des plus vulnérables.

Cet engagement se traduit par un effort financier important. Ce sont plus de 700 millions d'euros qui viendront financer les mesures du présent projet de loi après leur montée en charge.

Je ne reviendrai pas sur l'ensemble des dispositions de ce texte ; au terme de deux lectures, elles sont bien maîtrisées par nous tous.

Je profiterai de ma présence ici pour souligner tout l'intérêt de l'examen de ce texte par la Haute Assemblée, forte de son expérience locale et de sa connaissance des problématiques de terrain.

Vous avez souhaité renforcer le soutien aux proches aidants, qui acquièrent, grâce à ce texte, une reconnaissance et un droit nouveau : le droit au répit.

Vous avez voulu aller plus loin en transformant le congé de soutien familial en congé de proche aidant. Le proche aidant d'une personne âgée pourra ainsi bénéficier d'un congé d'une durée de trois mois renouvelable et fractionnable, éventuellement sous forme de temps partiel. C'est là une avancée positive. Elle permettra au monde du travail d'être plus sensibilisé aux difficultés rencontrées par les aidants, afin de mieux les intégrer au fonctionnement des entreprises. Nombre de proches mènent de front leur activité professionnelle et leur rôle d'aidant. Une meilleure prise en compte de leurs difficultés, de leur quotidien et de leurs besoins est nécessaire, afin d'améliorer leur bien-être personnel, bien-être qu'ils tendent souvent à négliger, au moment où le dévouement génère de l'épuisement.

Je tiens également à saluer la reconnaissance juridique que vous avez apportée aux structures d'hébergement temporaire qui permettent, sur un même lieu, le répit de l'aidant et la prise en charge médico-sociale de l'aidé. Ces lieux permettent à l'aidant de véritablement prendre du repos dans un espace de loisir, tout en lui assurant la prise en charge de son proche par une équipe professionnelle. Ce type d'établissement ouvre des perspectives nouvelles pour le répit des proches aidants, comme un moment créateur de lien social et de relation entre les générations.

Je tiens par ailleurs à souligner votre engagement en faveur de la diversification de l'offre d'hébergement à destination des personnes âgées. Au fil du parcours, les besoins et les

aspirations évoluent. C'est pourquoi le présent projet de loi prévoit de donner aux personnes âgées le choix du modèle d'habitat qui leur convient.

Les résidences-services constituent une réponse adaptée, une étape intermédiaire pour des personnes âgées pour lesquelles la vie au domicile est devenue plus difficile sans pour autant justifier une entrée en EHPAD. Vous avez ainsi été pleinement engagés dans le travail qui a permis, d'une part, de définir le cadre juridique de ces résidences-services, notamment pour les personnes âgées, et, d'autre part, de sécuriser les pratiques contractuelles entre les gestionnaires et les résidents. Il s'agit là d'une avancée importante à la fois pour le développement de ce secteur économique et pour la protection des consommateurs.

J'en viens au volet de l'aide à domicile. Vous avez nourri la refondation du secteur, qui, sous des aspects particulièrement techniques, interpelle un sujet profondément humain : celui de l'accompagnement des publics fragiles et de la qualité de cet accompagnement.

Vous avez courageusement investi un sujet éminemment complexe : la dualité des régimes juridiques des services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès de publics fragiles.

Je tiens à saluer cette initiative prise en première lecture et à rappeler que, si nous avons pu travailler de manière aussi constructive et avec autant de fluidité, c'est parce qu'un travail de réflexion avait été mené en amont par Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin dans leur rapport paru en 2014.

Le Gouvernement a suivi votre démarche en proposant un nouveau dispositif en deuxième lecture à l'Assemblée nationale. Grâce aux échanges et aux amendements adoptés, le dispositif a pu être enrichi pour permettre une souplesse et apporter de nouvelles garanties de transparence et d'égalité de traitement pour le secteur, tout en positionnant clairement, sans charges supplémentaires, le département en pilote de la structuration de ces services médico-sociaux sur son territoire. Ce dispositif permet ainsi l'accès à l'offre de services aux personnes âgées où qu'elles se trouvent sur le territoire et une meilleure lisibilité.

Ce qui nous rassemble sur ce texte, c'est la conviction que nous devons aujourd'hui moderniser et élargir nos protections collectives, au moment où notre société doit relever de nouveaux défis, en particulier celui du vieillissement.

Le texte soumis à la commission mixte paritaire témoigne de ce rassemblement, puisqu'il avait d'ores et déjà été adopté conforme aux deux tiers. Le travail mené par les rapporteurs des deux assemblées a été remarquable et mené en grande et bonne intelligence. (*M. Jean Desessard s'exclame.*) Cette implication a permis d'aboutir, au fil des accords, à un texte équilibré et renforcé, par les apports à la fois du Sénat et de l'Assemblée nationale.

À cette occasion, je me félicite que vos réticences initiales aient pu être levées pour permettre l'adoption du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. La formation « âge » de ce Haut Conseil répond pleinement aux aspirations qui étaient les vôtres, avec le « Haut Conseil de l'âge ». Je souhaite véritablement que la formation « âge » du Haut Conseil devienne une référence en termes de réflexion, de prospective, une véritable ressource pour les politiques publiques. La dimension intergénérationnelle du Haut Conseil

viendra amplifier le mouvement. Elle a démontré tout son intérêt et permettra à chaque formation de gagner en ampleur et en pertinence.

Je me réjouis également que l'entrée en vigueur du régime d'autorisation renouvelée soit maintenue au 1^{er} janvier 2016. Cela offrira plus de lisibilité au secteur et aux départements.

Je m'en remets favorablement à vos conclusions concernant l'affectation de 100 millions d'euros par an à l'aide à l'investissement dans les EHPAD. Ce soutien renouvelé à l'investissement permettra de réduire le reste à charge des résidents, dont nous mesurons tous les besoins aujourd'hui.

Je prends également acte de votre volonté de voir le forfait autonomie réparti à l'ensemble des résidences autonomie, y compris celles qui perçoivent d'ores et déjà le forfait de soins courants. Si la volonté initiale était d'éviter un « saupoudrage » des crédits, j'entends votre souhait de faire en sorte que l'ensemble des établissements s'engagent véritablement à mener des actions de prévention.

Je retiens aussi votre volonté d'attribuer aux départements la possibilité d'un recours en récupération de l'aide sociale à l'hébergement sur les contrats d'assurance-vie, et ce dès le premier euro de prime versée à partir de soixante-dix ans.

Enfin, sur le sujet de l'affectation de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie aux différentes mesures de ce projet de loi, vous avez également trouvé une juste voie.

Les parlementaires que vous êtes, forts d'expériences locales, avaient souhaité sécuriser encore plus la compensation des réformes de l'État aux conseils départementaux. Le Gouvernement avait déjà porté une vigilance particulière à ce sujet en affectant dans le projet de loi initial une fraction de la CASA à la compensation de la réforme de l'APA incluant également le droit au répit.

Vous avez souhaité aller encore plus loin en affectant un pourcentage de la CASA à la prévention de la perte d'autonomie. Vous avez également entendu les limites que cette sécurisation pouvait avoir, notamment en termes de souplesse de gestion pour les départements, en supprimant à l'article 38 la sous-répartition aux différents volets de la réforme de l'APA.

Grâce au travail que vous avez mené, la loi pourra, comme le Président de la République et le Premier ministre s'y sont engagés à plusieurs reprises, être votée et promulguée avant la fin de cette année.

Certaines dispositions dépendent de décrets d'application dont les principaux ont d'ores et déjà été élaborés et soumis aux instances consultatives obligatoires. Elles entreront en vigueur, si ce n'est au 1^{er} janvier, du moins au cours des premiers mois de l'année 2016, dès la publication des textes.

L'enjeu, pour le Gouvernement comme pour les élus, sera ensuite de diffuser sur le terrain notre connaissance du texte et des dispositions qu'il contient, afin que chaque citoyen prenne connaissance des droits nouveaux auxquels il est désormais éligible – je pense ici tout particulièrement à la revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie, à la création du droit au répit ou encore à l'adaptation des logements – et que chaque acteur puisse s'approprier les nouveaux dispositifs introduits, qu'il s'agisse de la conférence des financeurs, de la réforme des régimes juridiques des services d'aide et d'accompagnement à domicile ou de la tarification des EHPAD.

L'entrée en vigueur du texte est une première et grande étape. Elle nous invite d'ores et déjà à poursuivre la réflexion et à construire les chantiers futurs. Les besoins sont grands, et le Gouvernement restera pleinement mobilisé sur les enjeux liés à la perte d'autonomie.

Aujourd'hui, le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement est à l'aube de devenir une belle et grande loi sociale.

Grâce à cette loi, nous agissons pour que la protection sociale et la solidarité continuent de progresser. Nous donnons les moyens aux personnes âgées d'anticiper et d'accompagner la perte d'autonomie. Nous reconnaissons le rôle de ces millions de proches aidants et contribuons à leur apporter une pause nécessaire à leur bien-être. Nous construisons une société plus juste, animée par le souci de l'autre, dans le respect de son histoire, de ses droits et de ses aspirations. Nous portons un regard plus ouvert sur la vieillesse, qui constitue une période de la vie rythmée par la participation citoyenne et la création de lien social. Nous mobilisons l'ensemble de la société pour qu'elle s'adapte, intègre et échange avec ses aînés.

Pour toutes ces raisons, ce texte constitue une véritable avancée pour la vie de nos concitoyens et l'avenir de notre société. C'est pourquoi je vous invite à adopter les conclusions de la commission mixte paritaire qui vous sont soumises aujourd'hui. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe écologiste, ainsi qu'au banc de la commission.*)

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, plus d'un an et demi après son dépôt initial à l'Assemblée nationale, le 3 juin 2014, nous examinons, enfin, les conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Le processus fut long, mais constructif; le texte a eu le temps de mûrir, et il convient de reconnaître les égales contributions de l'Assemblée nationale et du Sénat à son amélioration.

L'ambition de ce projet de loi est simple: préparer la France face au vieillissement important de sa population en raison de l'arrivée progressive à l'âge de soixante ans des générations du *baby-boom* et de l'accroissement de l'espérance de vie. Les personnes de soixante ans et plus représenteront ainsi 31 % de la population en 2035.

Ce bouleversement démographique appelle une réponse politique dès aujourd'hui pour que les personnes âgées ne soient pas uniquement livrées à la *silver economy*, qui les considère seulement comme un « nouveau marché » à conquérir.

C'est un écueil dans lequel ne tombe pas ce projet de loi, puisqu'il considère qu'adapter la société au vieillissement, c'est faire le choix d'une société solidaire, inclusive, pour renouer le lien social.

Ce texte a fait le choix judicieux de la transversalité, en proposant une série de mesures concrètes et transpartisanes qui touchent à tous les champs de la perte d'autonomie: aides financières, habitat, innovations techniques, structuration des réseaux territoriaux.

La mesure phare de ce texte, c'est la revalorisation de l'APA de 375 millions d'euros par an et le relèvement des plafonds pour que les bénéficiaires disposent jusqu'à 30 % d'heures d'aide à domicile supplémentaires. Il s'agit d'une avancée importante pour les 700 000 bénéficiaires de cette aide.

La création d'un droit au répit pour les aidants est également une avancée importante. En effet, 20 % des 4,3 millions d'aidants souffrent de symptômes de fatigue morale et physique, ce qui a des effets sur leur santé. Le projet de loi prévoit une allocation pouvant aller jusqu'à 500 euros par an pour financer le séjour de la personne aidée dans un hébergement temporaire ou un accueil de jour, afin de permettre à la personne qui l'accueille de se reposer quelques jours. Cette mesure, très bénéfique pour les aidants, a le soutien des écologistes.

Plan national d'adaptation de 80 000 logements privés d'ici à 2017, aides à la réhabilitation des logements foyers, création de nouveaux postes dans ces résidences: le texte comporte de nombreuses autres mesures positives que nous saluons.

Signe du consensus qui a présidé à l'élaboration de ce texte, cela a été dit, la commission mixte paritaire est parvenue à élaborer un texte commun.

Les avancées obtenues au cours de la navette ont été confirmées, les points de désaccord entre le Sénat et l'Assemblée nationale ont été résolus. Nous nous réjouissons tout particulièrement du maintien de la rédaction de l'Assemblée nationale concernant le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. En effet, les politiques de solidarité ont besoin de transversalité, de mise en commun des expertises, plutôt que de cloisonnement. La version finale de cet organisme retenue dans le texte nous semble à même de répondre à cette exigence.

Nous nous réjouissons également de l'adoption de plusieurs de nos amendements tout au long de la navette; ils viennent améliorer ce texte.

Nous avons ainsi obtenu la transformation du congé de soutien familial en congé de proche aidant. Ce congé, aujourd'hui réservé aux membres de la famille, sera étendu aux aidants, familiaux ou non, des personnes âgées ou handicapées.

Nous avons également obtenu la rédaction d'un rapport gouvernemental sur un projet de monnaie complémentaire pour l'autonomie. Nous nous inspirons d'un système qui existe déjà au Japon. Le principe est simple: une personne qui aide une personne âgée est rémunérée en tickets-temps, qu'elle peut soit conserver pour ses vieux jours, soit donner à l'un de ses proches.

Il est désormais temps que cette initiative soit mise concrètement en œuvre. Je l'appellerai la MOTSI, pour « monnaie temps de solidarité intergénérationnelle ».

M. Gilbert Barbier. Vous avez déposé un brevet? (*Sourires.*)

M. Jean Desessard. J'avais pris l'exemple d'une personne en âge de conduire disposant d'un peu de temps, qui conduirait une personne âgée en échange de tickets-temps qu'elle pourrait employer plus tard pour ses déplacements lorsqu'elle ne serait plus capable de conduire. Je l'avais appelé le TAS, le ticket autonomie solidarité, mais je trouve que la MOTSI est plus significative, parce qu'elle traduit bien les notions de monnaie-temps et de solidarité intergénérationnelle.

Vous devez établir un rapport, madame la secrétaire d'État. De mon côté, je vais lancer de vastes études auprès des prestataires, des personnes qui travaillent sur les monnaies locales. Nous pourrions engager une expérimentation dans plusieurs départements d'ici à quelques mois. J'espère que vous et le Sénat soutiendrez cette initiative, madame la secrétaire d'État.

Ce projet de loi, enrichi des contributions des deux assemblées et de l'amendement sur la MOTSI, constitue un premier pas important pour l'anticipation, l'adaptation et l'accompagnement du vieillissement. En conséquence, les sénatrices et les sénateurs écologistes voteront ce texte. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, nous arrivons au terme d'un parcours législatif qui nous a conduits à débattre, depuis juillet 2014, d'un projet de loi visant à répondre aux besoins des Français en matière de vieillissement de la population. Comme cela a été signalé, ce long travail législatif a permis aux deux assemblées d'améliorer le texte, d'y apporter des précisions ou des ajustements et d'aboutir à un large consensus. C'est tout l'intérêt de la procédure « normale », quand l'heure est au recours excessif à la procédure accélérée, qui dévalorise le rôle du Parlement et nous empêche d'aller au fond des choses.

Je tiens à souligner que les nombreuses modifications apportées par le Sénat en première lecture ont été, pour beaucoup, retenues par l'Assemblée nationale en deuxième lecture: sur les trente-cinq articles restant en discussion à l'issue de cette deuxième lecture, vingt-cinq ont été adoptés dans la rédaction du Sénat par la commission mixte paritaire. C'est un signal fort adressé à ceux qui souhaiteraient remettre en cause le bicamérisme et supprimer la Haute Assemblée.

J'en viens maintenant au projet de loi qui nous réunit cet après-midi. En 2060, un tiers des Français auront plus de soixante ans et les plus de quatre-vingt-cinq ans seront près de cinq millions. Nous sommes confrontés à un défi social considérable, à un véritable enjeu de société: celui d'accompagner au mieux nos aînés et de répondre à leurs besoins. Une réforme de la dépendance de grande ampleur s'imposait donc! Cependant, ainsi que je l'ai déjà souligné au cours de mes précédentes interventions, ce texte ne prévoit qu'une réforme *a minima*. Les Français attendaient beaucoup des promesses formulées par le Président de la République voilà trois ans. À l'époque, il était question de la mise en place du cinquième risque. Aujourd'hui, nous savons qu'il n'en est rien.

De la même façon, madame la secrétaire d'État, vous avez annoncé, dès la première lecture, que la seconde étape de la réforme concernant les maisons de retraite ne serait pas mise en œuvre prochainement, le Gouvernement n'ayant pas les marges budgétaires nécessaires pour effectuer ce second volet. Je le déplore. De plus en plus de personnes âgées se retrouvent en situation de perte d'autonomie du fait de l'allongement de la durée de la vie. Dans ces conditions, le maintien à domicile trouve ses limites.

Nous craignons par ailleurs que le financement proposé ne se révèle très vite insuffisant. En effet, le coût de la dépendance, qui est évalué aujourd'hui à 22 milliards d'euros, devrait s'élever à 35 milliards d'euros en 2060. Face aux difficultés que connaissent de très nombreux conseils départe-

tements du fait de la montée en puissance de l'APA et de la baisse particulièrement importante des dotations de l'État, la question du financement reste prégnante et ne pourra pas être éternellement éludée.

Pour autant, ce projet de loi constitue une première étape dans la prise en compte du vieillissement. Au travers de ses trois volets, il devrait contribuer à améliorer les conditions de vie à domicile des personnes âgées, qui désirent plus que tout y rester le plus longtemps possible, y compris lorsqu'elles sont fragilisées et moins mobiles.

Le texte issu de la commission mixte paritaire est un texte de compromis qui comporte des mesures intéressantes, notamment sur la gouvernance, les résidences dites de « deuxième génération » ou encore la convergence des régimes d'autorisation et d'agrément des services d'aide à domicile vers un seul régime d'autorisation.

Je tiens surtout à saluer la décision de la commission mixte paritaire d'avoir maintenu le fléchage concernant la réforme de l'APA. Ainsi, 55,9 % du produit de la CASA y seront consacrés en 2016, puis 70,5 % au cours des exercices suivants. Comme l'ont rappelé nos corapporteurs, cela permettra de stabiliser la contribution de l'État aux départements, ce qui est une bonne chose.

Je me félicite également de l'accord sur la création, au sein du budget de la CNSA, d'une section permanente consacrée au soutien à l'investissement dans le secteur médico-social. Ainsi, 100 millions d'euros lui seront consacrés chaque année, jusqu'en 2018. Le corapporteur Gérard Roche est particulièrement satisfait. Certes, 100 millions d'euros, c'est bien peu, mais c'est beaucoup par rapport à ces dernières années. C'est aussi une année de plus par rapport à ce qu'avait promis le Gouvernement.

On peut être satisfait de l'ensemble des mesures en faveur des aidants qui s'occupent d'un proche en perte d'autonomie. Ceux-ci sacrifient souvent leur santé et font le deuil de leur vie sociale. Des études ont d'ailleurs montré que ces aidants développent souvent des troubles du sommeil, des dépressions ou des maladies cardiovasculaires. Nombreux sont d'ailleurs ceux qui décèdent avant la personne dont ils s'occupent !

La mise en place d'un droit au répit, le congé de proche aidant, l'accueil de nuit pour les personnes dépendantes nécessitant une surveillance permanente pour soulager les proches aidants, toutes ces mesures constituent un premier pas vers la reconnaissance du rôle de ces plus de 4 millions de proches indispensables au bien-être des personnes en perte d'autonomie. Toutefois, nous le savons, il faudra aller plus loin et mettre en place un véritable statut de l'aidant.

Le groupe du RDSE salue aussi la fusion du Haut Conseil de l'âge avec le Haut Conseil de la famille. C'est une bonne chose. Cette nouvelle structure permettra d'apporter une expertise transversale dans une approche intergénérationnelle, qui me paraît être la meilleure approche possible. La rédaction issue des travaux de la commission mixte paritaire a par ailleurs préservé deux apports de notre Haute Assemblée sur le lancement d'une réflexion concernant l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance, ainsi que le développement d'échanges, d'expériences et d'informations.

Aussi, pour toutes ces raisons, le groupe du RDSE approuvera le texte issu de la commission mixte paritaire. (M. Gérard Roche, corapporteur, applaudit.)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, mes premières remarques porteront sur la forme.

Nous examinons trop de textes en urgence. L'examen « normal » du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, avec deux lectures dans chacune des assemblées, montre l'utilité de cette procédure : laisser du temps à la réflexion permet d'enrichir le texte initial.

En effet, grâce aux débats, aux propositions de chaque assemblée, la réunion de la commission mixte paritaire qui s'est tenue mercredi 2 décembre s'est conclue par un accord.

Les corapporteurs, nos collègues Georges Labazée et Gérard Roche, ont parfaitement présenté les conclusions de cette commission mixte paritaire. Je veux souligner leur travail méticuleux sur de nombreux sujets qui a permis de conserver de nombreux apports du Sénat.

Dès la deuxième lecture, nous avons constaté que de nombreux amendements initiés par notre commission avaient été repris *in extenso* par l'Assemblée nationale.

Cela démontre une fois de plus que le Sénat a toute sa place dans le processus législatif de la V^e République, même s'il n'est, à mon sens, pas suffisamment écouté.

Nous aurons l'occasion de le démontrer dans quelques instants, lors de l'examen d'un autre projet de loi.

J'en viens au fond. Madame la secrétaire d'État, comme j'avais eu l'occasion de le dire à cette tribune, rien ne paraissait devoir susciter de vives controverses dans ce texte, qui s'inspire d'intentions très largement partagées et comporte une série de mesures utiles. Toutefois, toutes ces mesures mises bout à bout ne pourront pas à elles seules constituer la réponse aux besoins que nous constatons aujourd'hui, et encore moins à ceux qui s'annoncent, ne serait-ce que dans les dix prochaines années. Le groupe Les Républicains a considéré que ce projet de loi, en dépit de ses limites, comportait des mesures utiles ; il a donc souhaité apporter des modifications ou des compléments.

Nous avons souhaité débattre sur ce texte de manière constructive. Nous avons eu l'occasion de proposer des mesures, dont certaines ont été conservées dans le texte issu de la commission mixte paritaire.

Je pense en particulier à la proposition de Jean-Noël Cardoux, qui permet au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge de mener une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance.

Nous avons également soutenu la démarche des rapporteurs sur l'article 32 *bis* relatif à la création d'un régime unique d'autorisation des services d'aide à domicile intervenant auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, qui a suscité de nombreuses réactions.

Le retour à un régime unique a été recommandé à plusieurs reprises. D'abord, au mois de juin 2014, nos collègues Jean-Marie Vanlerenberghe et Dominique Watrin l'ont fait dans le cadre de leur rapport sur l'aide à domicile. Puis, au mois de juillet 2014, la Cour des comptes a souligné que la coexistence de deux régimes était « source de complexité pour tous les intervenants » et entraînait « des difficultés pour organiser la réponse aux besoins des publics fragiles ». Elle recommandait d'« unifier le cadre réglementaire régissant l'activité de services à la personne auprès des publics fragiles ». Finalement, nous sommes arrivés à un texte équilibré.

Je le rappelle, les fédérations des entreprises privées, qui se sont mobilisées en mettant en avant les freins pouvant être apportés au développement de leur activité, ont obtenu plusieurs assurances : l'exonération d'appel à projets jusqu'en 2022, qui leur permet de déposer spontanément des demandes d'autorisation ou d'habilitation sans que le département ait besoin d'être à l'origine du processus ; la non-limitation du volume d'heures de prestations ; la motivation de tout refus d'autorisation par le président du conseil départemental.

En outre, le texte permet d'affirmer la capacité du département, principal financeur, à organiser l'offre de services sur son territoire.

Je ne détaillerai pas les autres mesures ; MM. les corapporteurs l'ont très bien fait, sans doute mieux que je ne pourrais le faire, en introduction de notre débat.

Pour conclure, je veux naturellement préciser que le groupe Les Républicains votera les conclusions de la commission mixte paritaire. (*Applaudissements.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Watrin.

M. Dominique Watrin. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, nous arrivons au terme des navettes parlementaires sur le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, qui a été présenté le 3 juin 2014 en conseil des ministres.

L'heure est donc venue pour nous de faire le bilan des mesures contenues dans le texte issu de la commission mixte paritaire.

Notre groupe a déposé de nombreux amendements sur ce texte dans les deux assemblées et fait de nombreuses interventions pour essayer de modifier certaines dispositions.

Nous nous félicitons de voir aujourd'hui que certaines des mesures que nous avons proposées ont été intégrées dans ce texte final.

Ainsi, nous étions intervenus à plusieurs reprises en faveur de la représentation des organisations syndicales et associations de retraités. Mme la secrétaire d'État s'est engagée auprès de ces dernières sur leur présence au sein des instances, notamment parmi les membres du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

Si nous demeurons vigilants sur le contenu des décrets d'application, nous ne pouvons que nous féliciter de cette avancée. Elle intervient après les amendements de notre groupe en faveur de la représentation syndicale et associative des retraités.

Nous regrettons en revanche que Mme la secrétaire d'État n'ait pas fait le même choix s'agissant de la composition de la conférence des financeurs. En effet, les premiers financeurs des actions de prévention dans les départements seront les retraités eux-mêmes, *via* le produit de la CASA.

Je me félicite également de la création de l'autorisation unique pour les services d'aide à domicile pour les publics fragiles. Cette mesure faisait l'objet d'une des préconisations du rapport que j'ai cosigné en 2014 avec mon collègue Jean-Marie Vanlerenberghe : *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à reformer d'urgence.*

La onzième proposition du rapport, qui prévoyait la création d'un régime unique d'autorisation, était cependant intimement liée à la mise en place d'une juste rémunération des services, d'un meilleur accompagnement financier de

l'État et d'une restructuration du secteur. Nous étions donc intervenus sur la nécessité de disposer de tarifs nationaux de référence.

Nous avons interpellé Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ainsi que Mme la secrétaire d'État chargée de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et de l'autonomie pour obtenir la publication, dans les meilleurs délais, de l'étude nationale des coûts et des prestations. Si celle-ci n'est toujours pas publiée, ce que nous regrettons une nouvelle fois, il y a désormais un consensus sur l'utilité de cette étude nationale pour objectiver les coûts. Je souhaite qu'un travail commun puisse être engagé entre les deux assemblées pour en mener une analyse critique et en tirer les conclusions adaptées.

Enfin, nous nous réjouissons que la commission mixte paritaire soit revenue sur la date d'entrée en vigueur du régime unique d'autorisation pour la ramener du 1^{er} juillet 2016 au 1^{er} janvier 2016. Cela évitera un effet inflationniste, alors que le secteur est déjà trop éparpillé. Cela consolidera également la maîtrise publique des départements sur son organisation.

Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, malgré l'intégration de ces mesures positives dans le projet de loi, notre groupe ne pourra pas voter en faveur de ce texte.

En effet, les éléments positifs que je viens de citer ne permettent malheureusement pas de compenser l'absence de moyens dévolus au financement de l'adaptation de la société au vieillissement.

Comment voulez-vous répondre aux défis du vieillissement, qui nécessiteraient pas moins de 10 milliards d'euros pour la seule réduction du reste à charge en EHPAD, alors que vous en prévoyez seulement 650 millions ou 700 millions d'euros ?

Comment répondre à l'immensité des besoins à venir en matière d'urbanisme, de transports, de logements adaptés, de répit des aidants familiaux et d'accompagnement diversifié des personnes, sans faire appel à un véritable système de solidarité ?

Car ces 700 millions d'euros, qui financeront ce projet de loi, proviendront uniquement de la mise à contribution des retraités imposables, quand, déjà, les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la CNSA, reposent surtout sur les efforts des salariés au titre de la journée de solidarité.

Pour notre part, nous pensons que l'adaptation de la société au vieillissement devrait reposer sur un financement de la solidarité nationale mettant à contribution l'ensemble des acteurs, y compris les entreprises et les dividendes. Nous l'avons proposé par voie d'amendement, mais le Gouvernement et les autres groupes de la Haute Assemblée l'ont refusé.

Mes chers collègues, vous avez même rejeté une première étape qui consisterait tout simplement à doubler le produit de la CASA actuelle en soumettant les dividendes à la même taxation que celle qui est imposée aux retraités.

Certaines modifications apportées par le texte adopté par la commission mixte paritaire nous déçoivent également. Nous regrettons par exemple que la commission n'ait pas généralisé le forfait de soins courants à l'ensemble des « résidences autonomie », puisque le choix de l'universalité a été fait pour le forfait autonomie.

Nous pensons aussi que le texte issu de la commission mixte paritaire envoie un mauvais signal, en confiant à la formation spécialisée dans l'âge du Haut Conseil la mission d'une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance. Jusqu'alors, le Gouvernement et l'ensemble de la gauche étaient restés fermes sur le sujet. Il faut continuer à l'être.

Enfin, et c'est sûrement l'un des principaux points d'achoppement pour notre sensibilité politique, aucune mesure significative n'est prévue dans ce texte pour les personnels, à 98 % féminins, de l'aide à domicile. La précarité et la flexibilité de leur travail, de même que la modestie de leur salaire, en moyenne 832 euros par mois, appelleraient pourtant une véritable reconnaissance, qu'elles ne trouveront pas dans l'augmentation moyenne de 8 euros mensuels, soit un morceau de pain sec par jour!

Pour l'ensemble des raisons que j'ai évoquées, notre groupe s'abstiendra. Je le répète, ce texte comporte, certes, des avancées, mais elles demeurent largement insuffisantes pour répondre aux enjeux réels de l'adaptation de la société au vieillissement. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Stéphanie Riocreux.

Mme Stéphanie Riocreux. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le 28 octobre dernier, lors de l'examen en seconde lecture du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, je formulais à cette même tribune le souhait que nous aboutissions à un accord en commission mixte paritaire avec nos collègues députés, afin que ce texte, enrichi par les apports des deux assemblées, avec le soutien et l'expertise du Gouvernement, permette une entrée en vigueur rapide des mesures qu'il contient.

Je me réjouis aujourd'hui de l'issue conclusive des travaux menés par la commission mixte paritaire réunie le 2 décembre dernier. Même si les députés Les Républicains ont choisi de s'abstenir lors du vote en commission mixte paritaire, la majorité des représentants de la commission des affaires sociales du Sénat ont souhaité apporter leur soutien au texte qui en est issu.

Ainsi, les conclusions qui viennent de nous être présentées par MM. les corapporteurs signent l'investissement, les compétences et la volonté d'aboutir des parlementaires. Elles sont porteuses de messages forts pour nos concitoyens et pour l'ensemble des acteurs publics et privés issus des réseaux professionnels et associatifs qui œuvrent au quotidien pour nos aînés et leurs proches.

Chacun connaît et mesure l'importance de voir entrer en application dans les meilleurs délais les dispositifs introduits ou confortés par le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Il s'agit là de mesures très concrètes. Elles auront un effet significatif pour celles et ceux qui les attendent.

C'est sur ce texte, nécessairement équilibré puisque issu d'une réflexion et d'un travail en commun, adopté à l'Assemblée nationale le 10 décembre dernier, que le Sénat va être invité à se prononcer à l'issue de cette discussion générale. Je tiens à souligner et à saluer le travail remarquable réalisé par nos rapporteurs et collègues de la commission des affaires sociales du Sénat, Gérard Roche et Georges Labazée, avec Mme Joëlle Huillier, rapporteur de la commission mixte paritaire à l'Assemblée nationale.

Comment ne pas insister sur le fait que, si ce projet de loi a abouti à un accord entre les deux assemblées, c'est qu'il apporte une contribution forte aux enjeux liés à l'adaptation de notre société au vieillissement? Madame la secrétaire d'État, je tiens à vous remercier de tout le travail préalable de concertation que vous avez su mener, avec vos services, auprès des acteurs et des partenaires. Ce texte, attendu depuis tant d'années, longtemps annoncé, mais jamais réalisé, figurait dans le programme du Président de la République. Vous l'avez initié, construit et porté; les deux assemblées l'ont enrichi en apportant leur contribution. Il permettra dès demain des avancées sur la prévention de la dépendance et son accompagnement, sans sacrifier l'esprit de solidarité qui doit guider notre société, dans le respect de la dignité de la personne et de celles et ceux qui l'entourent.

Une étape importante: c'est ainsi que le groupe socialiste considère ce projet de loi, qui est porteur des valeurs d'égalité et de justice.

Le texte est ambitieux, puisqu'il consacre plus de 650 millions d'euros à la nécessaire réforme de la perte d'autonomie. Il est aussi responsable, puisqu'il ne crée pas de prélèvement nouveau. Il est en effet financé par la CASA, qui reste une ressource pérenne et dynamique.

Anticiper et prévenir la perte d'autonomie, afin de contribuer au « mieux vivre » ensemble, quels que soient l'âge, la manière de subir une perte d'autonomie et le lieu où l'on réside dans notre pays.

Ce texte ouvre une voie, celle qui nous permettra de faire face au vieillissement de la population. Nous sommes entrés en zone de turbulence. La population française continue de vieillir sous l'effet de l'allongement de la durée de vie et de l'avancée en âge des générations du *baby-boom*.

Selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques, l'INSEE, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, l'âge moyen de la population résidant en France métropolitaine passerait de quarante et un ans aujourd'hui à quarante-cinq ans en 2060.

Jusqu'en 2035, le nombre de personnes âgées de plus de soixante ans augmenterait fortement, avec l'arrivée à ces âges des générations issues du *baby-boom*. Après 2035, leur part devrait continuer à progresser, mais de manière plus modérée. En 2060, une personne sur trois aurait ainsi plus de soixante ans.

L'effectif des centenaires, qui était de 15 000 en 2010, pourrait atteindre 200 000 personnes en 2060.

Il est tout à fait indispensable d'anticiper ces grands changements. Nos modes de vie ont évolué. L'effet sur les familles, les réseaux et les structures d'accueil est manifeste.

Il y a aussi des conséquences au sein des entreprises. Ainsi, environ 16 % des salariés en France aident actuellement un proche dépendant. Je précise que 68 % de ces aidants sont des femmes. Par ailleurs, 55 % des salariés, qui aident un parent atteint de la maladie d'Alzheimer, sont contraints de réaménager leur activité professionnelle. Et ce n'est qu'un début!

Nous observons avec beaucoup d'attention la manière dont les entreprises appréhendent ce sujet et apportent leur contribution à l'exploration de cette terre inconnue: le prolongement de la durée de la vie et la perte d'autonomie.

Des expériences et des projets innovants sont actuellement développés. Ils vont dans le sens de l'anticipation, s'agissant à la fois des équipements et des services, mais aussi de la prévoyance.

Nous construisons ainsi un projet collectif pour répondre à des besoins individuels et les anticiper. C'est le sens de notre engagement.

Il convient de considérer l'adaptation de notre société au vieillissement et à la perte d'autonomie dans sa globalité, car c'est bien l'ensemble de notre société qui est concernée.

Les trois piliers de ce projet de loi confortent cette volonté de prendre en compte la situation dans sa globalité.

La création d'un Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, tel que vous l'avez proposé, madame la secrétaire d'État, et tel que la commission mixte paritaire l'a retenu, nous rappelle que chaque personne ne peut pas être réduite aux spécificités dont son âge est porteur. Le lien avec la famille est essentiel pour promouvoir une approche qui respecte chacun dans sa singularité.

Ce Haut conseil, qui devait être celui de l'âge et du handicap, auquel je sais certains de nos collègues sénateurs et députés très attachés, ne fera que s'enrichir en devenant celui de la famille, de l'enfance et de l'âge. Il permettra de travailler de manière transversale.

Le premier volet du texte prévoit d'agir à travers toutes les politiques publiques qui permettent d'intégrer l'enjeu du vieillissement, en particulier dans les domaines du logement, de l'urbanisme et des transports.

D'ailleurs, 90 % de nos concitoyens se disent prêts à adapter leur domicile si leur état de santé venait à se dégrader. Cependant, 6 % seulement des logements sont totalement adaptés à la vie quotidienne de personnes en perte d'autonomie. Ce texte apportera des moyens pour y faire face en partie.

Adapter, c'est faire du domicile un atout de prévention ; c'est développer des formes d'habitat intermédiaire ou regroupé ; c'est préserver le recueil du consentement préalable à l'entrée en EHPAD ; c'est aussi créer de l'emploi de proximité.

Ce texte contient un message de dignité, en reconnaissant et en renforçant les droits des personnes âgées, à domicile comme en établissement. Nous savons tous qu'en la matière, des clarifications étaient indispensables.

Le deuxième volet du texte vise à améliorer l'accompagnement des personnes à domicile, afin de respecter la volonté d'une majorité de nos concitoyens, qui souhaitent vivre chez eux le plus longtemps possible.

En cela, les services d'aide à domicile sont valorisés et développés. La refondation de ce secteur signe la volonté de reconnaître et de structurer une offre d'accompagnement à domicile de qualité, solide, innovante et économiquement viable, en donnant la priorité au développement de services polyvalents de soins à domicile, qui permettent une coordination des professionnels et contribuent à une meilleure prise en charge.

C'est un message d'encouragement pour les associations œuvrant dans ce secteur. Nous savons qu'elles interviennent beaucoup à domicile. Leur professionnalisation et leur accompagnement sont un enjeu essentiel. De ce point de vue, le projet de loi apporte des réponses indispensables.

La revalorisation de l'APA va permettre aux personnes dont l'aide est actuellement plafonnée, alors même qu'elles ont des besoins importants, de voir augmenter d'une heure par semaine l'aide à domicile, dans le cadre d'une perte d'autonomie réduite, et jusqu'à une heure par jour pour les personnes les plus dépendantes.

Ce second souffle donné au dispositif de l'APA, toujours porteur d'un souci d'égalité, puisque ses critères d'attribution prennent en compte le degré de dépendance et la situation pécuniaire des personnes, ne viendra pas accentuer les difficultés exprimées par les représentants des conseils départementaux. En effet, le fléchage de l'affectation des produits de la CASA a été acté par la commission mixte paritaire.

Ce texte apporte une attention particulière aux aidants, qui voient ainsi leur statut enfin reconnu, tout comme leur droit au répit.

Chacun sait combien ces situations sont difficiles et créatrices de nouveaux risques pour les personnes aidantes, qui se retrouvent très souvent dans des situations d'épuisement physique et psychologique. Ce texte adresse un véritable message de compréhension et de soutien face à la charge que représente la dépendance.

Le troisième volet fait de l'anticipation un enjeu majeur de repérage et de lutte contre les facteurs de risques de la perte d'autonomie.

Actuellement, le recours à l'APA survient en moyenne vers quatre-vingt-trois ans. L'enjeu est de repousser cette entrée dans le dispositif et le moment où la perte d'autonomie nécessite des dispositions particulières.

Chacun le sait, bien souvent, la perte d'autonomie se joue sur un événement ou un aspect non anticipé. C'est sur l'identification de ces mécanismes que la prévention sera accentuée, ainsi que le développement et le renforcement des réseaux.

Pour les personnes résidant à leur domicile, le dispositif dit « Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés », ou MONALISA, mis en œuvre pour contribuer à rompre l'isolement des personnes âgées sur le territoire, s'inscrit dans les mesures qui permettent de travailler en ce sens, en rassurant les personnes et leurs proches, en s'appuyant sur un réseau dynamique et sur le développement de l'accès aux technologies nouvelles pour toujours améliorer l'accompagnement et la sécurisation des personnes.

Ce texte permet de clarifier un certain nombre de points, qui traduisent la convergence de vues entre les deux assemblées et qui permettent de respecter l'intérêt de l'ensemble des acteurs.

Je pourrais mentionner le cadre juridique des résidences pour personnes âgées faiblement dépendantes, le devenir du forfait autonomie, la création d'un service unique d'autorisation concernant l'organisation de l'aide à domicile, qui sera mis en place dès le 1^{er} janvier prochain, le fléchage des produits de la CASA pour l'APA, qui inscrit dans la loi les 55,9 % pour 2016 et les 70,5 % qui y seront consacrés au cours des années suivantes, ou encore le maintien sur trois années du fonds de 100 millions d'euros annuellement consacrés à l'aide à l'investissement... Je ne reviendrai pas sur l'ensemble des points qui contribuent ainsi à faire de ce texte un texte porteur d'avenir ; ils ont déjà été détaillés.

Il nous reste encore beaucoup à faire. Nos corapporteurs ont précisé leurs propositions pour poursuivre le travail engagé. Nous serons à leurs côtés, et à vos côtés, madame la secrétaire d'État. Nous serons ensemble à l'écoute des acteurs et des partenaires pour faire évoluer les dispositifs destinés à anticiper et à accompagner la perte d'autonomie dans notre pays.

Madame la secrétaire d'État, je vous remercie d'avoir défendu ce projet de loi, d'avoir fait preuve d'écoute et d'avoir pris en compte les travaux de notre assemblée.

Le groupe socialiste, auquel j'appartiens, votera bien entendu les conclusions de la commission mixte paritaire. *(Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du groupe écologiste.)*

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau.

Mme Élisabeth Doineau. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je tiens d'abord à saluer l'excellent travail de nos corapporteurs Gérard Roche et Georges Labazée.

Ils se sont particulièrement investis sur ce projet de loi. Ils ont grandement contribué non seulement à ce que les apports du Sénat soient maintenus par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, mais également à ce qu'un consensus émerge au sein de la commission mixte paritaire.

L'issue de celle-ci doit être, pour nous tous, l'exemple d'un travail parlementaire constructif, gage d'un texte mieux accepté et donc durable. Je le dis d'autant plus fortement que nous avons eu, avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale, et aurons encore, avec le projet de loi de modernisation de notre système de santé, de parfaits contre-exemples !

Dans le cas présent, les positions de chaque chambre ont été entendues. Les parlementaires ont su travailler ensemble, discuter, s'ouvrir aux propositions des uns et des autres. Essayons désormais de travailler dans cet esprit ! Nos méthodes doivent évoluer, et c'est dans ce sens qu'il faut aller.

Tel a donc été le cas sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement.

À l'issue des deux lectures de l'Assemblée nationale et du Sénat, trente-cinq articles demeuraient en débat, quand soixante-huit avaient déjà été adoptés conformes. Seule une quinzaine d'entre eux nécessitaient d'être discutés entre députés et sénateurs.

Je me permettrai de revenir sur la question du financement. À mes yeux, c'est l'une des plus essentielles.

Nous ne pouvons pas envisager la dépendance liée au vieillissement sans financement pérenne.

Celui qui est prévu pour cette réforme repose sur le produit de la CASA. Depuis le début des travaux, le Sénat a défendu un fléchage précis de l'utilisation de cette contribution. Il était essentiel de sanctuariser dans la loi la ventilation du produit de la CASA.

Sur ce point, le texte proposé par la commission mixte paritaire est tout à fait acceptable, dans la mesure où 28 % seront alloués aux mesures de prévention de la perte d'autonomie et 55,9 %, puis 70,5 %, à la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Une plus grande liberté a été laissée aux conseils départementaux dans les modalités d'utilisation de cette enveloppe.

En ce qui concerne le fléchage des recettes de la CASA, l'Assemblée nationale a fait des concessions, pour arriver à un accord sur les propositions du Sénat.

Mais, au-delà de ces modalités pratiques, demeure malheureusement la question de l'importance des dépenses publiques en matière de prise en charge de la perte d'autonomie. Je le rappelle, celles-ci ont atteint plus de 21 milliards d'euros en 2011, et les besoins de financement seront beaucoup plus importants dans les décennies à venir.

Les conseils départementaux assurent, pour l'essentiel, les politiques en faveur des personnes âgées. Leurs budgets ne pourront plus longtemps assurer la totalité de ces missions. En l'occurrence, 650 millions d'euros sont prévus pour financer cette réforme. Nous savons tous que cela ne suffira pas.

Si l'Assemblée nationale a concédé le fléchage de la CASA, le Sénat en a fait autant s'agissant du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. Il ne nous semblait pas pertinent que cette institution englobe la famille et l'enfance dans son périmètre. Cela manquait de cohérence et présentait le risque de perdre de vue les enjeux spécifiques du vieillissement.

Sur ce point, les membres de la commission mixte paritaire ont, certes, rétabli cette nouvelle institution, mais en préservant les modifications proposées par le Sénat, à savoir la mise en œuvre d'une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance et le développement des échanges d'expériences et d'informations avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées sur les aspects communs des politiques en faveur de l'autonomie. Ces échanges sont essentiels. Je me permets de rappeler que de nombreux conseils départementaux ont déjà adopté des schémas départementaux de l'autonomie ; il faut le souligner.

Ce texte n'est évidemment pas parfait, mais il a le mérite, et ce n'est pas négligeable, de constituer une première avancée dans la construction d'une société plus fraternelle, prenant en compte son évolution démographique. Gageons qu'il y en aura d'autres, notamment pour répondre à la question du reste à charge, qui ne pourra pas être indéfiniment repoussée.

Pour toutes ces raisons, le groupe UDI-UC votera en faveur du texte issu de la commission mixte paritaire. *(Applaudissements au banc de la commission.)*

M. le président. La discussion générale est close.

Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à quinze heures quarante-cinq, est reprise à quinze heures cinquante.)

M. le président. La séance est reprise.

Nous passons à la discussion du texte élaboré par la commission mixte paritaire.

Je rappelle que, en application de l'article 42, alinéa 12, du règlement, le Sénat examinant après l'Assemblée nationale le texte élaboré par la commission mixte paritaire, il se prononce par un seul vote sur l'ensemble du texte en ne retenant que les amendements présentés ou acceptés par le Gouvernement.

Je donne lecture du texte élaboré par la commission mixte paritaire :

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

TITRE PRÉLIMINAIRE

DISPOSITIONS D'ORIENTATION ET DE
PROGRAMMATION

Article 2 et rapport annexé
Article 2

(Texte de la commission mixte paritaire)

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. Rapport annexé
(Texte de la commission mixte paritaire)

1 INTRODUCTION

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

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

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

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

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

7 La révolution de l'âge constitue un défi majeur : notre société doit s'adapter, dès à présent, pour permettre à tous de profiter dans les meilleures conditions sociales, économiques et sanitaires, et le plus longtemps possible, de ce formidable progrès porté par l'allongement de l'espérance de vie. Elle doit s'adapter pour donner toute leur place aux âgés, véritable colonne vertébrale pour la cohésion sociale et citoyenne, compte tenu de leur contribution essentielle à la solidarité familiale, au lien social et à l'engagement citoyen. La question de l'image se pose également fortement, alors que l'âge est trop souvent associé à une ou plusieurs maladies. Les représentations sont fortes et ancrées dans les esprits, il faut les dépasser.

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

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

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

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

⑫ 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 tout entière.

⑬ La politique d'adaptation de la société au vieillissement repose sur trois piliers indissociables :

⑭ 1° L'anticipation : pour prévenir la perte d'autonomie, au plan individuel et collectif. L'âge est un facteur d'accélération d'inégalités sociales et de santé qui entraînent un risque accru de perte d'autonomie. Prévenir et repérer les facteurs de risque est essentiel et permettra, d'une part, de proposer, chaque fois que nécessaire, des programmes de prévention adaptés et, d'autre part, de faciliter le recours aux aides techniques pour retarder la perte d'autonomie. Pour notre société, il s'agit d'anticiper, au lieu de subir, le vieillissement de nos concitoyens, dont les effets sur l'autonomie ne sont pas une fatalité ;

⑮ 2° L'adaptation de notre société : l'âge ne doit pas être facteur de discrimination ou d'exclusion : il faut changer le regard sur le vieillissement. Cela passe par la création de liens sociaux nouveaux, en rapprochant les générations, mais aussi par la réaffirmation des droits des âgés pour qu'ils ne soient pas ignorés. Il convient de repenser toutes les politiques publiques, en particulier celles du logement, de l'urbanisme et des transports, mais aussi des droits des âgés, de leur engagement civique ... Les villes et, plus largement, les territoires doivent être incités à prendre en compte l'augmentation du nombre d'âgés dans leur développement. Il faut favoriser en France l'innovation technologique et la production d'équipements domotiques pour répondre aux besoins des âgés et encourager la structuration d'une filière industrielle, car le vieillissement représente un levier remarquable pour la société en termes d'emplois, de développement industriel et de croissance ;

⑯ 3° L'accompagnement de la perte d'autonomie : la priorité est de permettre à ceux qui le souhaitent de vivre à domicile dans de bonnes conditions : c'est la préférence des âgés et des familles. Un acte II de l'APA à domicile, plus de dix ans après sa création, est donc nécessaire pour renforcer les possibilités d'aide et en diminuer le coût pour les familles. De plus, les aidants, les familles ou les proches, qui sont souvent le pivot du soutien à domicile, doivent être mieux reconnus et mieux soutenus. Les âgés et leurs aidants doivent pouvoir compter sur une information claire et accessible, sur une orientation pertinente qui respecte leur liberté de choix et sur une réponse en

matière d'aide et un accompagnement garantis sur l'ensemble du territoire. La présente loi fixe également les grandes orientations à moyen terme de l'offre en établissement.

⑰ Ces trois volets assurent la cohérence de la politique de l'âge portée par le Gouvernement. La personne âgée et sa famille sont au cœur de chacun de ces volets et de chacune des dispositions de la présente loi : leurs attentes, leurs projets, leurs besoins, leur participation aussi, avec l'enjeu déterminant d'une meilleure prise en compte de la parole et de la place des âgés dans l'élaboration des politiques publiques.

⑱ Cette politique ambitieuse s'appuiera sur la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), soit un montant estimé à 726 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, 55,9 % du produit de la CASA seront consacrés à la réforme de l'APA à domicile en 2016, puis 70,9 % au cours des exercices suivants.

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

⑳ VOLET 1 : ANTICIPATION ET PRÉVENTION

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

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

㉓ L'anticipation est la toute première priorité.

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

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

㉖ Les enjeux de la transition démographique et de la prise en charge de la perte d'autonomie à moyen terme peuvent être abordés avec confiance si une véritable

culture de la prévention s'impose auprès du grand public et de l'ensemble des acteurs directement concernés : âgés, familles, aidants, professionnels, bénévoles, etc.

- 27 En lien étroit avec la stratégie nationale de santé, qui met le vieillissement de la population au cœur de ses priorités, une politique de prévention graduée sera mise en œuvre pour que chacun puisse mesurer l'impact de ses comportements sur les conditions de son avancée en âge. Elle comprendra aussi bien des actions d'éducation à la santé que des programmes ciblés.
- 28 Cette politique nationale de prévention, qu'elle soit primaire – tout au long de la vie –, secondaire – face à l'apparition des premiers signes de fragilité –, voire tertiaire – pour prévenir l'aggravation de la perte d'autonomie –, doit être globale. Elle s'adresse à tous, et en particulier à tous les âgés, quel que soit leur niveau de perte d'autonomie, qu'ils soient ou non bénéficiaires de l'APA.
- 29 **1. Développer une culture de l'autonomie tout au long de la vie**
- 30 Chacun doit prendre à bras le corps son vieillissement et ses conséquences.
- 31 L'avancée en âge peut être anticipée très tôt, dès la vie active, avec l'appui des employeurs, qui ont une responsabilité dans la préparation du vieillissement de leurs salariés.
- 32 Le passage à la retraite est un moment clé, une occasion de remobilisation sur un projet plus personnel ou un engagement auprès de la société. À cette première étape en 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.
- 33 Une politique globale d'information et d'éducation à l'avancée en âge sera mise en œuvre pour l'ensemble de la population dans le cadre d'un plan d'actions national et interministériel, auquel le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge nouvellement créé prendra toute sa part (cf. volet gouvernance). Un accent particulier sera mis sur le développement de l'activité physique et sportive et sur le lien social.
- 34 **1.1. Anticiper le passage à la retraite et accompagner la fin de carrière**
- 35 L'accompagnement du vieillissement au travail permet de prévenir la perte d'autonomie aux moments clés que représentent la fin de carrière et le passage à la retraite. Cet accompagnement doit éviter que n'interviennent des ruptures susceptibles de fragiliser des parcours de vie déjà difficiles et favoriser au contraire une transition harmonieuse vers une « troisième vie ».
- 36 Une mobilisation dans le cadre de la santé au travail est nécessaire afin d'améliorer l'accompagnement du vieillissement au travail. Cette mobilisation pourrait s'appuyer sur des outils de droit commun du dialogue social et de la politique de l'emploi ou encore sur les contrats de génération, lesquels pourraient intégrer, le cas échéant, des actions d'accompagnement des seniors exerçant une activité professionnelle. Cette orientation va dans le sens de la feuille de route de la conférence

sociale de juillet 2012 prévoyant de renforcer la prévention de la pénibilité et le maintien dans l'emploi des seniors.

- 37 Au moment où ils s'appêtent à prendre leur retraite, les assurés qui rencontrent des difficultés sociales pourront bénéficier d'entretiens que les caisses de retraite développeront à destination des publics en situation de fragilité, dans le cadre de leurs prochaines conventions d'objectifs et de gestion (COG).
- 38 En particulier, les personnes handicapées vieillissantes (actives ou non, avec une attention particulière pour les personnes sans emploi au moment de l'âge de la retraite) pourraient utilement bénéficier de mesures coordonnées de prévention de la perte d'autonomie et de prévention des périodes d'interruption des droits.
- 39 La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) s'engage notamment à expérimenter, avant la fin de la COG (2017), un « passage accompagné » à la retraite pour les publics fragilisés, assorti d'une proposition de demande de minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées, ASPA). Afin d'éviter les interruptions de droits et des périodes sans ressources, des solutions d'automatisation seront également étudiées.
- 40 **1.2. Faire de la prévention l'affaire de tous**
- 41 Il est nécessaire d'offrir au plus grand nombre toutes les informations utiles pour accompagner le changement vers des comportements favorables à la préservation de l'autonomie : âgés, aidants familiaux ou professionnels, bénévoles, services publics, etc. C'est un effort d'éducation au bien-vieillir qui doit être engagé, sur l'ensemble des priorités nationales définies, pour permettre à tous de « savoir pour pouvoir ». En lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), les caisses de retraites mettront en ligne un portail dédié à la préservation de l'autonomie, articulé avec le portail plus général porté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette information devra également être relayée dans les écoles, les administrations, les entreprises, les services publics, etc., pour que la mobilisation soit la plus large possible.
- 42 **1.3. Rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du « bien-être » des personnes âgées**
- 43 La prévention de la perte d'autonomie et l'accompagnement de l'allongement de la vie sont un des grands défis à relever dans notre société. La mission des gérontopôles est de rapprocher et de dynamiser autour du vieillissement les acteurs de la recherche, du soin (à l'hôpital, en ville, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise. Ils faciliteront le transfert de la recherche, du développement technologique (« silver économie ») vers le soin, le médico-social et les services apportés aux âgés.
- 44 Ils s'inscriront dans les orientations définies par la stratégie nationale de santé et l'agenda stratégique de la recherche « France-Europe 2020 ». D'ores et déjà, parmi les axes forts proposés par l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan), la problématique de la recherche sur le vieillissement normal et pathologique a été mise en avant, avec comme axes prioritaires la longévité (génomique et organisme), les

neurosciences et les fonctions cognitives, la qualité de vie et la perte d'autonomie (pour pallier l'isolement, les risques et le handicap).

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

46 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.

47 2.1. Améliorer le repérage des risques de perte d'autonomie et des fragilités

48 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.

49 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.

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

51 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.

52 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.

53 2.2. Maintenir le lien social et lutter contre l'isolement : MONALISA

54 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.

55 De ce constat est née la Mobilisation nationale contre l'isolement social des âgés (MONALISA). Le déploiement de cette mobilisation nationale sera fortement

soutenu et s'inscrira dans les grands chantiers suivis par le nouveau Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

56 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 dans 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 et leurs actions et faciliter le soutien des partenaires, une charte MONALISA permet aux « opérateurs d'équipes » 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.

57 En outre, maîtriser l'usage du numérique est un facteur démontré de prévention de la perte d'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.

58 2.3. Promouvoir l'activité physique et les bonnes pratiques de nutrition chez les âgés

59 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.

60 Le programme national de prévention de la perte d'autonomie, qui sera élaboré par le ministère chargé des personnes âgées en lien avec le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et 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.

61 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.

62 Les mesures relatives à la promotion et au développement des activités physiques et sportives ciblées sur les âgés, qui s'appuient notamment sur les recommandations du groupe de travail présidé par le professeur Daniel Rivière, « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés » (2013), seront intégrées au programme national de prévention de la perte d'autonomie. Elles se concentrent sur quatre objectifs : le développement à l'échelon territorial de l'offre de pratique physique ou sportive pour les personnes âgées, quels que soient leur niveau d'autonomie et leur lieu d'hébergement, en s'appuyant sur les collectivités territo-

riales 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.

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

64 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.

65 **2.4. Mettre en œuvre un programme national de prévention du suicide des âgés**

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

67 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 seize actions, articulées autour de trois priorités :

68 1° Développer les savoirs grand public et professionnels sur les questions relatives au processus suicidaire des personnes âgées, au travers notamment de la formation des médecins à la reconnaissance précoce de la dépression et à l'instauration d'un traitement adéquat, de la formation des professionnels au repérage de la crise suicidaire ou encore de la formation des écoutants téléphoniques sur les numéros d'écoute consacrés ;

69 2° Structurer dans les territoires la collaboration entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie pour améliorer la prise en charge, en proposant, par exemple,

un cahier des charges d'amélioration de la prise en charge, du repérage à l'accompagnement du patient et de son entourage ;

70 3° Développer et mettre en œuvre un programme d'études et de recherche sur le suicide des personnes âgées. Ces actions seront la déclinaison pour les personnes âgées de l'action nationale développée par l'Observatoire du suicide.

71 **2.5. Le vieillissement, une priorité de la stratégie nationale de santé**

72 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.

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

74 L'âge aggrave les inégalités sociales de santé. Pour favoriser l'accessibilité financière à des soins de qualité, le Gouvernement a pris des engagements importants, dont l'encadrement des dépassements d'honoraires médicaux et l'accès à une complémentaire santé. La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit d'ores et déjà une augmentation de 50 € de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour ses bénéficiaires âgés de plus de 60 ans.

75 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, notamment aux personnes en situation de perte d'autonomie ou atteintes d'une maladie chronique. Les diverses mesures mises en œuvre dans le cadre de ce pacte, comme les incitations à l'installation des professionnels dans les zones en déficit d'offre de soins, le renforcement de la coopération entre les acteurs ou la promotion de tous les outils de télémédecine ou de télé-expertise au bénéfice des patients isolés, contribueront au renforcement des dispositifs de prise en charge des personnes âgées qui résident dans des zones où l'offre de soins est discontinuée, notamment en zone rurale.

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

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

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

79 – *Adapter notre système de santé au vieillissement*

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

81 Le lancement des expérimentations de parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), prévues par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 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 d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie, dont l'intitulé et le contenu ont été clarifiés dans la présente loi, 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.

82 – *Agir pour le bon usage du médicament*

83 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 % des hospitalisations chez les 65 ans et plus.

84 Inspiré notamment des préconisations du rapport de Philippe Verger « La politique du médicament en EHPAD », un plan d'action volontariste sera engagé pour favoriser le bon usage du médicament chez les patients âgés en ville, à l'hôpital ou en maison de retraite médicalisée. Quatre objectifs sont poursuivis et déclinés : limiter le recours inadéquat et favoriser les alternatives aux médicaments chaque fois que c'est

possible ; aider le médecin à gérer au mieux le risque d'une consommation inadaptée de médicaments chez les personnes âgées ; favoriser un bon suivi de son traitement par la personne et développer l'accompagnement pharmaceutique ; améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse pour les résidents en maison de retraite médicalisée.

85 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 leur prise, les médicaments soient parfois écrasés ou mélangés, avec de nombreux risques associés.

86 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.

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

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

89 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.

90 En lien avec le développement de la filière « silver économie », cette amélioration de l'accès aux technologies de l'autonomie doit s'accompagner d'une réflexion globale permettant la définition d'un cadre éthique garant de la qualité des réponses qui seront apportées aux besoins des personnes en recherche de solutions technologiques, dans le respect de leur dignité et de leur libre choix. Le développement de l'évaluation de la valeur d'usage de ces aides permettra une diffusion de produits répondant de manière adéquate aux besoins des personnes. Des structures existent déjà, comme l'observatoire des prix des aides techniques ou les centres d'expertises nationaux, tels que le centre d'expertise national sur les technologies de l'information et de la communication pour l'autonomie et la santé (CENTICH), sur lesquelles il convient de s'appuyer, sous l'égide de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), confortée dans son rôle de maison commune de l'autonomie et dans sa mission d'information et de conseil sur les aides techniques

déjà prévue par la loi. Elle pourrait être ainsi chargée de créer des outils, tels qu'un guide des aides techniques et des « labels d'usage ».

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

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

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

94 Beaucoup d'acteurs sont engagés dans des actions de prévention de la perte d'autonomie (conseils départementaux, 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, dans leur contenu (cf. aides techniques) et dans leur déploiement territorial. L'État contribuera à favoriser cette dynamique, en tant que chef de file de l'action gérontologique. Il confortera également le rapprochement, au niveau national, de l'action sociale des caisses de retraite.

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

96 La présente loi prévoit la mise en place d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (cf. partie gouvernance). Cette conférence réunit, sous la présidence du conseil départemental, 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 résidences autonomie sera gérée dans ce cadre partenarial.

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

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

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

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

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

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

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

- 104 C'est le cœur même du défi démographique que de concevoir et d'organiser les multiples effets de l'allongement de la vie et du vieillissement sur la société. L'objet de la présente loi n'est pas d'examiner de manière exhaustive tous ces effets, mais seulement ceux qui sont les plus directement et concrètement liés à la vie des âgés : logement, urbanisme, déplacements, économie et emploi.
- 105 Concevoir la place et le rôle des âgés dans la société et affirmer leurs droits constitue aujourd'hui un nouveau champ d'investissement dont les politiques publiques doivent s'emparer pour qu'ils se sachent au cœur de la cité, utiles, incontournables, en lien avec toutes les générations.
- 106 C'est aujourd'hui qu'il faut concevoir une société qui, dans une génération, comptera un tiers de personnes âgées de plus de 60 ans. Cette évolution suppose de travailler à des réponses spécifiques aux besoins liés à l'âge, mais aussi et surtout d'intégrer, dans les politiques publiques de droit commun et dans l'offre de biens et de services privés, cette réalité du vieillissement de la population.
- 107 La manière de voir les âgés et de penser les solidarités doit changer et s'adapter à la longévité, notamment en reconnaissant et en favorisant l'engagement des âgés, dans la famille en tant que grands-parents, ou dans la société civile en tant que citoyens, forts de leur expérience et de leur disponibilité.
- 108 Toutes les politiques publiques doivent prendre en compte la révolution de l'âge et le respect du libre choix des âgés dans leur projet de vie : le logement est à ce titre emblématique. Il est la première condition de l'autonomie. Il faut faciliter l'adaptation du logement privé et social, en conduisant une politique volontariste d'aménagement et de construction de logements adaptés. Il faut aussi développer des formes de logements intermédiaires qui répondent aux attentes de ceux qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas vivre dans un logement traditionnel. Au-delà du logement, il s'agit d'inciter les collectivités territoriales à intégrer dans leurs politiques urbaines l'enjeu de l'avancée en âge et à développer leurs efforts pour améliorer l'offre de transports, adapter l'urbanisme et accompagner les modes d'habiter et de vivre ensemble.
- 109 L'économie de notre pays elle-même doit être davantage tournée qu'aujourd'hui vers les besoins des âgés : création et adaptation des emplois au service des âgés, développement d'une nouvelle filière industrielle, avec la « silver économie », renforcement de l'effort de recherche et d'innovation ; autant d'opportunités d'emplois et de croissance pour la société française.
- 110 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.
- 111 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.
- 112 **1. Installer la révolution de l'âge dans toutes les politiques publiques**
- 113 Le logement et la place réservée à chacun dans sa ville contribuent 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.
- 114 Il en est de même pour les territoires. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées mobilise tous les territoires en faveur de l'accessibilité universelle. Penser l'urbanisme de manière intergénérationnelle, tout comme la réflexion sur les mobilités des âgés, invite à prendre en considération des éléments qui répondent à leurs besoins spécifiques avec une seule ambition : aménager des territoires qui leur permettent de garder prise avec la vie sociale, d'y être intégrés et d'en être pleinement acteurs.
- 115 **1.1. Faire du logement un levier majeur des politiques d'autonomie et du mieux-vieillir**
- 116 90 % des Français préfèrent adapter leur domicile plutôt que d'avoir à le quitter si leur état de santé se dégrade (sondage Opinionway pour l'Observatoire de l'intérêt général, 2012). D'où l'importance de réunir les conditions nécessaires à l'exercice d'un vrai « libre choix ».
- 117 Car le logement, à travers ses caractéristiques et sa localisation, conditionne aussi bien la capacité des personnes à vivre de manière autonome, que le maintien des relations sociales. Pour rendre possible et effective la priorité au domicile, l'adaptation des logements à l'autonomie est une nécessité absolue. Or, aujourd'hui, 6 % seulement des logements sont adaptés à la vie quotidienne des personnes en perte d'autonomie. Il faut attribuer à ce faible taux d'adaptation des logements une partie du trop grand nombre d'accidents domestiques impliquant des âgés : 450 000 chutes ont lieu chaque année, dont 62 % à domicile, entraînant 9 000 décès par an. Outre l'adaptation des logements, il est nécessaire de développer une offre la plus diversifiée possible de logements pour répondre aux attentes et aux besoins des âgés, en fonction de leur degré d'autonomie.
- 118 **1.1.1. Développer des stratégies cohérentes d'adaptation de l'habitat, ancrées dans les outils de programmation**
- 119 Les schémas gérontologiques et les programmes locaux de l'habitat (PLH) établis au niveau des communes et intercommunalités doivent à l'avenir servir de supports à des politiques coordonnées d'adaptation de l'habitat au vieillissement et à la perte d'autonomie.
- 120 La loi garantit désormais que les PLH prennent en compte le sujet du logement des âgés. Le PLH devra prendre en compte les besoins liés à la perte d'autonomie. Les collectivités territoriales, avec leurs compétences et leurs champs d'intervention propres, harmoniseront leurs orientations, en lien avec les acteurs concernés (Agence nationale de l'habitat [ANAH], bailleurs sociaux, caisses de retraite, aménageurs, services sociaux...).

- 121 Les outils de programmation (dont les PLH) doivent également permettre de prendre en compte les problématiques territoriales de l'habitat des âgés qui dépassent les milieux urbains denses. Une attention particulière doit être portée, d'une part, au logement des âgés en perte d'autonomie en milieu rural, souvent éloigné d'une offre de services facilement accessible, et, d'autre part, au vieillissement des territoires périurbains, qui est l'un des défis des dix à vingt ans à venir.
- 122 **1.1.2. Adapter les logements : le logement comme instrument de prévention**
- 123 En 2009, 85 % des ménages de 60 ans ou plus étaient logés dans le parc privé, dont 85 % étaient propriétaires de leur logement. Mais être propriétaire de son logement ne signifie pas être riche : 10,5 % des propriétaires disposent de ressources les plaçant sous le seuil de pauvreté. Certains propriétaires âgés ont donc besoin d'être fortement soutenus dans leur effort d'adaptation de leur domicile. Le Président de la République a fixé un premier objectif : l'État devra adapter 80 000 logements aux contraintes de l'âge et du handicap d'ici à la fin de son quinquennat. Le parc social, dont les locataires vieillissent, doit également s'adapter à cette nouvelle donne.
- 124 – *Lancer un plan national d'adaptation des logements privés*
- 125 Par-delà l'objectif de 80 000 logements d'ici à la fin 2017, il convient d'apporter des réponses qui rendent à l'avenir plus simple pour les personnes âgées et plus accessible financièrement l'adaptation de leur logement. Aujourd'hui, le dispositif de financement, éclaté entre de nombreux acteurs, est peu lisible, les procédures complexes, le conseil mal structuré et les professionnels formés trop peu nombreux.
- 126 À partir notamment des préconisations conjointes de l'ANAH et de la CNAV, le plan d'action poursuivra les objectifs suivants :
- 127 1° Simplifier le parcours des demandeurs et rendre l'information plus accessible ;
- 128 2° Diviser par deux le temps d'instruction des demandes à l'ANAH et dans les caisses de retraite et mieux cibler les besoins urgents, tels qu'une sortie d'hospitalisation ;
- 129 3° Inciter les collectivités territoriales à s'engager dans des opérations d'adaptation des logements : à ce titre, un diagnostic des besoins en adaptation des logements à la perte d'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 programmes d'intérêt général (PIG) en matière d'adaptation des logements (comme il en existe pour la rénovation thermique ou l'insalubrité) ;
- 130 4° Développer le lien entre travaux d'adaptation et travaux de rénovation énergétique, pour entretenir une dynamique d'entraînement entre les deux politiques et leurs outils respectifs ;
- 131 5° Améliorer les compétences des artisans du bâtiment à travers l'évolution des labels ;
- 132 6° Faire évoluer la liste des travaux éligibles aux financements de l'ANAH et de la CNAV pour prendre en compte la domotique.
- 133 – *Améliorer le crédit d'impôt pour l'adaptation des logements*
- 134 L'amélioration du crédit d'impôt pour l'adaptation du logement y contribuera également. Il ciblera les âgés et les personnes en situation de handicap. La liste des travaux éligibles, en vigueur depuis presque dix ans, sera revue afin de permettre aux âgés de bénéficier de ce crédit d'impôt pour des technologies nouvelles de soutien à l'autonomie au domicile. Le Gouvernement examinera l'opportunité de permettre aux descendants de la personne âgée de bénéficier de ce crédit d'impôt lorsqu'ils s'acquittent des dépenses d'adaptation du logement éligibles à ce dispositif fiscal.
- 135 – *Faciliter le financement des travaux d'adaptation*
- 136 Les aides de l'ANAH, en complément d'autres aides apportées par les caisses de retraite ou les collectivités territoriales, permettent aux personnes aux revenus modestes de financer des travaux d'adaptation à la perte d'autonomie ou au handicap. L'État veille à maintenir un niveau de ressources suffisantes à l'ANAH afin que celle-ci puisse continuer à financer l'adaptation de 15 000 logements au moins chaque année.
- 137 Pour celles et ceux qui ont difficilement accès au crédit bancaire et dont le reste à charge demeurerait excessif compte tenu des aides existantes de l'ANAH ou de la CNAV, un dispositif de micro-crédit sera mis en œuvre pour que le reste à charge non financé par ces aides ne soit pas un frein à l'adaptation de leur logement. Un dispositif permettant la poursuite des missions sociales des sociétés anonymes coopératives d'intérêt collectif pour l'accession à la propriété (SACICAP) est ainsi en cours d'étude.
- 138 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 espérance de vie élevée.
- 139 Pour lever ces obstacles, la Caisse des dépôts et consignations a initié, aux côtés d'autres investisseurs institutionnels, la constitution d'un fonds destiné à l'acquisition de biens immobiliers en viager ; simultanément, en partenariat avec l'Union sociale pour l'habitat, elle travaille à développer des dispositifs de viager ou assimilés, impliquant un bailleur social et un âgé, dans le respect, pour le bailleur social, du service d'intérêt économique général régissant le logement social.
- 140 Les dispositifs de type « prêts viager hypothécaires », préservant les droits des héritiers lorsque les personnes le souhaitent, devront également être améliorés pour devenir plus attractifs.
- 141 – *Mobiliser les bailleurs sociaux et diffuser les bonnes pratiques*

- 142 35 % des locataires du parc social auront plus de 65 ans en 2035. Les bailleurs sociaux sont déjà très mobilisés au service des âgés, grâce à la mise en place de dispositifs innovants permettant d'apporter des réponses originales à l'isolement, aux difficultés de la vie quotidienne, etc. L'objectif est d'inciter à la prise en compte du vieillissement dans tous les registres de la gestion locative et de la gestion du patrimoine : faciliter l'adaptation des logements et constituer une offre adaptée, identifier les logements accessibles afin de permettre leur attribution aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, faciliter également les mutations de logement pour permettre l'installation des personnes âgées dans un logement mieux adapté à leur perte d'autonomie ou plus proche de leurs aidants, sensibiliser et former les gardiens au repérage des situations d'isolement et de fragilité et participer à des actions coopératives en matière de lien social ou d'installation de services de proximité.
- 143 Une convention nationale entre l'État et l'Union sociale pour l'habitat (USH) sera élaborée pour définir une stratégie commune autour de ces objectifs, qui concernera également les personnes handicapées. Afin de généraliser les bonnes pratiques, un prix sera également créé, en lien avec l'USH, la CNAV et la Caisse des dépôts et consignations, afin de récompenser les bailleurs sociaux les plus innovants dans l'adaptation de leur parc au vieillissement.
- 144 – *Encourager la mise en place de bourses aux logements adaptés*
- 145 Afin de faciliter le rapprochement entre l'offre et la demande de logement adapté à la perte d'autonomie ou au handicap, la mise en place de bourses aux logements adaptés constituées avec l'aide des bailleurs privés est encouragée au niveau départemental.
- 146 – *Mieux prévenir les coupures d'énergie*
- 147 L'encadrement des coupures d'énergie pour impayés a été renforcé par la loi n° 2013-312 du 15 avril 2013 visant à préparer la transition vers un système énergétique sobre et portant diverses dispositions sur la tarification de l'eau et sur les éoliennes. Pour autant, certains âgés vulnérables se voient encore privés d'électricité ou de gaz parce qu'ils n'ont pas payé leurs factures.
- 148 En lien avec le ministère du développement durable, les fournisseurs d'énergie et les conseils départementaux, 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.
- 149 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.
- 150 **1.1.3. Diversifier l'offre de logements**
- 151 Entre la maison de retraite médicalisée et le domicile traditionnel, d'autres modes d'habitat peuvent répondre aux besoins des âgés. C'est le cas du logement intégrant des services, qui peut devenir une solution pertinente quand arrivent les premiers signes de fragilité. Il assure en effet sécurité, accessibilité et garantie d'une prise en charge médico-sociale.
- 152 – *Développer les logements-foyers ou « résidences autonomie »*
- 153 La présente loi donne un nouveau souffle aux logements-foyers rebaptisés « résidences autonomie », afin de transformer cette forme d'établissement médico-social alternative aux maisons de retraite médicalisées quand l'âge est plus autonome que dépendant. Les résidences autonomie représentent une offre de l'ordre de 110 000 places installées, réparties dans 2 200 logements-foyers qui accueillent très majoritairement des âgés autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement dans un but de préservation de leur autonomie. Initiés dans les années 1960, ils nécessitent aujourd'hui d'être revisités pour mieux remplir leurs missions.
- 154 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 et l'amélioration continue des logements restent difficiles à financer. Afin de moderniser cette offre fragilisée, le plan d'aide à l'investissement de la CNSA sera abondé de manière exceptionnelle pendant trois ans pour aider ces structures à engager leurs travaux, en lien avec la CNAV, la Caisse des dépôts et consignations et les collectivités territoriales.
- 155 Les résidences autonomie ont une mission de prévention de la perte d'autonomie désormais reconnue et réaffirmée par la loi. Cette mission sera soutenue, pour ceux qui ne bénéficient pas du forfait soins, par un forfait « autonomie », afin de financer des dépenses non médicales permettant de préserver l'autonomie des résidents. La gestion du forfait autonomie, déléguée par la CNSA, relève des conseils départementaux dans le cadre de la nouvelle conférence des financeurs. Par ailleurs la présente loi autorise désormais, sous certaines conditions, l'admission dérogatoire en résidence 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.
- 156 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. Elles auront 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.
- 157 – *Sécuriser le développement de l'offre de résidences-services*
- 158 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, 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.

159 Dans un contexte de développement de ces structures utiles, la loi prévoit plusieurs dispositions pour mieux maîtriser et rendre plus transparentes les charges pour les résidents et les copropriétaires. Pour les résidences-services à venir, le modèle des résidences avec services « à la carte », 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 relatives au niveau de services, devient obligatoire.

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

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

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

163 **1.1.4. Préparer l'architecture de demain des établissements pour personnes âgées**

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

165 **1.2 Faire place à l'âge dans les politiques urbaines, dans une logique intergénérationnelle**

166 La ville et le territoire tout entier doivent s'adapter au vieillissement de la population, pour que l'espace urbain, les services et l'habitat soient accessibles à tous. Les âgés doivent être entendus pour faire évoluer les manières de

penser l'aménagement et les déplacements, dans une logique de mixité intergénérationnelle. Les outils de programmation urbaine - programmes locaux de l'habitat, plans de déplacement urbain (PDU), notamment - devront prendre en compte cette réalité des besoins sociaux.

167 – *Promouvoir un urbanisme intergénérationnel*

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

169 Afin de reconnaître et de favoriser ces initiatives, un protocole d'actions « Ville amie des aînés » s'appuie sur la démarche du même nom, définie par l'Organisation mondiale de la santé et le réseau francophone des villes amies des aînés. Ce protocole d'actions, qui repose sur le volontariat des collectivités, a pour objectif de créer des conditions favorables au vieillissement pour permettre d'accueillir, sans exclusive, tous les âges. Ce protocole d'actions est validé à la suite d'un audit participatif mené avec les personnes âgées, de la modification des documents d'urbanisme et du repérage de zones favorables à une haute qualité de vieillissement (HQV). Il permet de bénéficier d'une prise en compte pour les appels à projets du fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce (FISAC), de la mobilisation des associations sportives et de la coopération des services de l'État pour mener, en lien avec la collectivité, des projets d'habitats regroupés intergénérationnels.

170 Les âgés devront également être mieux associés à la définition des politiques d'aménagement des territoires. Une première étape concernera l'évolution des commissions communales d'accessibilité. L'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées et visant à favoriser l'accès au service civique pour les jeunes en situation de handicap, ratifiée par le Parlement à l'été 2015, élargit la composition de ces commissions communales, qui suivent la mise en accessibilité du cadre bâti, des transports et de la voirie, aux associations représentatives de 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.

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

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

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

- 174 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.
- 175 Une action résolue doit être conduite pour permettre une mobilité sécurisée à travers des déplacements plus sûrs, motorisés ou non, des véhicules innovants, qu'ils soient individuels ou collectifs, mais surtout des modes de transport et des services qui répondent aux besoins des âgés et les rassurent. Complétant l'action du médecin traitant et du pharmacien, qui ont été sensibilisés à la détection des débuts de fragilité possibles au volant, ces alternatives seront développées, constituant la meilleure réponse à la discrimination qu'induirait l'appréciation de la faculté de conduire uniquement en fonction de l'âge.
- 176 Désormais le public des âgés figurera, de par la loi, spécifiquement parmi les publics pris en compte par les plans de déplacement urbains (PDU). Par-delà la mise en accessibilité, déjà prise en compte, il s'agira d'intégrer la qualité d'usage (sécurité, mode de conduite, accès à l'information...) et d'inciter au développement de modes de transport innovants.
- 177 La loi ouvrira également aux âgés l'accès aux « services conseils en mobilité » mis en place par les autorités organisatrices des transports (AOT) dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, afin qu'ils soient mieux informés sur les possibilités de mobilités existantes.
- 178 Une étude sur les plateformes et les centrales de mobilité, lancée par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, permettra non seulement de recueillir et de diffuser les bonnes pratiques des collectivités les plus innovantes, mais encore de passer en revue les moyens possibles pour encourager leur création, notamment dans les zones rurales.
- 179 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 délicat, crainte... Tout cela doit faciliter l'usage des transports publics.
- 180 Pour permettre le développement de certains de ces nouveaux véhicules, l'élaboration d'un statut spécifique dans le code de la route est nécessaire. Ce statut juridique sera abordé dans le cadre du groupe de travail sur « le partage de l'espace public et la sécurisation des modes actifs » piloté par la délégation à la sécurité et à la circulation routières.
- 181 La marche est le mode de déplacement privilégié par les âgés, en particulier lorsqu'ils avancent en âge et restreignent le périmètre de leurs déplacements. Le futur plan national d'action pour les mobilités actives contribuera notamment à valoriser la marche mais aussi à mieux sécuriser l'espace public pour les piétons. Parallèlement, la délégation à la sécurité et à la circulation routières prolongera, en lien avec tous les acteurs concernés, ses efforts de sensibilisation pour sécuriser les piétons âgés.
- 182 **2. Saisir le potentiel que représente la transition démographique pour la croissance et l'emploi**
- 183 Le champ de la « silver économie » est très vaste : il s'étend des technologies les plus avancées de la domotique et de la robotique jusqu'à l'habitat, la mobilité, le tourisme pour seniors..., en passant par les aides techniques les plus simples et toute la gamme des services de téléassistance ou bouquets de services. Son périmètre étant en expansion continue, puisqu'elle a vocation à irriguer tous les marchés, l'objectif est de structurer une industrie du vieillissement en capacité de répondre à un marché mondial de près d'un milliard d'âgés. L'enjeu est de créer un écosystème national et régional, porteur de croissance, d'emplois et d'investissements étrangers dans nos « clusters », ou grappes d'entreprises, au sein des « silver régions ».
- 184 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.
- 185 **2.1. Faire de la France un leader mondial de la « silver économie »**
- 186 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 destinés 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 technologies au service des âgés.
- 187 La présente loi, par le biais de mesures favorables à la diminution du reste à charge des personnes âgées et de leur famille, via la revalorisation de l'APA ou une meilleure solvabilisation des aides techniques, contribuera à l'émergence d'une demande plus forte de produits nouveaux. En renforçant le découplage des différents secteurs concernés par le vieillissement (social, médical, urbain, etc.) et en améliorant la coordination des acteurs de la prévention de la perte d'auto-

nomie, la présente loi crée également un environnement plus favorable au développement de la « silver économie ». Les jeunes seniors constituent, en particulier, une population dont les comportements, les envies, les besoins et le rôle social vont avoir de plus en plus de poids et représentent une opportunité pour l'économie et la croissance françaises, 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.

188 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.

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

190 – créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la « silver économie » ;

191 – favoriser le développement d'une offre compétitive ;

192 – exporter les produits et les technologies de la « silver économie » ;

193 – professionnaliser les acteurs de la « silver économie » ;

194 – créer des innovations dans le champ de la « silver économie » ;

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

196 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.

197 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.

198 2.2. Développer des emplois de services de qualité pour mieux répondre aux besoins des âgés et améliorer la qualité de l'accompagnement

199 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.

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

201 1° *Faire évoluer les métiers au service des nouveaux objectifs portés par les politiques de l'âge et du handicap*

202 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.

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

204 2° *Soutenir l'effort de création d'emplois dans le secteur de l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées*

205 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 ;

206 3° *S'appuyer sur le dialogue social pour améliorer les conditions de travail et lutter contre la précarité*

207 Qu'il s'agisse du futur plan santé au travail III, des états généraux du travail social ou des négociations de branche, tous ces chantiers structurants auront comme priorité la préservation de la qualité de la 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.

208 La priorité donnée au domicile s'est traduite par l'agrément par l'État d'un avenant à la convention collective de la branche de l'aide à domicile permettant de revaloriser le point d'indice. 220 000 salariés sont concernés. 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 départementaux et les organismes d'aide à domicile.

209 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.

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

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

212 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.

213 3.1. Valoriser et conforter l'engagement familial des âgés

214 La France compte plus de 15,1 millions de grands-parents. Les femmes deviennent grands-mères à 54 ans en moyenne, et les hommes grands-pères à 56 ans. La garde des petits-enfants par leurs grands-parents, la prise en charge par ces derniers de l'organisation du temps libre et éventuellement des vacances représentent une solidarité intergénérationnelle majeure.

215 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.

216 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'initiative.

217 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 litige. 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.

218 3.2. Valoriser et conforter l'engagement solidaire des âgés

219 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 et renforcer la cohésion sociale entre les générations ; c'est en outre un moyen reconnu de prévenir la perte d'autonomie.

220 L'engagement associatif des aînés doit donc être encouragé et valorisé.

221 Le départ à la retraite représente une rupture qui peut être difficile à vivre. Les entreprises, dans le cadre de leur responsabilité sociale (RSE), et les caisses de retraite ont un rôle essentiel à jouer pour aider les futurs retraités dans la préparation de leur nouveau projet de vie et pour les inciter à mettre leurs compétences et leur expérience au service d'un engagement associatif.

222 La valorisation de l'engagement des seniors ne doit pas conduire à une hiérarchisation des bénévoles. Un dispositif visant à témoigner de la reconnaissance de la collectivité nationale envers les bénévoles les plus engagés, et à mettre en valeur les projets les plus innovants pourrait être mis en place par l'État, en collaboration avec le monde associatif. Ce dispositif pourrait prévoir de matérialiser cette reconnaissance dans le cadre d'une cérémonie le 5 décembre de chaque année, à l'occasion de la journée internationale des volontaires.

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

224 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 autre contrepartie financière qu'une participation aux charges lorsque les parties en conviennent.

- 225 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, pouvant être conclue par la personne âgée et le jeune, permettra également de mieux sécuriser cette pratique. Les résidences autonomie peuvent également accueillir en leur sein, au même titre que des personnes âgées ou handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, afin d'y poursuivre l'objectif de la cohabitation intergénérationnelle.
- 226 – *Organiser la transmission et la solidarité intergénérationnelles*
- 227 La loi n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République réaffirme l'importance du dialogue entre l'école et les parents, les collectivités territoriales et le secteur associatif. L'engagement des élèves dans des projets éducatifs visant à favoriser la réussite éducative et les apprentissages pourra notamment concerner des projets avec des personnes âgées. D'ores et déjà, la réforme des rythmes scolaires a pu permettre à des personnes retraitées de participer à des activités périscolaires, en fonction de leurs compétences et des projets développés par les communes. Cette dynamique sera encouragée.
- 228 Chaque année, une journée nationale de la solidarité intergénérationnelle dans le système éducatif permettra de valoriser les projets intergénérationnels développés toute l'année.
- 229 Dans le même esprit, 2014 était l'année de la commémoration de deux guerres mondiales. Elle fut l'occasion de mobiliser les personnes âgées autour du partage de leurs archives personnelles, civiles ou militaires, pour contribuer à laisser une trace de cette époque dont les protagonistes s'éteignent peu à peu. Une convention sera signée entre les ministres chargés des anciens combattants, 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.
- 230 De même, la contribution des immigrés âgés à l'histoire de notre pays sera mieux reconnue. Elle est une composante essentielle de l'histoire nationale, en particulier de l'histoire de la reconstruction du pays et du développement de son outil industriel. La reconnaissance et la transmission de cette histoire sont un gage de renforcement du lien intergénérationnel et au fondement de toute politique d'intégration. Conformément aux préconisations figurant dans le rapport de la mission d'information sur les immigrés âgés, déposé le 2 juillet 2013 à la présidence de l'Assemblée nationale, l'identification de « lieux de mémoire » de l'immigration sera encouragée, les travaux sur la mémoire de l'immigration seront soutenus, les lieux d'échange et de transmission de la mémoire de l'immigration seront valorisés et les grandes entreprises fortement employeuses de travailleurs immigrés seront invitées à soutenir les projets de recherche sur l'histoire de l'immigration et à garantir l'accès à leurs archives.
- 231 **3.3. Donner aux âgés les moyens de s'épanouir en développant des offres de services adaptées**
- 232 – *Encourager le développement des universités du temps libre*
- 233 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.
- 234 Ces universités sont amenées à se développer dans les années à venir. À cette fin, une convention a été signée au deuxième trimestre 2015 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 de 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.
- 235 – *Garantir le droit aux vacances pour tous et l'accès à la culture*
- 236 Les âgés peuvent partir en vacances sans les contraintes des actifs, ce qu'il importe de favoriser. L'Agence nationale pour les chèques vacances sera confortée dans le programme « Seniors en vacances », qui permet à 45 000 âgés de partir annuellement. Il importera de permettre à davantage de personnes âgées dépendantes de partir en vacances.
- 237 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.
- 238 De même, dans le domaine de la culture, les porteurs de projets d'éducation artistique et culturelle seront incités à développer une dimension intergénérationnelle, qu'il s'agisse de projets conçus en partenariat avec les enseignants et se déroulant en partie ou en totalité pendant le temps scolaire ou de projets se déroulant en dehors de ce temps. C'est ainsi que, en 2013, plusieurs parcours d'éducation artistique et culturelle ont permis d'impliquer des maisons de retraite médicalisées. Une attention particulière sera portée aux projets d'accès aux pratiques numériques permettant la création de lien social et intergénérationnel, l'apprentissage de nouveaux usages, la transmission et l'échange.
- 239 **4. Affirmer les droits et libertés des âgés**
- 240 **4.1. Préciser et garantir le respect des droits des âgés**
- 241 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.

242 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). Elle concerne également le champ des personnes handicapées.

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

244 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.

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

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

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

248 Il s'agit aussi de lutter contre les discriminations liées à l'âge, qui sont en augmentation. Harcèlement moral et 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.

249 Les anciens migrants, les lesbiennes, gays, bi et transsexuels ou les personnes séropositives cumulent bien souvent, lors de leur avancée en âge, les risques de discriminations.

250 4.2. Renforcer la liberté d'aller et venir des personnes hébergées en établissement

251 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 sont améliorés par la loi, qui pose également la règle de la proportionnalité et de la nécessité au regard de l'état de la personne et des objectifs de prise en charge.

252 Les nouvelles technologies peuvent permettre de conjuguer les droits et aspirations fondamentales d'autonomie et d'améliorer sensiblement la qualité de vie et la liberté des personnes vulnérables dans les meilleures conditions de sécurité. Le CNBD a élaboré une charte, basée sur les principes de subsidiarité et de 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.

253 4.3. Accompagner l'expression du consentement des personnes

254 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.

255 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.

256 4.4. Protéger les personnes vulnérables

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

258 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 captation de patrimoine ou d'héritage, en particulier par les sectes.

259 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.

260 – *Protéger les âgés contre les clauses abusives*

261 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'hébergement 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.

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

263 L'amélioration de la détection, du signalement et du traitement des faits de maltraitance représente un enjeu majeur. Le caractère contraignant de l'obligation de signalement des établissements sociaux et médico-sociaux est renforcé par une affirmation au rang législatif et non plus seulement par voie de circulaire. Elle s'impose pour tout événement présentant un danger immédiat ou

un risque pour la santé, la sécurité ou le bien-être des résidents ou ayant pour conséquence la perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement. Une cellule départementale de coordination des acteurs concernés par le recueil, l'analyse et le traitement des situations de maltraitance va être expérimentée. L'objectif repose sur une clarification des informations préoccupantes et sur une structuration des acteurs locaux autour des ARS et des conseils départementaux.

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

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

266 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.

267 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.

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

269 **VOLET 3 : ACCOMPAGNER LA PERTE D'AUTONOMIE**

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

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

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

273 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.

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

275 En s'appuyant notamment sur les conseils départementaux, 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 : le 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.

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

277 Conçus comme des lieux de proximité, de professionnalisation et de développement de nouvelle forme d'organisation de l'emploi à domicile, les relais assistants de vie sont organisés dans le cadre d'une convention avec les conseils départementaux et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. La participation renforcée des salariés travaillant en emploi direct auprès des personnes en situation de grande dépendance (aide personnalisée à l'autonomie, GIR 1 et 2) doit être recherchée.

278 **1.1. Réformer l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile**

279 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.

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

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

quatre en 2011, notamment dans les cas de perte d'autonomie lourde : 46 % des GIR 1 atteignent le plafond de leur plan d'aide. Le niveau de participation financière conduit des bénéficiaires modestes à renoncer à l'aide dont ils ont besoin, au prix d'une sous-consommation des plans d'aide. Le ticket modérateur, qui dépend uniquement des ressources, croît mécaniquement avec l'importance du plan d'aide, ce qui conduit à des taux d'effort élevés pour les personnes dont la perte d'autonomie est la plus forte. La qualité de l'intervention peut encore progresser, par une plus grande qualification des professionnels du domicile et une meilleure coordination des intervenants.

282 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 de subir une détérioration de leur état de santé et une accélération de 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.

283 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 besoins des personnes et de construction des plans d'aide, qui est perçue comme une source d'iniquité à l'échelle du territoire national.

284 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.

285 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 celles qui le souhaitent, et le peuvent, de rester à domicile.

286 La loi s'appuie sur trois leviers complémentaires :

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

288 La réforme allégera le reste à charge pour les plans d'aide les plus lourds grâce à la baisse du ticket modérateur. Pour la part du plan d'aide comprise entre 350 et 550 €, le ticket modérateur pourra baisser jusqu'à 60 %. Pour la part allant au-delà de 550 €, la baisse pourra atteindre 80 %. Cela représente une diminution significative du reste à charge pour les plus dépendants, les plus modestes et les classes moyennes. Parallèlement, le nouveau barème proposé garantit qu'aucun bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'acquiesce de ticket modérateur. Ces deux mesures de justice sociale sont déterminantes dans l'accès aux droits et le recours à l'aide et permettent de lutter contre le non-recours, qui peut contribuer à

l'aggravation de la perte d'autonomie, faute d'un accompagnement suffisant. Pour finir, améliorer l'accessibilité, c'est aussi simplifier les démarches, notamment en favorisant l'utilisation du chèque emploi-service universel pour l'APA et le tiers payant aux services et en renforçant l'information sur les droits et les démarches pour y accéder, grâce au portail internet qui sera hébergé par la CNSA.

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

290 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.

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

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

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

294 L'amélioration de la qualité de l'intervention à domicile passe également par la prise en compte d'un temps d'échange entre les personnes âgées et le professionnel de l'aide à domicile au-delà de l'intervention technique dans la définition des besoins.

295 **1.2. Conforter la refondation du secteur de l'aide à domicile**

296 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.

297 En premier lieu, le régime du mandatement des services autorisés par les départements doit être sécurisé, au sens du droit européen, 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. Les CPOM permettront également un financement au forfait global, en contrepartie d'objectifs prévisionnels d'activité et de qualité. Dans ce cas, les plans d'aide pourront être adaptés à des besoins ponctuels : les participations pourront être calculées sous forme forfaitaire, ce qui permettra, lorsque c'est nécessaire, d'alléger ou d'intensifier les plans d'aide, sans incidence financière pour la personne.

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

299 Enfin, la loi met fin à l'actuel double régime d'agrément et d'autorisation avec droit d'option, ouvert aux services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées et des personnes handicapées. La loi prévoit une évolution progressive et sécurisante vers un régime unique d'autorisation par les départements. Les services actuellement agréés seront réputés autorisés. Un cahier des charges national précisera les conditions de fonctionnement et d'organisation des services autorisés. Une évaluation externe de chaque service sera exigée à la date qui aurait été celle de l'échéance de son agrément. Ce régime permettra de positionner le département comme l'acteur impulsant la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile, en cohérence avec le recentrage de ses missions sur ses compétences sociales. Afin de maîtriser les dépenses locales, ce régime unique d'autorisation ne comprendra pas de tarification administrée automatique. Au sein du comité de pilotage national de refondation des services et d'accompagnement à domicile (SAAD) associant l'ensemble des fédérations du secteur et les départements, des travaux seront menés pour identifier, à partir d'une meilleure connaissance des structures de coût des SAAD, des tarifs nationaux de référence non opposables tenant compte, notamment, de la spécificité de leurs activités, de leur couverture territoriale ou encore de la qualification de leurs personnels et permettant une plus grande transparence de leur offre de services.

300 Les exigences de transparence et d'égalité de traitement entre les structures, quel que soit leur statut juridique, sont garanties : des délais d'instruction des dossiers par les départements sont définis ; l'État accompagnera, le cas échéant, le suivi de ces demandes ; enfin les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) suivront l'évolution de la réforme. Ainsi, l'accès au marché des services d'aide et d'accompagnement à domicile prestataires sera sécurisé pour

l'ensemble des services, tout en permettant aux départements, dans le cadre d'un dialogue de gestion modernisé avec les gestionnaires grâce aux CPOM, de mieux faire face aux enjeux du vieillissement de la population. De même, jusqu'au 31 décembre 2022, l'autorisation de création ou d'extension d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile habilité ou non à l'aide sociale sera facilitée par la dispense de l'appel à projet.

301 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 difficulté 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.

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

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

304 2. Soutenir les aidants

305 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 son 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.

306 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, dont 62 % sont des femmes. Les aidants qui sont encore en situation professionnelle sont dans 88 % des cas des femmes.

307 20 % des aidants sont considérés aujourd'hui comme ayant à supporter une 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.

308 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.

309 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.

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

311 2.1. Reconnaître un droit au répit pour les aidants dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie

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

313 Accompagner les aidants, c'est aussi leur permettre de faire une « pause ». La présente loi crée dans l'APA à domicile un module spécifique au « 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.

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

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

316 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.

317 Le module spécifique au « droit au répit » 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 passent aussi par le déploiement des plateformes d'accompagnement et de répit. Une étude préalable ainsi qu'une concertation avec l'ensemble des partenaires sociaux concernés seront lancées afin d'apprécier l'opportunité de la mise en place d'expérimentations de prestations de relais à domicile assurées par un seul professionnel pendant plusieurs jours consécutifs, sur le modèle du « baluchonnage » québécois.

318 2.2. Conforter et élargir les dispositifs de formation et d'accompagnement des aidants

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

320 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 départementaux assureront dans le domaine de l'autonomie 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...

321 2.3. Aider les aidants à concilier leur rôle avec une vie professionnelle

322 Compte tenu des difficultés que rencontrent les aidants dans leur vie professionnelle et de l'effet bénéfique que peut avoir le fait de continuer à travailler, il est indispensable de faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie d'aidant ainsi que le maintien en emploi. 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.

323 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.

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

325 3. Concevoir la maison de retraite médicalisée de demain

326 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 et soutien à une vie sociale la plus riche possible.

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

328 Dans ce contexte, la présente loi engage une réforme, qui vise d'abord à garantir davantage de transparence dans les tarifs et, à terme, à réformer la tarification des établissements.

329 La loi permet d'ores et déjà de mieux protéger les résidents et leurs familles en assurant davantage de transparence et en commençant à mieux réguler les tarifs. Dans un souci de plus grande transparence et pour rendre possible la comparaison des prix à prestation donnée, la présente loi prévoit, pour les établissements non habilités à l'aide sociale, 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 « socles » 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.

330 Afin de mieux encadrer l'évolution des tarifs pour les résidents en établissement sur les places non habilitées à l'aide sociale (25 % du total), le ministère chargé des personnes âgées et de l'autonomie est désormais associé à la fixation du taux d'évolution des tarifs d'hébergement aux côtés du ministère chargé des finances. De plus, il est tenu compte d'un critère nouveau par rapport à la pratique actuelle dans la fixation de ce taux d'évolution afin de prendre en compte le pouvoir d'achat des âgés : celui de l'évolution du niveau des retraites déjà liquidées.

331 Le Gouvernement s'engage aussi fortement pour protéger les droits des résidents en établissement au travers des dispositions prévues par la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation. Ainsi, les prestations d'hébergement qui n'ont pas été délivrées, postérieures au décès ou au départ d'un résident, ne peuvent plus être facturées. La même loi prévoit également l'obligation de dresser un état des lieux contradictoire à l'arrivée et au départ d'une personne hébergée en maison de retraite et l'interdiction de facturer les frais de remise en l'état de la chambre en l'absence d'un tel état des lieux.

332 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.

333 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.

334 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.

335 Une partie des mesures figure dans la présente loi avec la réforme des appels à projets. Les projets d'extension et de transformation de places se verront ainsi facilités. Cela permettra, par exemple, de transformer des lits d'hôpital en places en maison de retraite.

336 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.

337 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.

338 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 ».

339 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.

340 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.

341 4. Mieux accompagner la fin de vie

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

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

344 – rendre systématique 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) ;

345 – développer la formation des professionnels intervenant en maison de retraite médicalisée ou à domicile. Les médecins coordonnateurs et les soignants doivent être mieux formés à la communication et à la réflexion éthique autour de la question de la fin de 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 ;

346 – prendre en compte la question de la fin de vie lors de l'élaboration ou de l'actualisation du projet de vie en maison de retraite médicalisée, encourager chaque personne accueillie à désigner une personne de confiance et à formuler ses souhaits et directives de manière anticipée et accompagnée ;

347 – rendre systématique 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) ;

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

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

350 5. Favoriser l'accès à l'accueil temporaire et l'accueil familial

351 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.

352 5.1. Apporter les réponses aux freins que connaît aujourd'hui l'accueil temporaire

353 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.

354 À l'avenir, ces formes d'accueil temporaire devraient correspondre à une demande croissante de souplesse des modes de prise en charge. Or, aujourd'hui, les missions et le maillage territorial des structures d'accueil temporaire sont très hétérogènes et leur 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.

355 5.2. Encourager le déploiement de l'accueil familial

356 L'accueil familial de personnes âgées et de personnes adultes en situation de handicap constitue une formule alternative entre le domicile et l'établissement. Il offre à ceux qui ne peuvent plus ou ne souhaitent plus rester chez eux un cadre de vie familial, qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé. Il peut répondre à un besoin d'accueil durable ou à un besoin d'accueil temporaire. 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.

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

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

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

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

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

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

363 Dans les années qui viennent, les autorités compétentes en matière de planification, d'autorisation, de financement et de pilotage, au premier rang desquelles les conseils départementaux et les ARS, auront de plus en plus à travailler à l'organisation de l'offre pour l'améliorer et la faire évoluer en fonction des besoins, dans un souci

de bonne allocation des financements publics. Faciliter la réorganisation de l'offre passe notamment par la simplification des règles relatives aux appels à projets. La loi le permet, sur la base du bilan de la mise en œuvre du régime créé en 2009. Le dispositif en vigueur est allégé en conciliant la transparence de l'information nécessaire au secteur et la souplesse nécessaire à l'évolution et à l'adaptation de l'offre existante.

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

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

366 VOLET 4 : LA GOUVERNANCE

367 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.

368 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. La 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 par une meilleure coordination des actions.

369 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 départementaux. Elle doit contribuer à décloisonner les politiques, les acteurs et 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 des 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 départemen-

taux, caisses de retraite...) permettra aux Français de mesurer et de suivre l'effort global réalisé pour la politique de l'âge.

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

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

372 **1.1. Créer un Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge contribuant à élaborer cette politique globale**

373 La présente loi crée un Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), pour donner davantage la parole aux personnes concernées sur tous les sujets liés aux familles et à l'enfance, aux retraités, à l'avancée en âge et à l'adaptation de la société au vieillissement, dans une approche intergénérationnelle.

374 Ce Haut Conseil est placé auprès du Premier ministre.

375 Il se substituera au Conseil national des retraités et des personnes âgées (CNRPA), au comité « avancée en âge », au Conseil national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées (CNBD), au Haut Conseil de la famille (HCF), au Comité national de soutien à la parentalité (CNSP) et à la commission « enfance et adolescence » de France stratégie.

376 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 bientraitance pour les âgés et les personnes en situation de handicap. Afin de favoriser la vision transversale des enjeux relatifs à la bientraitance et aux droits des personnes âgées comme des personnes handicapées, les présidents des deux conseils conviendront ensemble des modalités de travail communes régulières sur ces questions.

377 Le fonctionnement et la composition du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge sont fixés par un décret qui prévoit une formation plénière et des formations spécialisées recouvrant l'ensemble des champs de compétence du Haut Conseil : personnes âgées et personnes retraitées, enfance et famille.

378 Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

379 Il formule toute proposition de nature à garantir le respect des droits et la bientraitance des personnes vulnérables à tous les âges de la vie ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques.

380 Il donne un avis sur tout projet de mesure législative concernant l'enfance, l'avancée en âge des personnes âgées et des personnes retraitées, l'adaptation de la société au vieillissement et la bientraitance, et peut en assurer le suivi.

381 Il peut être saisi par le Premier ministre, les ministres chargés de la famille, des personnes âgées, de l'enfance et les autres ministres concernés, de toute question relative à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge des personnes âgées et des retraités et à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi qu'à la bientraitance. Il peut également s'autosaisir sur ces mêmes champs de compétence.

382 **1.2. Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en tant que « maison commune » pour mieux piloter cette politique globale**

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

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

385 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, de la CCMSA et du RSI. En outre, son conseil comprendra désormais trois vice-présidents élus respectivement parmi les représentants des conseils départementaux, ceux des personnes âgées et ceux des personnes handicapées.

386 **1.3. Mieux informer les âgés et leurs aidants grâce à un portail global d'information et d'orientation**

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

388 La présente loi reconnaît un droit à l'information et crée un dispositif global d'information et d'orientation, à travers un portail internet dédié et articulé avec l'offre de services des départements, des caisses de retraite et de leurs opérateurs locaux, à commencer par les centres

locaux d'information et de coordination (CLIC). Le portail offrira une porte d'entrée unifiée pour rendre plus visible et lisible un service public d'information et d'accompagnement des âgés et de leurs aidants. Géré par la CNSA, il s'appuiera sur les données disponibles aux niveaux national et local et viendra en complément des modes d'accompagnement existant déjà sur le terrain. Il est également convenu d'expérimenter une réponse téléphonique nationale de premier niveau adossée au portail internet. Ce dispositif s'inscrit bien sûr plus globalement dans le cadre de la réforme de la gouvernance et de la préfiguration du futur service public d'information en santé.

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

390 La présente loi réaffirme le rôle de pilote des départements dans la prise en charge des personnes âgées sur les territoires. Pour la première fois, elle leur confie également un rôle moteur dans le soutien, l'accompagnement et la valorisation des proches aidants.

391 Elle précise que, pour mener à bien ses missions, le département s'appuie sur la conférence des financeurs de la perte d'autonomie des personnes âgées et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

392 Ce CDCA assurera la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département à la place des comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH). Il sera consulté sur l'ensemble des schémas et des programmes qui concernent les personnes âgées et les personnes handicapées et sera largement ouvert à l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de l'autonomie.

393 La présente loi propose enfin un cadre juridique souple pour la création, à l'initiative du président du conseil départemental, de maisons départementales de l'autonomie (MDA) qui ne seront pas dotées de la personnalité morale. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) resteront donc des groupements d'intérêt public (GIP) et ce n'est que si leur commission exécutive donne un avis conforme que la constitution d'une maison de l'autonomie rassemblant la MDPH et les personnels et les moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sera possible.

TITRE I^{ER}

ANTICIPATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Chapitre I^{ER}

L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX AIDES TECHNIQUES ET AUX ACTIONS COLLECTIVES DE PRÉVENTION

Article 3

(Texte de la commission mixte paritaire)

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

2 « CHAPITRE III

3 « *Prévention de la perte d'autonomie*

4 « *Art. L. 233-1.* – Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du présent code et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

5 « Le programme défini par la conférence porte sur :

6 « 1° L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition et par la prise en compte de l'évaluation prévue au 5° du I de l'article L. 14-10-1 du présent code ;

7 « 2° L'attribution du forfait autonomie mentionné au III de l'article L. 313-12 du présent code ;

8 « 3° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

9 « 4° La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés à l'article 34 de la loi n° ... du ... relative à l'adaptation de la société au vieillissement, intervenant auprès des personnes âgées ;

10 « 5° Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;

11 « 6° Le développement d'autres actions collectives de prévention.

12 « *Art. L. 233-2.* – Les concours mentionnés au a du V de l'article L. 14-10-5 contribuent au financement des dépenses mentionnées aux 1° et 6° de l'article L. 233-1. Ces dépenses bénéficient, pour au moins 40 % de leur montant, à des personnes qui ne remplissent pas les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2. Elles sont gérées par le département. Par

convention, le département peut déléguer leur gestion à l'un des membres de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1. Un décret fixe les modalités de cette délégation.

- 13 « Les aides individuelles accordées dans le cadre des actions mentionnées au 1° de l'article L. 233-1 que le département finance par le concours mentionné au 2° de l'article L. 14-10-10 doivent bénéficier aux personnes qui remplissent des conditions de ressources variant selon la zone géographique de résidence et définies par décret.
- 14 « La règle mentionnée au deuxième alinéa du présent article s'applique également aux financements complémentaires alloués par d'autres membres de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1.
- 15 « *Art. L. 233-3.* – La conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 est présidée par le président du conseil départemental. Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant en assure la vice-présidence. Elle réunit les personnes physiques ou morales qui contribuent au financement d'actions entrant dans son champ de compétence. Elle comporte des représentants :
- 16 « 1° Du département et, sur décision de leur assemblée délibérante, de collectivités territoriales autres que le département et d'établissements publics de coopération intercommunale ;
- 17 « 2° De l'Agence nationale de l'habitat dans le département et de l'agence régionale de santé ;
- 18 « 3° Des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale ;
- 19 « 4° Des organismes régis par le code de la mutualité.
- 20 « Toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie peut y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.
- 21 « En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.
- 22 « *Art. L. 233-4.* – Le président du conseil départemental 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 des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1. Ces données, qui comportent des indicateurs présentés par sexe, sont relatives :
- 23 « 1° Au nombre et aux types de demandes ;
- 24 « 2° Au nombre et aux types d'actions financées par les membres de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 ainsi qu'à la répartition des dépenses par type d'actions ;
- 25 « 3° Au nombre et aux caractéristiques des bénéficiaires des actions.
- 26 « Le défaut de transmission de ces informations après mise en demeure par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fait obstacle à tout nouveau versement au département à ce titre.

27 « *Art. L. 233-4-1.* – La conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est compétente sur le territoire de la métropole le cas échéant créée sur le ressort départemental, lorsque celle-ci exerce les compétences à l'égard des personnes âgées dans les conditions prévues au présent chapitre, sous réserve du présent article. Elle est dénommée "conférence départementale-métropolitaine de la prévention de la perte d'autonomie".

28 « Elle comporte des représentants de la métropole et est présidée par le président du conseil de la métropole pour toutes les affaires concernant la métropole.

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

Article 4 **(Texte du Sénat)**

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

2 1° Au premier alinéa, le mot : « sept » est supprimé ;

3 2° Le V est ainsi modifié :

4 a) Au premier alinéa, après le mot : « prévention, », sont insérés les mots : « dont celles prévues aux 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 du présent code, » et, après le mot : « études », sont insérés les mots : « et d'expertise » ;

5 b) Le a est ainsi rédigé :

6 « a) Pour les personnes âgées, ces charges, qui comprennent notamment des concours versés aux départements pour les actions de prévention prévues, respectivement, aux mêmes 1°, 2°, 4° et 6°, 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 au moins égale à 28 % du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4, ainsi que par une fraction des ressources prévues au a du 2 du I du présent article, fixées par le même arrêté ; »

7 c) Le b est ainsi modifié :

8 – le mot : « , fixée » est remplacé par les mots : « des ressources prévues au a du III du présent article et une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4, fixées » ;

9 – à la fin, les mots : « , des ressources prévues au a du III » sont supprimés ;

10 3° Le V *bis* est abrogé ;

11 4° À la seconde phrase du premier alinéa du VI, les mots : « , à l'exception du V *bis*, » sont supprimés.

.....

Chapitre II

L'ACTION SOCIALE INTER-RÉGIMES DES
CAISSES DE RETRAITE

.....

Chapitre III

LA LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

Article 8
(Texte du Sénat)

- ① I. – Le IV de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le 1° est ainsi rédigé :
- ③ « 1° En ressources :
- ④ « a) Une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être ni inférieure à 5 %, ni supérieure à 12 % de ce produit ;
- ⑤ « b) Une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° du même article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 12 % de cette fraction ;
- ⑥ « c) Une part de la fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° bis dudit article L. 14-10-4 affectée au a du V du présent article, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, dans la limite de 4 % de cette fraction ; »
- ⑦ 2° Le 2° est ainsi rédigé :
- ⑧ « 2° En charges, le financement de dépenses de modernisation des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, de dépenses de professionnalisation de leurs personnels et des intervenants directement employés pour ce faire par les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées, de dépenses d'accompagnement de projets de création et de consolidation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile, 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 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. »
- ⑨ II. – Au début de la première phrase du b de l'article L. 14-10-9 du même code, les mots : « Dans les deux sous-sections mentionnées » sont remplacés par les mots : « À la section mentionnée ».

TITRE II

ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT

Chapitre I^{ER}

VIE ASSOCIATIVE

.....

Chapitre II

HABITAT COLLECTIF POUR PERSONNES ÂGÉES

Section 1

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

Article 11
(Texte de la commission mixte paritaire)

- ① I. – L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi rédigé :
- ③ « I. – Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans des proportions supérieures à des seuils appréciés dans des conditions fixées par décret sont des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. » ;
- ④ 2° Les I bis et I ter sont abrogés ;
- ⑤ 3° Le II est ainsi rédigé :
- ⑥ « II. – Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret sont des petites unités de vie.
- ⑦ « Ces établissements peuvent déroger, dans des conditions fixées par décret, aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux fixées au 1° du I de l'article L. 314-2. » ;
- ⑧ 4° Le III est ainsi rédigé :
- ⑨ « III. – Sont dénommés résidences autonomie les établissements qui relèvent de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et qui accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions inférieures aux seuils mentionnés au I du présent article.
- ⑩ « Les résidences autonomie proposent à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie, définies par décret. Ces prestations, qui peuvent être mutualisées et externalisées, peuvent également être proposées à des non-résidents.
- ⑪ « 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 du présent code ou le cas échéant au IV ter du présent article 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.

- 12 « Les résidences autonomie facilitent l'accès de leurs 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 avec, d'une part, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné au I du présent article et, d'autre part, au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile. »
- 13 « Dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, les résidences autonomie peuvent accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil fixé par décret. »
- 14 « Les places de l'établissement occupées par ces personnes ne sont prises en compte ni pour déterminer les seuils mentionnés au I, ni pour déterminer le nombre de places de l'établissement éligibles au forfait autonomie mentionné au présent III. » ;
- 15 5° Le IV est ainsi rétabli :
- 16 « IV. – Les établissements mentionnés au premier alinéa du III qui, d'une part, ne bénéficieraient pas au 1^{er} janvier 2008 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dans une proportion inférieure aux seuils mentionnés au I conservent, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 313-11 ou, le cas échéant, au IV *ter* du présent article et dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération de leurs personnels de soins salariés et des charges sociales et fiscales y afférentes, le montant des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'État au titre de l'exercice 2007. Ces forfaits sont revalorisés annuellement dans la limite du taux de reconduction des moyens retenu au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie applicable aux établissements mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1. »
- 17 « Ces dépenses font l'objet d'un compte d'emploi, dans des conditions prévues par décret. »
- 18 « Le III du présent article s'applique à ces établissements. »
- 19 I *bis*. – L'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- 20 « Le président du conseil départemental transmet au directeur général de l'agence régionale de santé tout acte d'autorisation pris pour les établissements mentionnés aux III et IV de l'article L. 313-12. Le contenu et les modalités de cette transmission sont définis par décret. »
- 21 II. – Le Gouvernement remet au Parlement, dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi, un rapport sur les possibilités de développer une offre

d'hébergement temporaire dédiée aux personnes en situation de perte d'autonomie et sur l'intégration éventuelle de cette offre au sein même des résidences autonomie

Section 2

Les autres formes d'habitat avec services

Article 15 (Texte du Sénat)

- 1 I. – Les articles 41-1 à 41-5 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis sont remplacés par des articles 41-1 à 41-7 ainsi rédigés :
- 2 « Art. 41-1. – Le règlement de copropriété peut étendre l'objet d'un syndicat de copropriétaires à la fourniture aux résidents de l'immeuble de services spécifiques dont les catégories sont précisées par décret et qui, du fait qu'ils bénéficient par nature à l'ensemble de ses résidents, ne peuvent être individualisés. »
- 3 « Les services non individualisables sont fournis en exécution de conventions conclues avec des tiers. Les charges relatives à ces services sont réparties en application du premier alinéa de l'article 10. Les charges de fonctionnement constituent des dépenses courantes, au sens de l'article 14-1. »
- 4 « Les décisions relatives à la création ou à la suppression des services non individualisables sont prises à la majorité prévue au premier alinéa de l'article 26. La décision de suppression d'un service non individualisable ne peut intervenir qu'à la condition que l'assemblée générale ait eu connaissance au préalable d'un rapport portant sur l'utilité de ce service pour l'ensemble des résidents et sur les conséquences de la suppression de ce service sur l'équilibre financier de la copropriété. »
- 5 « Si l'équilibre financier d'un ou de plusieurs services mentionnés au présent article est gravement compromis ou si le déséquilibre financier d'un ou de plusieurs services compromet l'équilibre financier de la copropriété, 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 ces services. »
- 6 « Le statut de la copropriété des immeubles bâtis est incompatible avec l'octroi de services de soins ou d'aide et d'accompagnement exclusivement liés à la personne, qui ne peuvent être fournis que par des établissements et des services relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou par des établissements, des services ou des professionnels de santé relevant des quatrième et sixième parties du code de la santé publique. »
- 7 « Art. 41-2. – Le règlement de copropriété peut prévoir l'affectation de certaines parties communes à la fourniture, aux occupants de l'immeuble, de services spécifiques individualisables. Il précise la charge des dépenses d'entretien et de fonctionnement liées à ces parties communes et sa répartition. »

- ⑧ « Art. 41-3. – Les conditions d'utilisation par les tiers des parties communes destinées à des services spécifiques individualisables sont fixées dans une convention stipulée à titre gratuit, en application du chapitre I^{er} du titre X du livre III du code civil. Cette convention est conclue pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Elle est renouvelable.
- ⑨ « Art. 41-4. – L'assemblée générale, sur proposition du conseil syndical, choisit, à la majorité de l'article 25 ou, le cas échéant, de l'article 25-1, les prestataires appelés à fournir les services spécifiques individualisables. Elle approuve, par un vote distinct et selon les mêmes modalités, les termes de la convention envisagée avec les prestataires choisis ayant pour objet le prêt gratuit des parties communes affectées à ces services, établie dans les conditions prévues à l'article 41-3.
- ⑩ « La durée des contrats de prestations conclus par chaque occupant avec les prestataires ne peut excéder celle du prêt dont ces derniers bénéficient.
- ⑪ « Art. 41-5. – Les modifications du règlement de copropriété emportant désaffectation des parties communes affectées aux services mentionnés à l'article 41-3 sont prises à la majorité prévue à l'article 26. Elles sont notifiées par le syndic aux prestataires concernés. Elles entraînent la résiliation de plein droit des conventions de prêt et de fourniture de services conclues avec les prestataires.
- ⑫ « Art. 41-6. – Le syndicat des copropriétaires d'une copropriété avec services ne peut déroger à l'obligation d'instituer un conseil syndical.
- ⑬ « L'assemblée générale peut déléguer au conseil syndical, à la majorité prévue à l'article 25, les décisions relatives à la gestion courante de services spécifiques.
- ⑭ « Lorsqu'il ne reçoit pas de délégation à cet effet, le conseil syndical donne son avis sur les projets des conventions mentionnées au deuxième alinéa de l'article 41-1 et à l'article 41-4. Il en surveille l'exécution et présente un bilan chaque année à l'assemblée générale.
- ⑮ « Le prestataire des services individualisables et non individualisables ne peut être le syndic, ses préposés, son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, son concubin, ni ses parents ou alliés jusqu'au troisième degré inclus, ni les entreprises dans le capital desquelles les personnes physiques mentionnées précédemment détiennent une participation ou dans lesquelles elles exercent des fonctions de direction ou de contrôle, ou dont elles sont préposées. Lorsque le syndic est une personne morale, l'interdiction d'être prestataire des services individualisables et non individualisables est étendue aux entreprises dans lesquelles le syndic détient une participation et aux entreprises qui détiennent une participation dans le capital du syndic.
- ⑯ « Art. 41-7. – Les personnes demeurant à titre principal dans la résidence constituent le conseil des résidents.
- ⑰ « Cette instance consultative relaie les demandes et les propositions des résidents auprès des copropriétaires.
- ⑱ « 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 conseil des résidents peut également se réunir de sa propre initiative, dans un local mis à sa disposition à cet effet par le syndic.

- ⑲ « Le syndic communique au conseil des résidents les comptes rendus de l'assemblée générale ainsi que toutes les informations relatives aux services fournis dans la résidence, afin que le conseil émette un avis notamment sur le besoin de créer ou de supprimer un service.
- ⑳ « 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 et aux copropriétaires en même temps et selon les mêmes modalités que l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale. Le compte rendu des réunions du conseil des résidents des trois années précédentes est remis à toute personne intéressée préalablement à la signature d'un contrat de bail d'habitation ou à la cession d'un lot dans la résidence. »
- ㉑ II. – Au 4^o de l'article L. 7232-1-2 du code du travail, les mots : « résidences-services relevant du chapitre IV bis » sont remplacés par les mots : « prestataires appelés à fournir les services spécifiques individualisables dans les copropriétés avec services, mentionnés à l'article 41-4 ».

Article 15 bis A *(Texte du Sénat)*

- ① I. – Le chapitre I^{er} du titre III du livre VI du code de la construction et de l'habitation est complété par une section 5 ainsi rédigée :
- ② « Section 5
- ③ « **Les résidences-services**
- ④ « Art. L. 631-13. – La résidence-services est un ensemble d'habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables. Les services spécifiques non individualisables sont ceux qui bénéficient par nature à l'ensemble des occupants. Les catégories de ces services sont définies par décret, pris après avis de la Commission nationale de concertation.
- ⑤ « Les services spécifiques individualisables peuvent être souscrits par les occupants auprès de prestataires. Le délai de préavis préalable à la résiliation de ce contrat ne peut excéder un mois.
- ⑥ « Art. L. 631-14. – Les personnes demeurant à titre principal dans la résidence constituent le conseil des résidents. Cette instance consultative a notamment comme objectif la mise en œuvre d'un espace de discussion entre les résidents et le gérant de la résidence-services. Elle relaie auprès de ce dernier les demandes et les propositions des résidents.
- ⑦ « Le conseil des résidents est réuni au moins une fois par an, à l'initiative du gérant ou à celle des résidents.
- ⑧ « Le gérant communique au conseil les informations relatives au nombre et à la situation comptable des services spécifiques non individualisables fournis dans la résidence, afin que le conseil émette un avis notamment sur le besoin de créer ou de supprimer un service.
- ⑨ « Lors de la réunion du conseil des résidents, un secrétaire de séance est désigné en son sein. Le secrétaire rédige le compte rendu de la séance, qui est cosigné par le

gérant de la résidence et adressé à tous les résidents. Les comptes rendus des réunions du conseil des résidents des trois années précédentes sont remis à toute personne intéressée préalablement à la signature du contrat de location.

- ⑩ « *Art. L. 631-15.* – Sans préjudice de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, lorsqu'un logement situé dans la résidence-services est mis en location :
- ⑪ « 1° Le contrat de location précise les services spécifiques non individualisables mentionnés à l'article L. 631-13, fournis au locataire ;
- ⑫ « 2° Le bailleur et le locataire sont tenus, respectivement, de fournir et de payer les services non individualisables aux termes convenus. Le paiement mensuel est de droit lorsque le locataire en fait la demande ;
- ⑬ « 3° Le contrat de location peut contenir une clause prévoyant la résiliation de plein droit du contrat en cas de non-paiement de ces services. Cette clause peut produire effet dans les conditions prévues à l'article 24 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée ;
- ⑭ « 4° Pour l'application de l'article 17 de la même loi, les services spécifiques non individualisables et les services spécifiques individualisables donnant lieu à paiement par le locataire ne peuvent constituer une caractéristique du logement justifiant un complément de loyer ;
- ⑮ « 5° La quittance mentionnée à l'article 21 de ladite loi porte le détail des sommes versées par le locataire en distinguant notamment le loyer, les charges et les services non individualisables.
- ⑯ « *Art. L. 631-16.* – Les articles L. 631-14 et L. 631-15 s'appliquent lorsque les services spécifiques non individualisables sont fournis par un gérant, personne physique ou morale, qui est également bailleur dans le cadre des contrats de location conclus avec les occupants. L'article 41-7 de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis, relatif au conseil des résidents, n'est pas applicable dans ce cas. »
- ⑰ *I bis.* – L'article L. 631-15 du code de la construction et de l'habitation s'applique aux contrats de location conclus à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.
- ⑱ II. – L'article L. 7232-1-2 du code du travail est complété par un 5° ainsi rédigé :
- ⑲ « 5° Pour leurs services d'aide à domicile rendus aux personnes mentionnées à l'article L. 7231-1 qui y résident, les gérants de résidences-services relevant de l'article L. 631-13 du code de la construction et de l'habitation. »
- ⑳ III. – L'article L. 7232-4 du même code est ainsi rétabli :
- ㉑ « *Art. L. 7232-4.* – Par dérogation à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, les résidences-services mentionnées au 5° de l'article L. 7232-1-2 du présent code qui gèrent des services d'aide à domicile rendus aux personnes mentionnées à l'article L. 7231-1 qui y résident sont autorisées au titre

de l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve du respect du cahier des charges national prévu à l'article L. 313-1-3 du même code. »

- ㉒ IV. – Le VI de l'article 32 *bis* de la présente loi s'applique aux résidences-services mentionnées à l'article L. 631-13 du code de la construction et de l'habitation en fonctionnement avant la date de promulgation de la présente loi, au titre de l'agrément dont elles disposent pour la fourniture des services d'aide à domicile rendus aux personnes mentionnées à l'article L. 7231-1 du code du travail qui y résident, sous réserve du respect du cahier des charges national prévu à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et à la condition que le gestionnaire de la résidence-services et des services prestés soit le même.

.....

Chapitre III

TERRITOIRES, HABITAT ET TRANSPORTS

.....

Article 16 *ter* **(Texte du Sénat)**

- ① I. – Le code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 301-5-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° du IV est complété par les mots : « , et l'octroi de l'autorisation spécifique prévue à l'article L. 441-2 » ;
- ④ b) La première phrase du deuxième alinéa du VI est complétée par les mots : « , ainsi que les conditions de l'octroi de l'autorisation spécifique prévue à l'article L. 441-2 » ;
- ⑤ 2° Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 301-5-2, est insérée une phrase ainsi rédigée :
- ⑥ « Elle fixe les conditions de l'octroi de l'autorisation spécifique prévue à l'article L. 441-2. » ;
- ⑦ 3° (*Supprimé*)
- ⑧ 4° Après le troisième alinéa de l'article L. 441-2, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « Par dérogation au troisième alinéa du présent article et pour les seuls logements ne faisant pas l'objet d'une réservation par le représentant de l'État dans le département en application du quatorzième alinéa de l'article L. 441-1, la commission d'attribution peut attribuer en priorité tout ou partie des logements construits ou aménagés spécifiquement pour cet usage à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, dans le cadre de programmes bénéficiant d'une autorisation spécifique délivrée par le représentant de l'État dans le département. Les modalités d'octroi de cette autorisation spécifique sont définies par décret.
- ⑩ « Pour les logements faisant l'objet d'une réservation par le représentant de l'État dans le département, celui-ci peut s'engager, en fonction de son appréciation des besoins locaux de logements adaptés à ce type de population, à proposer prioritairement les logements construits

ou aménagés spécifiquement pour cet usage à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap. »

- ⑪ II. – Au 1° du I de l'article L. 3641-5, au 1° du II des articles L. 5217-2 et L. 5218-2 et au a du 1° du VI de l'article L. 5219-1 du code général des collectivités territoriales, après le mot : « bénéficiaires », sont insérés les mots : « , l'octroi de l'autorisation spécifique prévue à l'article L. 441-2 du code de la construction et de l'habitation ».
- ⑫ III. – Les conventions conclues en application des articles L. 301-5-1 et L. 301-5-2 du code de la construction et de l'habitation, ou de l'article L. 3641-5, des II et III de l'article L. 5217-2, des II et III de l'article L. 5218-2 ou des VI et VII de l'article L. 5219-1 du code général des collectivités territoriales, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, peuvent faire l'objet d'un avenant pour prendre en compte le présent article.

.....

Chapitre IV

DROITS, PROTECTION ET ENGAGEMENTS DES PERSONNES ÂGÉES

Section 1

Droits individuels des personnes âgées hébergées ou accompagnées

.....

Article 22

(Texte de la commission mixte paritaire)

- ① La section 2 du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :
- ② 1° L'article L. 311-3 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est ainsi rédigé :
- ④ « 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité, de sa sécurité et de son droit à aller et venir librement ; »
- ⑤ b) (Supprimé)
- ⑥ 2° L'article L. 311-4 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Le a est complété par les mots : « ; la charte est affichée dans l'établissement ou le service » ;
- ⑧ b) Après le quatrième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑨ « Lors de la conclusion du contrat de séjour, dans un entretien hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit de se faire accompagner par la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1 du présent code, le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui recherche, chaque fois que nécessaire avec la participation du médecin coordonnateur de l'établissement, le consentement de la personne à être accueillie, sous réserve de l'application du dernier alinéa de l'article 459-2 du code civil. Il l'informe de ses droits et s'assure de leur compréhension par la personne accueillie. Préalablement à l'entretien, dans

des conditions définies par décret, il l'informe de la possibilité de désigner une personne de confiance, définie à l'article L. 311-5-1 du présent code.

- ⑩ « L'établissement de santé, l'établissement ou le service social ou médico-social qui a pris en charge la personne accueillie préalablement à son séjour dans l'établissement mentionné au cinquième alinéa du présent article transmet audit établissement le nom et les coordonnées de sa personne de confiance si elle en a désigné une. » ;
- ⑪ c) Après le mot : « accueillie », la fin de la première phrase du quatrième alinéa est remplacée par une phrase ainsi rédigée :
- ⑫ « En cas de mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre I^{er} du code civil. » ;
- ⑬ d) Au début de la deuxième phrase du même quatrième alinéa, les mots : « Ce contrat ou document » sont remplacés par les mots : « Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge » ;
- ⑭ 3° Après l'article L. 311-4, il est inséré un article L. 311-4-1 ainsi rédigé :
- ⑮ « Art. L. 311-4-1. – I. – Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6° du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter une annexe, dont le contenu et les modalités d'élaboration sont prévues par décret, qui définit les mesures particulières à prendre, autres que celles définies au règlement de fonctionnement, pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir. Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent strictement nécessaires, et ne doivent pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus. Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement du médecin coordonnateur, du médecin traitant. Cette procédure associe l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées. Le contenu de l'annexe peut être révisé à tout moment, selon la même procédure, à l'initiative du résident, du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de médecin coordonnateur, du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance désignée en application de l'article L. 311-5-1.
- ⑯ « II. – La personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal peut exercer par écrit un droit de rétractation dans les quinze jours qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis puisse lui être opposé et sans autre contrepartie que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif. Dans le cas où il existe une mesure de protection juridique, les droits de la personne accueillie sont exercés dans les conditions prévues au titre XI du livre I^{er} du code civil.
- ⑰ « Passé le délai de rétractation, la personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal, dans le respect du titre XI du livre I^{er} du code civil, peut résilier le contrat de séjour par écrit à tout moment. À compter de la

notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose d'un délai de réflexion de quarante-huit heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai de réflexion s'impute sur le délai de préavis qui peut lui être opposé. Le délai de préavis doit être prévu au contrat. Il ne peut excéder une durée prévue par décret.

18 « III. – La résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement ne peut intervenir que dans les cas suivants :

19 « 1° En cas d'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération des facultés mentales ou corporelles de la personne accueillie ;

20 « 2° En cas de cessation totale d'activité de l'établissement ;

21 « 3° Dans le cas où la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement, lorsque son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement, après que le gestionnaire s'est assuré que la personne dispose d'une solution d'accueil adaptée.

22 « IV. – La durée du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat par le gestionnaire de l'établissement est prévue par le décret mentionné au second alinéa du II. Elle ne peut être inférieure à la durée maximale du délai de préavis applicable à la résiliation du contrat à la demande de la personne accueillie ou de son représentant légal en application de ce même second alinéa. » ;

23 4° Après l'article L. 311-5, il est inséré un article L. 311-5-1 ainsi rédigé :

24 « *Art. L. 311-5-1.* – Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique. Cette désignation est valable sans limitation de durée, à moins que la personne n'en dispose autrement. Lors de cette désignation, la personne accueillie peut indiquer expressément, dans le respect des conditions prévues au même article L. 1111-6, que cette personne de confiance exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée audit article L. 1111-6, selon les modalités précisées par le même code.

25 « La personne de confiance est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits.

26 « Si la personne le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

27 « 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, la désignation de la personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille, s'il est constitué, ou à défaut du

juge des tutelles. Lorsque la personne de confiance est désignée antérieurement au prononcé d'une telle mesure de protection judiciaire, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut soit confirmer sa mission, soit la révoquer. »

Section 2

Protection des personnes handicapées et des personnes âgées fragiles

Article 23 (Texte du Sénat)

1 I. – Le chapitre VI du titre I^{er} du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est complété par un article L. 116-4 ainsi rédigé :

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

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

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

.....

Article 25 (Texte du Sénat)

1 Après l'article L. 331-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 331-8-1 ainsi rédigé :

2 « *Art. L. 331-8-1.* – Les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1 de tout dysfonctionnement grave dans leur gestion ou leur organisation susceptible d'affecter la prise en charge des usagers, leur accompagnement ou

le respect de leurs droits et de tout évènement ayant pour effet de menacer ou de compromettre la santé, la sécurité ou le bien-être physique ou moral des personnes prises en charge ou accompagnées. »

Section 3

Protection juridique des majeurs

Article 27
(Texte du Sénat)

- ① I. – La section 1 du chapitre II du titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifiée :
- ② 1° Les trois derniers alinéas de l'article L. 472-1 sont supprimés ;
- ③ 2° Après l'article L. 472-1, il est inséré un article L. 472-1-1 ainsi rédigé :
- ④ « *Art. L. 472-1-1.* – L'agrément est délivré après un appel à candidatures émis par le représentant de l'État dans le département, qui fixe la date à laquelle les dossiers de candidature doivent être déposés. Les conditions d'application du présent alinéa, notamment les informations qui doivent être fournies par les candidats, sont fixées par décret.
- ⑤ « Le représentant de l'État dans le département arrête la liste des candidats dont le dossier est recevable au regard des conditions prévues aux articles L. 471-4 et L. 472-2.
- ⑥ « Il classe les candidatures figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa du présent article et en sélectionne certaines, 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 garantissant la qualité, la proximité et la continuité de la prise en charge définis par décret en Conseil d'État.
- ⑦ « Le représentant de l'État dans le département délivre l'agrément aux candidats sélectionnés, après avis conforme du procureur de la République.
- ⑧ « Tout changement dans l'activité, l'installation ou l'organisation d'un mandataire ou dans les garanties en matière de responsabilité civile prévues à l'article L. 472-2 doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente. Tout changement affectant le respect des critères mentionnés aux deuxième et troisième alinéas du présent article ainsi que la nature des mesures que le mandataire exerce nécessite la délivrance d'un nouvel agrément dans les conditions prévues au présent article. »
- ⑨ II. – Le même code est ainsi modifié :
- ⑩ 1° Le I de l'article L. 544-6 est abrogé ;
- ⑪ 2° Au 1° des articles L. 554-7, L. 564-7 et L. 574-7, la référence : « À l'article L. 472-1, au deuxième alinéa » est remplacée par la référence : « À l'article L. 472-1-1, aux premier, deuxième et cinquième alinéas » et les mots : « le troisième alinéa est supprimé » sont remplacés par les mots : « , au troisième alinéa, les mots : "des objectifs et

des besoins fixés par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale prévu à l'article L. 312-5 et" sont supprimés ».

Article 27 ter
(Texte du Sénat)

- ① Le dernier alinéa de l'article 311-12 du code pénal est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ② « Le présent article n'est pas applicable :
- ③ « *a)* Lorsque le vol porte sur des objets ou des documents indispensables à la vie quotidienne de la victime, tels que des documents d'identité, relatifs au titre de séjour ou de résidence d'un étranger, ou des moyens de paiement ;
- ④ « *b)* Lorsque l'auteur des faits est le tuteur, le curateur, le mandataire spécial désigné dans le cadre d'une sauvegarde de justice, la personne habilitée dans le cadre d'une habilitation familiale ou le mandataire exécutant un mandat de protection future de la victime. »

TITRE III

ACCOMPAGNEMENT DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Chapitre I^{ER}

REVALORISER ET AMÉLIORER L'ALLOCATION
PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE À DOMICILE

Article 29

- ① I. – Le chapitre II du titre III du livre II du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 232-3 est ainsi modifié :
- ③ *a)* Le premier alinéa est complété par les mots : « , sur la base de l'évaluation multidimensionnelle mentionnée à l'article L. 232-6 » ;
- ④ *b)* Le second alinéa est supprimé ;
- ⑤ 2° Après l'article L. 232-3, il est inséré un article L. 232-3-1 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 232-3-1.* – Le montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond défini par décret en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 du présent code 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. » ;
- ⑦ 3° Le premier alinéa de l'article L. 232-4 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑧ « L'allocation personnalisée d'autonomie est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation à la charge de celui-ci.

- 9 « 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 en application de l'article L. 232-3-1.
- 10 « Lorsque le bénéficiaire recourt à un service d'aide et d'accompagnement à domicile financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11-1, son allocation et sa participation peuvent, dans des conditions définies par décret, être calculées de façon forfaitaire au regard du plan d'aide qu'il a accepté. » ;
- 11 3° *bis* À l'article L. 232-5, la référence : « L. 443-10 » est remplacée par la référence : « L. 444-9 » et la référence : « au II de l'article L. 313-12 » est remplacée par les références : « au second alinéa du II et aux III et IV de l'article L. 313-12 » ;
- 12 4° L'article L. 232-6 est ainsi modifié :
- 13 a) Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- 14 « L'équipe médico-sociale :
- 15 « 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 ;
- 16 « 2° Évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants. Cette évaluation est réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels définis par arrêté du ministre chargé des personnes âgées ;
- 17 « 3° Propose le plan d'aide mentionné à l'article L. 232-3, informe de l'ensemble des modalités d'intervention existantes et recommande celles 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 des modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ces derniers. L'information fournie sur les différentes modalités d'intervention est garante du libre choix du bénéficiaire et présente de manière exhaustive l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile dans le territoire concerné ;
- 18 « 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. » ;
- 19 b) À la fin du deuxième alinéa, les mots : « agréé dans les conditions fixées à l'article L. 129-1 du code du travail » sont supprimés ;
- 20 c) (*Supprimé*)
- 21 5° Le deuxième alinéa de l'article L. 232-7 est supprimé ;
- 22 6° L'article L. 232-12 est ainsi modifié :
- 23 a) Après le mot : « proposition », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « de l'équipe médico-sociale mentionnée à l'article L. 232-6. » ;
- 24 b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- 25 c) Au troisième alinéa, la référence : « troisième alinéa » est remplacée par la référence : « quatrième alinéa » ;
- 26 6° *bis* À la fin de la première phrase du second alinéa de l'article L. 232-13, les mots : « agréés dans les conditions prévues à l'article L. 129-1 du code du travail » sont supprimés ;
- 27 7° Les premier et dernier alinéas de l'article L. 232-14 sont supprimés ;
- 28 8° L'article L. 232-15 est ainsi modifié :
- 29 a) Le premier alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :
- 30 « L'allocation personnalisée d'autonomie est versée à son bénéficiaire, sous réserve des cinquième et sixième alinéas.
- 31 « Le versement de la partie de l'allocation servant à payer des aides régulières est mensuel.
- 32 « 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.
- 33 « 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 du présent code peut être versée au bénéficiaire de l'allocation sous forme de chèque emploi-service universel, mentionné à l'article L. 1271-1 du code du travail, sous réserve de l'article L. 1271-2 du même code.
- 34 « Le département peut verser la partie de l'allocation destinée à rémunérer un service d'aide à domicile directement au service choisi par le bénéficiaire. Le bénéficiaire demeure libre de choisir un autre service.
- 35 « Le département peut verser la partie de l'allocation concernée directement à la personne physique ou morale ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, réalise l'aménagement du logement ou assure l'accueil temporaire ou le répit à domicile. » ;
- 36 b) Le dernier alinéa est supprimé ;
- 37 9° L'article L. 232-18 est abrogé.
- 38 II. – Au second alinéa de l'article L. 3142-26 du code du travail, la référence : « troisième alinéa » est remplacée par la référence : « deuxième alinéa ».
- 39 III. – Les articles 15, 17, 19-1 et 19-2 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie sont abrogés.
-
- Chapitre II
- REFONDER L'AIDE À DOMICILE
- Article 31**
(Texte du Sénat)
- 1 Après l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 313-11-1 ainsi rédigé :

- ② « Art. L. 313-11-1. – Les services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés relevant des 1°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 peuvent conclure avec le président du conseil départemental, dans les conditions prévues à l'article L. 313-11, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public. Le contrat précise notamment :
- ③ « 1° Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;
- ④ « 2° Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- ⑤ « 3° Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- ⑥ « 3° bis Les modalités de calcul de l'allocation et de la participation, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 232-4, des personnes utilisatrices et bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 ;
- ⑦ « 4° Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;
- ⑧ « 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 aux deux derniers alinéas de l'article L. 312-5 du présent code et par le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;
- ⑨ « 6° Les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;
- ⑩ « 6° bis Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- ⑪ « 7° La nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;
- ⑫ « 8° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;
- ⑬ « 9° Les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites.
- ⑭ « Pour les services relevant du 1° du I de l'article L. 312-1, les mentions prévues aux 3° bis et 5° du présent article ne sont pas applicables. »
-
- ④ b) À la première phrase du dernier alinéa, la référence : « L. 129-1 » est remplacée par la référence : « L. 7232-1 » ;
- ⑤ 1° B Au 7° du I de l'article L. 312-1, le mot : « adultes » est supprimé ;
- ⑥ 1° L'article L. 312-7 est ainsi modifié :
- ⑦ a) Au b du 3°, les mots : « ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, » et les mots : « ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité » sont supprimés ;
- ⑧ b) Au quinzième alinéa, les mots : « et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail » sont supprimés ;
- ⑨ 2° L'article L. 313-1-2 est ainsi rédigé :
- ⑩ « Art. L. 313-1-2. – Pour intervenir auprès des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 et de la prestation de compensation du handicap mentionnée à l'article L. 245-1, un service d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 doit y être autorisé spécifiquement s'il n'est pas détenteur de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale mentionnée à l'article L. 313-6. Cette autorisation peut être refusée ou retirée dans les conditions prévues, respectivement, aux articles L. 313-8 et L. 313-9.
- ⑪ « Tout service autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article a l'obligation d'accueillir, dans la limite de sa spécialité et de sa zone d'intervention autorisée, toute personne bénéficiaire des prestations mentionnées au même premier alinéa qui s'adresse à lui, dans des conditions précisées, le cas échéant, par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu dans les conditions prévues à l'article L. 313-11-1. » ;
- ⑫ 3° L'article L. 313-1-3 est ainsi rédigé :
- ⑬ « Art. L. 313-1-3. – Les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 respectent un cahier des charges national défini par décret. » ;
- ⑭ 3° bis L'article L. 313-8-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1, la capacité d'accueil est exprimée uniquement en zone d'intervention. » ;
- ⑯ 4° À la fin du 1° de l'article L. 313-22, les mots : « ou l'agrément prévu au troisième alinéa de l'article L. 313-1-2 » sont supprimés ;
- ⑰ 4° bis À la fin de l'intitulé du chapitre VII du titre IV du livre III, les mots : « soumis à autorisation » sont remplacés par les mots : « habilités à l'aide sociale » ;
- ⑱ 5° L'article L. 347-1 est ainsi modifié :
- ⑲ a) Au premier alinéa, les mots : « mentionnés au 2° de l'article L. 313-1-2 » sont remplacés par les mots : « d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale » ;
- ⑳ b) Le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

Article 32 bis

(Texte de la commission mixte paritaire)

- ① I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° A L'article L. 245-12 est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, les mots : « agréé dans les conditions prévues à l'article L. 129-1 du code du travail » sont supprimés ;

- ⑳ b) Le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

- 21 « Le contrat est à durée indéterminée ; il précise les conditions et les modalités de sa résiliation. » ;
- 22 c) Au deuxième alinéa, les mots : « du ministre chargé de l'économie et des finances » sont remplacés par les mots : « des ministres chargés de l'économie et des finances, des personnes âgées et de l'autonomie » ;
- 23 d) Au dernier alinéa, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « président du conseil départemental » ;
- 24 6° (*Supprimé*)
- 25 II. – Les articles L. 7232-2 et L. 7232-5 du code du travail sont abrogés.
- 26 III à V. – (*Supprimés*)
- 27 VI. – Les services d'aide et d'accompagnement à domicile qui, à la date de publication de la présente loi, relèvent à la fois du 2° de l'article L. 313-1-2 et des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sont réputés détenir, au titre de l'article L. 313-1 du même code, une autorisation ne valant pas habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à compter de la date d'effet de leur dernier agrément.
- 28 Ils sont également réputés autorisés au titre de l'article L. 313-1-2 dudit code, dans sa rédaction résultant du I du présent article.
- 29 À la date à laquelle leur agrément aurait pris fin, ils font procéder à l'évaluation externe, prévue à l'article L. 312-8 du même code, de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Toutefois, l'échéance de cette obligation ne peut intervenir dans les deux ans suivant la date de promulgation de la présente loi.
- 30 VI bis. – Lorsque la capacité autorisée d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a été fixée dans la limite d'un nombre d'heures ou de personnes accueillies, cette limite n'est plus opposable à compter de la publication de la présente loi.
- 31 VII. – Jusqu'au 31 décembre 2022, l'autorisation de création ou d'extension d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 6° ou 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles assortie de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ou de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1-2 du même code, ainsi qu'une telle habilitation ou autorisation pour un service préexistant, sont exonérées de la procédure d'appel à projets prévue au I de l'article L. 313-1-1 dudit code.
- 32 Le président du conseil départemental dispose d'un délai de trois mois à compter de la réception de la demande du service d'aide et d'accompagnement à domicile pour se prononcer. La demande peut être rejetée pour les motifs prévus à l'article L. 313-8 du même code. L'absence de réponse dans le délai de trois mois vaut rejet. La décision de rejet, explicite ou implicite, est motivée dans les conditions prévues respectivement aux articles 1^{er} et 5 de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public.

- 33 Le président du conseil départemental communique chaque année à l'assemblée délibérante du département puis au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie un document relatif au bilan, selon la nature juridique du gestionnaire, des demandes présentées en application du présent VII ainsi qu'aux suites qui leur ont été données.

34 VIII. – (*Supprimé*)

Article 33
(*Texte du Sénat*)

- 1 I. – (*Supprimé*)
- 2 II. – Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 3 1° Après le 15° du I de l'article L. 312-1, il est inséré un 16° ainsi rédigé :
- 4 « 16° Les services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles et dont la liste est fixée par décret. » ;
- 5 2° Après le f de l'article L. 313-3, il est inséré un g ainsi rédigé :
- 6 « g) Par le président du conseil départemental pour les services mentionnés au 16° du I de l'article L. 312-1. » ;
- 7 3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 313-14-1, après la référence : « 10° », est insérée la référence : « et du 16° ».
- 8 III. – Le présent article est applicable à la date d'entrée en vigueur du décret prévu au 16° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.
- 9 IV. – Les services qui, à la date d'entrée en vigueur du décret prévu au 16° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, entrent dans le champ d'application du même 16° et disposent d'un agrément délivré en application de l'article L. 7232-1 du code du travail sont réputés détenir, à compter de la date d'effet de cet agrément, une autorisation ne valant pas habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Article 34
(*Texte du Sénat*)

- 1 Des expérimentations d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile peuvent être mises en œuvre avec l'accord conjoint du président du conseil départemental et du directeur général de l'agence régionale de santé, à compter de la promulgation de la présente loi et pour une durée n'excédant pas deux ans, par :
- 2 a) Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- 3 b) Les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant de l'article L. 313-1-2 du même code, dans le cadre d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale ou d'une convention de coopération prévus à l'article L. 312-7 dudit code.

- ④ Les actions de prévention qu'ils dispensent sont éligibles aux financements prévus dans le cadre de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du même code.
- ⑤ La mise en œuvre de ce modèle, dont les modalités sont définies par un cahier des charges arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées, du budget et des collectivités territoriales, est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du même code.
- ⑥ Ce contrat prévoit notamment :
- ⑦ 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 ;
- ⑧ 2° Pour les activités d'aide à domicile, les tarifs horaires ou le forfait global déterminés par le président du conseil départemental ;
- ⑨ 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 ;
- ⑩ 4° Pour les activités de prévention, la définition des actions qui s'inscrivent notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi en fonction des objectifs poursuivis et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.
- ⑪ Les centres de santé relevant de l'article L. 6323-1 du même code peuvent développer avec les services polyvalents d'aide et de soins à domicile mentionnés au premier alinéa du présent article ainsi qu'avec les 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 des actions de coordination et de prévention prévues aux 1° et 4° du présent article.
- ⑫ Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard, le 31 décembre 2017, un rapport d'évaluation des expérimentations menées en application du présent article. Cette évaluation porte notamment sur l'amélioration de la qualité d'accompagnement des bénéficiaires et les éventuelles économies d'échelle réalisables au regard de la mutualisation des moyens.

Chapitre III

SOUTENIR ET VALORISER LES PROCHES AIDANTS

.....

Article 36 bis
(Texte du Sénat)

- ① I. – La sous-section 2 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la troisième partie du code du travail est ainsi modifiée :

- ② 1° À l'intitulé, les mots : « soutien familial » sont remplacés par les mots : « proche aidant » ;
- ③ 2° Au premier alinéa de l'article L. 3142-22, à l'article L. 3142-23, au premier alinéa de l'article L. 3142-24, au premier alinéa et au 5° de l'article L. 3142-25, au premier alinéa de l'article L. 3142-28, à l'article L. 3142-29 et au 2° de l'article L. 3142-31, les mots : « soutien familial » sont remplacés par les mots : « proche aidant » ;
- ④ 3° L'article L. 3142-22 est complété par un 9° ainsi rédigé :
 « 9° La personne âgée ou la personne handicapée avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » ;
- ⑤ 4° À la fin de l'article L. 3142-23, les mots : « et ne doit pas faire l'objet d'un placement en établissement ou chez un tiers autre que le salarié » sont supprimés ;
- ⑦ 5° L'article L. 3142-24 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
 « Le congé de proche aidant peut, avec l'accord de l'employeur, être transformé en période d'activité à temps partiel.
 « Avec l'accord de l'employeur, le congé peut être fractionné, sans pouvoir dépasser la durée maximale prévue au premier alinéa. Dans cette hypothèse, le salarié qui souhaite bénéficier du congé doit avertir son employeur au moins quarante-huit heures avant la date à laquelle il entend prendre chaque période de congé. En cas de dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée ou d'une situation de crise nécessitant une action urgente du proche aidant, ce dernier peut bénéficier de ce congé immédiatement. Les modalités de ce fractionnement, notamment la durée minimale de chaque période de congé, sont fixées par décret. » ;
- ⑩ 6° Après le mot : « de », la fin du premier alinéa de l'article L. 3142-26 est ainsi rédigée : « proche aidant ne peut exercer aucune activité professionnelle, à l'exception de l'activité à temps partiel mentionnée à l'article L. 3142-24 du présent code. » ;
- ⑪ 7° À l'article L. 3142-27, les mots : « soutien familial » sont remplacés par les mots : « proche aidant ou de la période d'activité à temps partiel mentionnée à l'article L. 3142-24 ».
- ⑫ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑬ 1° À la première phrase de l'article L. 241-3-2, les mots : « soutien familial visé » sont remplacés par les mots : « proche aidant mentionné » ;
- ⑭ 2° À l'article L. 378-1 et à la fin de la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 381-1, les mots : « soutien familial prévu à l'article L. 225-20 » sont remplacés par les mots : « proche aidant mentionné à l'article L. 3142-22 ».

.....

Chapitre IV

DISPOSITIONS FINANCIÈRES RELATIVES À
L'ALLOCATION PERSONNALISÉE
D'AUTONOMIE ET AU SOUTIEN ET À LA
VALORISATION DES PROCHES AIDANTS

Article 38

(Texte de la commission mixte paritaire)

- ① I. – Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le II de l'article L. 14-10-5 est ainsi modifié :
- ③ a) Le *a* est remplacé par un 1° ainsi rédigé :
- ④ « 1° En ressources :
- ⑤ « a) 20 % du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4, le produit mentionné au 4° du même article et le produit des prélèvements sociaux mentionné au 3° dudit article, diminué du montant mentionné au IV du présent article ;
- ⑥ « b) Une fraction du produit de la contribution mentionnée au 1° *bis* de l'article L. 14-10-4. Au titre de l'exercice 2016, cette fraction est fixée à 55,9 % du produit de cette contribution. Au titre des exercices suivants, elle est fixée à 70,5 % de ce produit ; »
- ⑦ b) Le *b* est ainsi modifié :
- ⑧ – au début, la mention : « *b*) » est remplacée par la mention : « 2° » ;
- ⑨ – à la première phrase, la référence : « *a* » est remplacée par la référence : « 1° ».
- ⑩ 2° L'article L. 14-10-6 est ainsi modifié :
- ⑪ a) Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑫ « I. – Le concours mentionné au II de l'article L. 14-10-5 est divisé en deux parts :
- ⑬ « 1° Le montant de la première part est réparti annuellement entre les départements selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État dans la limite des ressources mentionnées au *a* du 1° du même II, après prélèvement des sommes nécessaires à une quote-part destinée aux collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, calculée et répartie selon des modalités prévues au II du présent article, en fonction des critères suivants : » ;
- ⑭ b) À la première phrase du sixième alinéa, les mots : « du montant ainsi réparti » sont remplacés par les mots : « des montants répartis en application du présent 1° et du 2° » ;
- ⑮ c) Le septième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑯ « L'attribution de la première part est majorée pour les départements dont le rapport défini au sixième alinéa du présent 1° est supérieur au taux fixé. Pour les autres départements, elle est diminuée de la somme des montants ainsi calculés, au prorata de la répartition effectuée en application du même sixième alinéa entre ces seuls départements. » ;
- ⑰ d) L'avant-dernier alinéa est complété par la référence : « du présent 1° » ;

⑱ e) Au début du dernier alinéa, le mot : « Le » est remplacé par les mots : « La première part du » et les mots : « de la section visée au » sont remplacés par la référence : « mentionnés au *a* du 1° du » ;

⑲ f) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

⑳ « 2° Le montant de la seconde part est réparti annuellement entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles résultant des articles L. 232-3-1, L. 232-3-2, L. 232-3-3 et L. 232-4, dans leur rédaction résultant de la loi n° ... du ... d'adaptation de la société au vieillissement, et dans les limites des ressources mentionnées au *b* du 1° du II de l'article L. 14-10-5. Cette répartition est opérée selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

㉑ « II. – La quote-part mentionnée au 1° du I du présent article est calculée en appliquant au montant total de la première part du concours mentionnée au même 1° le double du rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-2 dans les collectivités d'outre-mer mentionnées audit 1° et le nombre total de bénéficiaires de l'allocation au 31 décembre de l'année précédant l'année au titre de laquelle le concours est attribué. Elle est répartie entre les trois collectivités en fonction des critères mentionnés aux *a*, *b* et *d* du 1° du même I. » ;

㉒ I *bis*. – Au début du 4° du III de l'article 59 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, après la référence : « *d* », est insérée la référence : « du 1° du I ».

㉓ II. – Au 1° de l'article 10 de l'ordonnance n° 2014-463 du 7 mai 2014 portant extension et adaptation à Mayotte des dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'adoption, à l'allocation personnalisée d'autonomie et à la prestation de compensation du handicap, après la référence : « au premier alinéa », est insérée la référence : « du 1° du I ».

㉔ III. – Le III de l'article 18 de la loi n° 2014-1655 du 29 décembre 2014 de finances rectificative pour 2014 est ainsi modifié :

㉕ 1° Au premier alinéa, après le mot : « application », est insérée la référence : « du 1° du I » ;

㉖ 2° Au dernier alinéa, après la référence : « sixième alinéa », est insérée la référence : « du 1° du I ».

Chapitre V

SOUTENIR L'ACCUEIL FAMILIAL

Article 39

(Texte du Sénat)

- ① I. – Le titre IV du livre IV du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 441-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :
- ④ « L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue et

une initiation aux gestes de secourisme organisées par le président du conseil départemental et si un suivi social et médico-social des personnes accueillies peut être assuré. Un décret en Conseil d'État fixe les critères d'agrément.

- ⑤ « La décision d'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies, dans la limite de trois personnes de manière simultanée et de huit contrats d'accueil au total. Le président du conseil départemental peut, si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire, autoriser l'accueil simultané de quatre personnes au maximum lorsque, parmi ces quatre personnes, un couple est accueilli. La décision précise les modalités d'accueil prévues : à temps complet ou partiel, en particulier accueil de jour ou accueil de nuit, permanent, temporaire ou séquentiel. La décision d'agrément peut préciser les caractéristiques, en termes de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies.
- ⑥ « Toute décision de refus d'agrément est motivée et, lorsqu'elle fait suite à une demande de renouvellement d'agrément, prise après avis de la commission consultative mentionnée à l'article L. 441-2.
- ⑦ « Le président du conseil départemental peut subordonner, le cas échéant dans le cadre de la décision d'agrément, l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de formation, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et, le cas échéant, de la personne accueillie. » ;
- ⑧ *b)* À l'avant-dernier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑨ 2° Le second alinéa de l'article L. 441-2 est ainsi modifié :
- ⑩ *a)* À la première phrase, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « troisième » ;
- ⑪ *b)* (Supprimé)
- ⑫ 2° *bis* À l'article L. 441-3, après le mot : « permanent », il est inséré le mot : « , séquentiel » ;
- ⑬ 3° L'article L. 442-1 est ainsi modifié :
- ⑭ *a)* Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑮ « Ce contrat prévoit un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie. » ;
- ⑯ *a bis)* La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :
- ⑰ « L'indemnité mentionnée au même 2° est revalorisée conformément à l'évolution du salaire minimum mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail. L'indemnité mentionnée au même 3° est revalorisée conformément à l'évolution de l'indice national des prix à la consommation. » ;
- ⑱ *b)* Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑲ « La rémunération et les indemnités prévues aux 1° à 4° peuvent être déclarées et, le cas échéant, versées par le chèque emploi-service universel défini à l'article L. 1271-1 du code du travail, sous réserve de l'article L. 1271-2 du même code. » ;
- ⑳ *c)* Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

- ⑳ « Il garantit à la personne accueillie l'exercice des droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3. À cet effet, la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 lui est annexée.
- ㉑ « Le contrat prévoit également la possibilité pour la personne accueillie de recourir aux dispositifs prévus aux articles L. 311-5 et L. 311-5-1. » ;
- ㉒ 4° L'article L. 443-11 est ainsi rétabli :
- ㉓ « *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 la 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.
- ㉔ « L'initiation aux gestes de secourisme prévue au même article L. 441-1 est préalable au premier accueil.
- ㉕ « 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. » ;
- ㉖ 4° *bis* L'article L. 444-2 est ainsi rédigé :
- ㉗ « *Art. L. 444-2.* – Sont applicables aux personnes relevant du présent chapitre les dispositions du code du travail relatives :
- ㉘ « 1° Aux discriminations, prévues aux chapitres II à IV du titre III du livre I^{er} de la même première partie ;
- ㉙ « 2° À l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, prévues au chapitre II du titre IV du même livre I^{er} ;
- ㉚ « 3° Aux harcèlements, prévues aux chapitres II à IV du titre V dudit livre I^{er} ;
- ㉛ « 4° À la formation et à l'exécution du contrat de travail, prévues au chapitre IV, aux sous-sections 1 à 3 et 6 de la section 1 et aux sections 2 à 6 du chapitre V et à la sous-section 1 de la section 2, à l'exception des articles L. 1226-4-2 et L. 1226-4-3, et à la section 3 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie ;
- ㉜ « 5° À la rupture du contrat de travail à durée indéterminée, prévues aux chapitres I^{er} et II, à la sous-section 1 de la section 2, aux sous-sections 2 et 3 de la section 3 et aux paragraphes 1 et 2 de la sous-section 3 de la section 4 du chapitre III, aux sous-sections 1 à 4 et 6 de la section 1 et aux sous-sections 1 et 2 de la section 2 du chapitre IV, à la section 1 et aux sous-sections 3 et 4 de la section 2 du chapitre V et à la sous-section 1 de la section 1 du chapitre VII du titre III du même livre II et aux articles L. 1233-59 et L. 1237-10 ;
- ㉝ « 6° Au contrat de travail à durée déterminée, prévues aux chapitres I^{er} à VII du titre IV dudit livre II ;
- ㉞ « 7° À la résolution des litiges et au conseil de prud'hommes, prévues aux titres I^{er} à V du livre IV de ladite première partie ;
- ㉟ « 8° Aux syndicats professionnels, prévues au titre I^{er}, au chapitre I^{er} et à la section 1 du chapitre II du titre II et aux chapitres I^{er} et II, aux sections 1 à 4 du chapitre III et au chapitre IV du titre IV du livre I^{er} de la deuxième partie ;

- 37 « 9° À la négociation collective et aux conventions et accords collectifs de travail, prévues au livre II de la même deuxième partie, à l'exception du chapitre III du titre VIII ;
- 38 « 10° Aux institutions représentatives du personnel, prévues au titre I^{er} à l'exception du chapitre VI, aux chapitres I^{er} et II du titre II, au titre III à l'exception du chapitre V, au titre IV à l'exception du chapitre VI et au titre V à l'exception du chapitre V du livre III de ladite deuxième partie et aux articles L. 2323-1 à L. 2327-19 ;
- 39 « 11° Aux salariés protégés, prévues aux sections 2 à 6 du chapitre I^{er} et aux sections 2 à 4 du chapitre II du titre I^{er}, à la section 3 du chapitre I^{er} et aux sections 1 et 2 du chapitre II du titre II et au chapitre VII du titre III du livre IV de la même deuxième partie et aux articles L. 2421-3 et L. 2421-8 ;
- 40 « 12° Aux conflits collectifs, prévues aux titres I^{er} et II du livre V de la même deuxième partie ;
- 41 « 13° À la durée du travail, aux repos et aux congés, prévues à la section 2 du chapitre III du titre III et aux sections 2 et 3 du chapitre I^{er} et aux sous-sections 1 et 2 de la section 1 et aux sous-sections 1 à 3 et 5 à 7 et aux paragraphes 1 à 4 de la sous-section 10 de la section 2 du chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la troisième partie ;
- 42 « 14° Aux salaires et avantages divers, prévues au titre I^{er}, aux chapitres I^{er} à V du titre IV et aux chapitres II et III du titre V du livre II de la même troisième partie ;
- 43 « 15° À l'intéressement, prévues à la section 1 du chapitre V du titre IV du livre III de ladite troisième partie ;
- 44 « 16° À la santé et la sécurité au travail, prévues à la section 1 du chapitre IV du titre V du livre I^{er} et aux chapitres I^{er} à IV du titre II du livre VI de la quatrième partie, sauf les articles L. 4624-2 à L. 4624-4 ;
- 45 « 17° Aux dispositions en faveur de l'emploi, prévues aux sections 1 à 4 du chapitre II du titre II du livre IV de la cinquième partie et aux articles L. 5422-20 et L. 5422-21 ;
- 46 « 18° À la formation professionnelle tout au long de la vie, prévues à la section 1 du chapitre I^{er} du titre I^{er} et aux chapitres I^{er} et II du titre II du livre I^{er}, aux chapitres I^{er} à V du titre I^{er}, aux chapitres I^{er} à V du titre II, aux chapitres I^{er} et II du titre III et aux titres IV à VI du livre III, au chapitre I^{er} du titre I^{er} et aux chapitres I^{er} et II du titre II du livre IV et à la section 4 du chapitre III et au chapitre IV du titre II du livre V de la sixième partie et aux articles L. 6111-3, L. 6326-1, L. 6326-2, L. 6412-1 et L. 6523-2. » ;
- 47 5° Au 2° du II de l'article L. 544-4, la référence : « huitième alinéa » est remplacée par la référence : « neuvième alinéa ».
- 48 II. – Le chapitre I^{er} du titre VII du livre II de la première partie du code du travail est ainsi modifié :
- 49 1° L'article L. 1271-1 est ainsi modifié :
- 50 a) Le A est complété par un 3° ainsi rédigé :
- 51 « 3° De déclarer les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- 52 b) Le B est complété par un 9° ainsi rédigé :
- 53 « 9° Des contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- 54 2° À l'article L. 1271-2, après le mot : « salarié », sont insérés les mots : « , un accueillant familial » ;
- 55 3° (*Supprimé*)
- 56 4° À l'article L. 1271-7, les références : « 1° ou au 2° » sont remplacées par la référence : « B » ;
- 57 5° Au deuxième alinéa de l'article L. 1271-15-1, les références : « c, d et e du 2° » sont remplacées par les références : « 4°, 5° et 6° du B » ;
- 58 6° Au premier alinéa de l'article L. 1271-16, après la référence : « 1° », est insérée la référence : « et au 3° du A ».
- 59 III. – Le chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 60 1° Après le 6° de l'article L. 133-5-6, il est inséré un 7° ainsi rédigé :
- 61 « 7° Les particuliers accueillis par les accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- 62 2° L'article L. 133-5-8, dans sa rédaction résultant de l'ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs, est ainsi modifié :
- 63 a) La première phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots : « ou, à destination des accueillants familiaux mentionnés au 7° de l'article L. 133-5-6 du présent code, le relevé mensuel des contreparties financières définies à l'article L. 442-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- 64 b) Au dernier alinéa, après la référence : « L. 133-5-6 », sont insérés les mots : « et les particuliers mentionnés au 7° du même article » ;
- 65 3° (*Supprimé*)

Chapitre VI

CLARIFIER LES RÈGLES RELATIVES AU TARIF D'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Article 40 *bis* (*Texte du Sénat*)

- 1 I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 2 1° L'article L. 14-10-9 est ainsi modifié :
- 3 a) Au dernier alinéa du a, les mots : « la convention prévue au I » sont remplacés par les mots : « le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV *ter* » ;
- 4 b) Après les mots : « qui n'ont pas conclu », la fin de la première phrase du premier alinéa du b est ainsi rédigée : « le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 » ;
- 5 2° À la première phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 232-8, les références : « aux articles L. 314-2 et L. 314-9 » sont remplacées par la référence : « au 2° du I de l'article L. 314-2 » ;

- ⑥ 3° À l'article L. 232-9 et au premier alinéa de l'article L. 232-10, après la référence : « 3° », est insérée la référence : « du I » ;
- ⑦ 4° À la deuxième phrase de l'article L. 311-8, les mots : « conventions pluriannuelles visées » sont remplacés par les mots : « contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés » ;
- ⑧ 5° Après le mot : « décret », la fin du premier alinéa de l'article L. 313-6 est supprimée ;
- ⑨ 6° L'article L. 313-12 est ainsi modifié :
- ⑩ a) Après le IV, sont insérés des IV *bis* et IV *ter* ainsi rédigés :
- ⑪ « IV *bis*. – Les établissements de santé autorisés, en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, à délivrer des soins de longue durée concluent une convention pluriannuelle avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑫ « La tarification de ces établissements est arrêtée :
- ⑬ « 1° Pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale ;
- ⑭ « 2° Pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, si celui-ci remplit les conditions mentionnées à l'article L. 232-2 du présent code, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil départemental ;
- ⑮ « 3° Pour les prestations relatives à l'hébergement, dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil départemental.
- ⑯ « Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1° à 3° du présent IV *bis*, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public, dans des conditions fixées par décret.
- ⑰ « Dans les établissements de santé mentionnés au premier alinéa du présent IV *bis* et remplissant les conditions mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 342-1, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues aux articles L. 342-2 à L. 342-6.
- ⑱ « Pour les résidents non admis à l'aide sociale, dans les établissements de santé mentionnés au premier alinéa du présent IV *bis* et remplissant les conditions mentionnées à l'article L. 342-1, les prestations relatives aux suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues aux articles L. 342-2 à L. 342-6.
- ⑲ « IV *ter*. – A. – La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés.
- ⑳ « Lorsqu'un organisme gère plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale qui en est gestionnaire, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région.
- ㉑ « Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et relevant, pour leur autorisation, du président du conseil départemental ou du directeur général de l'agence régionale de santé, lorsque ces établissements ou services sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial.
- ㉒ « Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait mentionné au 1° du I de l'article L. 314-2 est minoré à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.
- ㉓ « B. – Le contrat est conclu pour une durée de cinq ans.
- ㉔ « Le contrat fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précise la nature et le montant des financements complémentaires mentionnés au I de l'article L. 314-2.
- ㉕ « Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ce contrat vaut convention d'aide sociale, au sens de l'article L. 313-8-1 et de l'article L. 342-3-1.
- ㉖ « Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens respecte le cahier des charges comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale.
- ㉗ « Par dérogation aux II et III de l'article L. 314-7, ce contrat fixe les éléments pluriannuels du budget des établissements et des services. Il fixe les modalités d'affectation des résultats en lien avec ses objectifs.
- ㉘ « C. – La personne gestionnaire transmet l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 pour les établissements et les services relevant du contrat, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. » ;
- ㉙ b) Aux première et avant-dernière phrases du V, après la référence : « I », est insérée la référence : « et au IV *bis* » ;

- 30 7° À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 313-14-1, la référence : « à l'article L. 313-11 » est remplacée par les références : « aux articles L. 313-11 et L. 313-12 » ;
- 31 8° Après l'article L. 313-14-1, il est inséré un article L. 313-14-2 ainsi rédigé :
- 32 « Art. L. 313-14-2. – Pour les établissements et services relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'autorité compétente en matière de tarification peut demander le reversement de certains montants dès lors qu'elle constate :
- 33 « 1° Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements ou des services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;
- 34 « 2° Des recettes non comptabilisées. » ;
- 35 9° L'article L. 313-23 est abrogé ;
- 36 10° L'article L. 314-2 est ainsi modifié :
- 37 a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;
- 38 b) Au même premier alinéa, après la référence : « I », est insérée la référence : « et au II » ;
- 39 c) Le 1° est ainsi rédigé :
- 40 « 1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte notamment le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents mentionnés à l'article L. 314-9, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières, définis dans le contrat prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12. Ce forfait global peut tenir compte de l'activité réalisée. Les modalités de détermination du forfait global sont fixées par décret en Conseil d'État.
- 41 « Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé. » ;
- 42 d) Au 2°, après le mot : « résidents », sont insérés les mots : « dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État » ;
- 43 e) À la première phrase du 3°, la première occurrence du mot : « aux » est remplacée par les mots : « à un ensemble de » ;
- 44 f) Après le 3°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 45 « Un décret fixe la liste des prestations minimales relatives à l'hébergement, qui est dite "socle de prestations". » ;
- 46 g) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « à des prestations complémentaires » sont remplacés par les mots : « aux autres prestations d'hébergement » ;
- 47 h) Au dernier alinéa, les mots : « et dans les établissements de santé dispensant des soins de longue durée » sont supprimés ;
- 48 i) Il est ajouté un II ainsi rédigé :
- 49 « II. – Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement. » ;
- 50 11° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 314-6, les mots : « mentionné à l'article L. 313-11 ou une convention pluriannuelle mentionnée à l'article L. 313-12 » sont remplacés par les mots : « ou une convention pluriannuelle mentionnés aux articles L. 313-11 ou L. 313-12 » ;
- 51 12° L'article L. 314-8 est ainsi modifié :
- 52 a) À la première phrase des deux derniers alinéas, après la référence : « 1° », est insérée la référence : « du I » ;
- 53 b) À la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa, les mots : « conventions mentionnées au I » sont remplacés par les mots : « contrats mentionnés au IV *ter* » ;
- 54 13° L'article L. 314-9 est ainsi modifié :
- 55 a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;
- 56 b) Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 57 « La périodicité de révision du niveau de perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents est définie par décret. » ;
- 58 c) À l'avant-dernier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « premier » ;
- 59 14° Au 1° de l'article L. 315-12 et à la fin de la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 315-15, la référence : « à l'article L. 313-11 » est remplacée par les références : « aux articles L. 313-11 et L. 313-12 ».
- 60 II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- 61 1° À l'article L. 1111-16, les mots : « des établissements mentionnés au I » sont remplacés par les mots : « mentionné au V » ;
- 62 2° Au 6° de l'article L. 5125-1-1 A, les mots : « la convention pluriannuelle visée au I » sont remplacés par les mots : « le contrat mentionné au IV *ter* ».
- 63 III. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, la référence : « au I » est remplacée par les références : « aux I, II et IV *bis* ».
- 64 III *bis*. – Le II de l'article 56 de la loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale est abrogé.
- 65 IV. – Le directeur général de l'agence régionale de santé et les présidents de conseil départemental programment sur cinq ans, par arrêté conjoint, la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Cet arrêté est publié au plus tard le 31 décembre 2016. Cette programmation peut être mise à jour tous les ans.

- 66 À compter du 1^{er} janvier 2017, ces contrats se substituent aux conventions pluriannuelles mentionnées au I du même article L. 313-12, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi, lorsqu'elles sont échues, selon le calendrier prévu par la programmation mentionnée au premier alinéa du présent IV.
- 67 V. – À compter du 1^{er} janvier 2017, dans l'attente de la signature du contrat mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, le montant des financements complémentaires mentionnés au 1^o du I de l'article L. 314-2 du même code est maintenu à son niveau fixé au titre de l'exercice précédent et revalorisé chaque année par application d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale.
- 68 VI. – Pour les années 2017 à 2023 et par dérogation au 1^o du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du même code sont financés, pour la part des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par la somme des montants suivants :
- 69 1^o Le montant des produits de la tarification reconductibles afférents aux soins fixé l'année précédente, revalorisé d'un taux fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale ;
- 70 2^o Une fraction de la différence entre le forfait global de soins, à l'exclusion des financements complémentaires mentionnés au 1^o du I de l'article L. 314-2 dudit code, et le montant mentionné au 1^o du présent VI.
- 71 La fraction mentionnée au 2^o est fixée à un septième en 2017, un sixième en 2018, un cinquième en 2019, un quart en 2020, un tiers en 2021, un demi en 2022 et un en 2023.
- 72 Le cas échéant, cette somme est minorée dans les conditions prévues au dernier alinéa du A du IV *ter* de l'article L. 313-12 du même code.
- 73 VII. – Les financements prévus aux V et VI du présent article ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle mentionnée aux II et III de l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles.
- 74 VIII. – À compter du 1^{er} janvier 2017, les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles utilisent l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 314-7-1 du même code.
- 75 IX. – Les autorités de tarification compétentes procèdent, chacune en ce qui la concerne, à la tarification des établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles qui n'ont pas conclu de convention tripartite pluriannuelle avant la promulgation de la présente loi et leur fixent, par voie d'arrêté, les objectifs à atteindre jusqu'à la date de prise d'effet du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au IV *ter* du même article, conformément à l'arrêté de programmation prévu au IV du présent article.
- 76 Ces établissements perçoivent, jusqu'à la date de prise d'effet du contrat pluriannuel mentionné au premier alinéa du présent IX :
- 77 1^o Un forfait global de soins, correspondant au montant du forfait de soins attribué par l'autorité compétente de l'État au titre de l'exercice 2007, lorsqu'ils ont été autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;
- 78 2^o Un forfait global de soins dont le montant maximal est déterminé sur la base du groupe iso-ressources moyen pondéré de l'établissement, de sa capacité et d'un tarif soins à la place fixé par arrêté ministériel, lorsqu'ils ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;
- 79 3^o Des tarifs journaliers afférents à la dépendance, dont les montants sont fixés par le président du conseil départemental en application du 2^o du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- 80 4^o Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement, fixés par le président du conseil départemental dans les établissements habilités à l'aide sociale, calculés en prenant en compte les produits mentionnés aux 1^o et 2^o du présent IX.
- 81 Lorsque la personne gestionnaire refuse de signer le contrat pluriannuel ou de le renouveler, le forfait global de soins mentionné au 1^o du I de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles est minoré, à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, dans des conditions fixées par décret.

Article 40 *ter*
(Texte du Sénat)

- 1 I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 2 1^o L'article L. 314-14 est ainsi rédigé :
- 3 « Art. L.314-14. – Constitue un manquement passible d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale le fait :
- 4 « 1^o D'héberger une personne âgée sans avoir conclu un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge conformément à l'article L. 311-4 ;
- 5 « 2^o De proposer ou conclure un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge dont une des stipulations n'est pas conforme aux articles L. 311-4 et L. 311-4-1 ;
- 6 « 3^o De facturer des frais en méconnaissance du II de l'article L. 311-4-1 ;
- 7 « 4^o De facturer des frais en méconnaissance de l'article L. 314-10-1 ;
- 8 « 5^o De ne pas restituer dans les trente jours suivant le décès du résident, les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées, en méconnaissance de l'article L. 314-10-1 ;
- 9 « 6^o De facturer des frais en méconnaissance de l'article L. 314-10-2.
- 10 « Ces manquements sont recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans les conditions définies au III de l'article L.141-1 du code de la consommation. Lorsque ces manquements sont sanctionnés et ne sont plus susceptibles de recours, l'autorité administrative

chargée de la concurrence et de la consommation informe le président du conseil départemental de la nature des manquements sanctionnés.

- ⑪ « L'amende est prononcée dans les conditions prévues à l'article L. 141-1-2 du code de la consommation. » ;
- ⑫ 2° L'article L. 314-15 est abrogé ;
- ⑬ 3° L'article L. 342-5 est ainsi rédigé :
- ⑭ « *Art L. 342-5.* – Constitue un manquement passible d'une amende administrative dont le montant ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale le fait :
- ⑮ « 1° D'héberger une personne âgée sans avoir au préalable conclu le contrat écrit conformément à l'article L. 342-1 ;
- ⑯ « 2° De proposer ou conclure un contrat dont une des stipulations n'est pas conforme à l'article L. 342-2 ;
- ⑰ « 3° De pratiquer des prix supérieurs à ceux résultant de l'application du pourcentage de variation fixé par les arrêtés prévus aux articles L. 342-3 et L. 342-4.
- ⑱ « Ces manquements sont recherchés et constatés par les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, dans les conditions définies au III de l'article L. 141-1 du code de la consommation. Lorsque le manquement fait l'objet d'une sanction et que toutes les voies de recours ont été épuisées, l'autorité administrative chargée de la concurrence et de la consommation informe le président du conseil départemental de la nature des manquements sanctionnés.
- ⑲ « L'amende est prononcée dans les conditions prévues à l'article L. 141-1-2 du même code. »
- ⑳ II. – Le 9° du III de l'article L. 141-1 du code de la consommation est ainsi rédigé :
- ㉑ « 9° De l'article L. 347-1 du code de l'action sociale et des familles et des articles L. 311-4, L. 311-4-1, L. 314-10-1, L. 314-10-2, L. 342-1, L. 342-2, L. 342-3 et L. 342-4 du même code en ce qui concerne les manquements précisément énumérés aux articles L. 314-14 et L. 342-5 dudit code ; ».

Article 40 quater
(*Suppression maintenue*)

.....

Chapitre VII

AMÉLIORER L'OFFRE SOCIALE ET MÉDICO-
SOCIALE SUR LE TERRITOIRE

.....

Article 45 ter A
(*Texte du Sénat*)

- ① I. – Après l'article 80 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, il est inséré un article 80-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. 80-1.* – I. – Les établissements, services et lieux de vie et d'accueil qui ne disposent pas, à la date de publication de la loi n° ... du ... relative à l'adaptation de la société au vieillissement, d'une autorisation au titre

de tout ou partie de leurs activités relevant de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, délivrée en application de l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ou en application de l'article L. 313-1 du même code, sont réputés bénéficier de l'autorisation mentionnée au même article L. 313-1 à compter de leur date d'ouverture. Les établissements, services et lieux de vie et d'accueil doivent remplir les deux conditions suivantes :

- ③ « 1° Avoir exercé ces activités non autorisées relevant de l'article L. 312-1 dudit code préalablement à l'application du régime d'autorisation prévu à l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée ou à l'article L. 313-1 du même code ;
- ④ « 2° Avoir bénéficié au titre de ces activités, en vertu d'une décision unilatérale des autorités compétentes ou d'une convention conclue avec elles, d'une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ou d'une autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.
- ⑤ « Les catégories de bénéficiaires et les capacités d'accueil ainsi réputées avoir fait l'objet d'une autorisation sont celles figurant dans la décision ou la convention en vigueur la plus récente.
- ⑥ « II. – Les établissements, services et lieux de vie et d'accueil relevant du 4° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas, à la date de publication de la loi n° ... du ... relative à l'adaptation de la société au vieillissement, d'une autorisation délivrée en application de l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée ou de l'article L. 313-1 du même code sont réputés bénéficier de l'autorisation mentionnée au même article L. 313-1 à compter de leur date d'ouverture. Cette autorisation est valable pendant une durée de deux ans à compter de la publication de la loi n° ... du ... précitée. Les établissements, services et lieux de vie et d'accueil doivent remplir les deux conditions suivantes :
- ⑦ « 1° Avoir exercé ces activités non autorisées relevant du 4° du I de l'article L. 312-1 dudit code préalablement à l'application du régime d'autorisation prévu à l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée ou à l'article L. 313-1 du même code ;
- ⑧ « 2° Bénéficier ou avoir bénéficié d'une habilitation à recevoir des mineurs confiés habituellement par l'autorité judiciaire, délivrée au titre de l'article L. 313-10 dudit code.
- ⑨ « Le renouvellement de cette autorisation s'effectue, dans des conditions précisées par décret, au regard :
- ⑩ « a) Des résultats de l'évaluation externe mentionnée à l'article L. 312-8 du même code ;
- ⑪ « b) Des objectifs et des besoins formalisés dans les schémas prévus au 4° de l'article L. 312-5 du même code ;
- ⑫ « c) Des orientations fixées par le représentant de l'État dans le département, pour ce qui relève exclusivement de son autorité.
- ⑬ « III. – Les foyers de jeunes travailleurs qui ne disposent pas, à la date de publication de la loi n° ... du ... relative à l'adaptation de la société au vieillissement, pour tout ou partie de leurs activités relevant du 10° du I de

l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, d'une autorisation délivrée en application de l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée ou de l'article L. 313-1 du même code et qui ont commencé les activités relevant du 10° du I de l'article L. 312-1 dudit code avant que l'obligation découlant de ces articles ne leur soit applicable, ou entre le 31 mars 2010 et le 27 mars 2014, sont réputés bénéficier de l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du même code à compter de leur date d'ouverture. Sont également réputés autorisés, à compter de la signature de la convention conclue par le gestionnaire du foyer en application des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation, les projets ayant fait l'objet avant le 27 mars 2014 d'une décision de financement au titre des aides publiques prévues au 1° de l'article L. 301-2 du même code.

- ⑭ « Dans un délai d'un an à compter de la date de promulgation de la loi n° ... du ... précitée, l'autorité compétente de l'État fixe la capacité d'accueil ainsi réputée autorisée, compte tenu du nombre de logements destinés aux jeunes travailleurs et prévus par la convention conclue par le gestionnaire du foyer en application des articles L. 351-2 et L. 353-2 du code de la construction et de l'habitation, ou par une convention conclue dans le cadre de l'article L. 263-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑮ « IV. – Les établissements et services mentionnés aux I et III du présent article qui, à la date de la publication de la loi n° ... du ... précitée, n'ont pas communiqué à l'autorité administrative l'évaluation externe prévue au cinquième alinéa de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, et dont l'autorisation vient à échéance dans un délai de deux ans suivant la date de la publication de la même loi, voient la durée de cette autorisation prorogée pour une durée de deux ans à compter de cette même date. »
- ⑯ II. – L'article L. 315-5 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.
- ⑰ II *bis*. – Le XXIII de l'article L. 543-1 du code de l'action sociale et des familles est abrogé.
- ⑱ III. – L'article 34 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est abrogé.

Article 45 ter

(Texte de la commission mixte paritaire)

- ① L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un paragraphe ainsi rédigé :
- ② « VII – Une section consacrée à l'aide à l'investissement. Elle retrace :
- ③ « a) En ressources, pour les exercices 2016, 2017 et 2018, un montant de 100 millions d'euros annuels ;
- ④ « b) En charges, le financement des opérations mentionnées au a) de l'article L. 14-10-9. »

TITRE IV

GOUVERNANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE

Chapitre I^{er}

GOUVERNANCE NATIONALE

Section 1

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Article 46

(Texte de la commission mixte paritaire)

- ① I. – Le chapitre II du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi rétabli :
- ② « CHAPITRE II
- ③ « *Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge*
- ④ « Art. L. 142-1. – Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est composé en nombre égal d'hommes et de femmes et a pour missions d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bienveillance, dans une approche intergénérationnelle.
- ⑤ « Son fonctionnement et sa composition sont fixés par un décret, qui prévoit une formation plénière et des formations spécialisées dans leur champ de compétences.
- ⑥ « Dans le cadre de ses missions, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge :
- ⑦ « 1° Formule des propositions et des avis et réalise ou fait réaliser des travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques de son champ de compétences, au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques ;
- ⑧ « 2° Formule des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie, au regard notamment des engagements internationaux de la France, dont ceux de la convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 ;
- ⑨ « 3° Formule toute proposition de nature à garantir, à tous les âges de la vie, le respect des droits et la bienveillance des personnes vulnérables ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;
- ⑩ « 4° Mène des réflexions sur le financement des politiques mises en œuvre dans son champ de compétences ;
- ⑪ « 4° *bis* Donne un avis, dans le cadre des formations spécialisées compétentes en matière d'enfance, d'avancée en âge des personnes âgées et des personnes retraitées,

d'adaptation de la société au vieillissement et de la bientraitance, sur tout projet de loi ou d'ordonnance les concernant et peut en assurer le suivi ;

- ⑫ « 5° Favorise les échanges d'expérience et d'informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent ;
- ⑬ « 6° à 9° (*Supprimés*)
- ⑭ « La formation spécialisée dans le champ de compétence de l'âge mène une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance. Elle favorise les échanges d'expérience et d'informations avec le conseil national consultatif des personnes handicapées mentionné à l'article L. 146-1 sur les aspects communs des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- ⑮ « Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge peut être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé de la famille, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés de toute question relevant de son champ de compétences.
- ⑯ « Il peut se saisir de toute question relative à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge des personnes âgées et des retraités et à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi qu'à la bientraitance. »
- ⑰ « Art. L. 142-2. – (*Supprimé*)
- ⑱ II et III. – (*Supprimés*)

Section 2

Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

Article 47 (Texte du Sénat)

- ① Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ② 1° Le I de l'article L. 14-10-1 est ainsi modifié :
- ③ a) Le 1° est remplacé par des 1° et 1° *bis* ainsi rédigés :
- ④ « 1° De contribuer au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, ainsi qu'au financement du soutien des proches aidants, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;
- ⑤ « 1° *bis* (*Supprimé*)
- ⑥ b) Au début du 2°, sont ajoutés les mots : « De contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, » ;
- ⑦ c) Le 3° est remplacé par des 3° et 3° *bis* ainsi rédigés :
- ⑧ « 3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants ;
- ⑨ « 3° *bis* D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ; »

⑩ c) *bis*) Le 5° est ainsi rédigé :

⑪ « 5° D'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution ; »

⑫ d) Le 6° est ainsi modifié :

⑬ – après la référence : « L. 146-3 », sont insérés les mots : « , les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1 » ;

⑭ – après le mot : « besoins », sont insérés les mots : « , d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, » ;

⑮ – sont ajoutés les mots : « du handicap et d'aide à l'autonomie » ;

⑯ d) *bis*) Après le 6°, il est inséré un 6° *bis* ainsi rédigé :

⑰ « 6° *bis* D'assurer un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-3 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ; »

⑱ e) Le 7° est complété par les mots : « , et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires » ;

⑲ f) Sont ajoutés des 12° à 14° ainsi rédigés :

⑳ « 12° De mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;

㉑ « 13° De concevoir et de 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 la mise en œuvre de ce système d'information, 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 ;

㉒ « 14° De définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. » ;

㉓ 1° *bis* Le VI de l'article L. 14-10-3 est complété par une phrase ainsi rédigée :

㉔ « Ce rapport comporte des indicateurs présentés par sexe. » ;

㉕ 2° L'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 14-10-7 est ainsi rédigé :

- 26 « 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. 14-10-7-2. » ;
- 27 3° Après l'article L. 14-10-7-1, sont insérés des articles L. 14-10-7-2 et L. 14-10-7-3 ainsi rédigés :
- 28 « *Art. L. 14-10-7-2.* – Une convention pluriannuelle signée entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, en particulier sur :
- 29 « 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 ;
- 30 « 2° Des objectifs de qualité ;
- 31 « 3° Les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1 ;
- 32 « 4° Les modalités de versement des concours versés aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap mentionnés à l'article L. 14-10-5 et au titre du financement de la conférence des financeurs mentionné à l'article L. 233-2.
- 33 « À défaut de convention, le département reçoit les concours définis aux articles L. 14-10-6 et L. 14-10-7.
- 34 « *Art. L. 14-10-7-3.* – La Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie signe avec toute métropole exerçant ses compétences à l'égard des personnes âgées une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques sur :
- 35 « 1° Les modalités de versement des concours mentionnés à l'article L. 14-10-10 ;
- 36 « 2° Les modalités de répartition des crédits entre les actions de prévention relevant respectivement des 1°, 2°, 4° et 6° de l'article L. 233-1. »

.....

Section 3

Systemes d'information

.....

Chapitre II

GOUVERNANCE LOCALE

Section 1

La coordination dans le département

.....

Article 53
(Texte du Sénat)

- 1 Après le 5° de l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

- 2 « Les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité et les centres locaux d'information et de coordination mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 contribuent, en réponse à la demande des autorités compétentes pour l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et des schémas régionaux de santé, à l'analyse des besoins et de l'offre mentionnés aux 1° et 2° du présent article, ainsi qu'à toute action liée à la mise en œuvre de ces schémas. »

.....

Article 54
(Texte du Sénat)

- 1 Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- 2 1° Le 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi modifié :
- 3 a) Le *a* est complété par une phrase ainsi rédigée :
- 4 « Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ; »
- 5 b) Au *b*, les mots : « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées » sont remplacés par les mots : « porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés » ;
- 6 2° *(Supprimé)*

Section 1 bis

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

Article 54 bis
(Texte de la commission mixte paritaire)

- 1 Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 2 1° Le chapitre IX du titre IV du livre I^{er} est ainsi rédigé :
- 3 « *CHAPITRE IX*
- 4 « *Institutions communes aux personnes âgées et aux personnes handicapées*
- 5 « *Section 1*
- 6 « *Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie*
- 7 « *Art. L. 149-1.* – Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie assure la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.
- 8 « Il est compétent en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques.

- 9 « Il est également compétent en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.
- 10 « Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est consulté pour avis sur :
- 11 « 1° Le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique et les schémas régional et départemental mentionnés au *b* du 2° et au 4° de l'article L. 312-5 du présent code ;
- 12 « 2° La programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués par l'agence régionale de santé, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie ;
- 13 « 3° Le programme coordonné mentionné à l'article L. 233-1 ;
- 14 « 4° Les rapports d'activité de la maison départementale des personnes handicapées prévue à l'article L. 146-3, de la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 et des services du département chargés des personnes âgées, avant leur transmission à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé ;
- 15 « 5° Les conventions signées entre le département et ses partenaires en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre.
- 16 « Il est informé du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat mentionné à l'article L. 302-10 du code de la construction et de l'habitation, du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.
- 17 « Il donne un avis sur la constitution d'une maison départementale de l'autonomie mentionnée à l'article L. 149-3 du présent code. Il est informé de l'activité et des moyens de cette maison départementale de l'autonomie par le président du conseil départemental.
- 18 « Il formule des recommandations visant au respect des droits et à la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques.
- 19 « Il transmet, au plus tard le 30 juin de l'année concernée, au Haut Conseil de l'âge mentionné à l'article L. 142-1, au Conseil national consultatif des personnes handicapées mentionné à l'article L. 146-1 et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie un rapport biennal sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, dont la synthèse fait l'objet d'une présentation dans chacune de ces instances.
- 20 « Il peut débattre, de sa propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie et formuler des propositions sur les orientations de cette politique. Il peut être saisi par toute institution souhaitant le consulter.
- 21 « Les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie d'une même région peuvent débattre, de leur propre initiative, de toute question relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans la région.
- 22 « *Art. L. 149-2.* – Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est présidé par le président du conseil départemental. Il comporte des représentants :
- 23 « 1° Des personnes âgées, des personnes retraitées issues notamment des organisations syndicales représentatives, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants ;
- 24 « 2° Du département ;
- 25 « 3° D'autres collectivités territoriales et d'établissements publics de coopération intercommunale ;
- 26 « 4° De l'agence régionale de santé ;
- 27 « 5° Des services départementaux de l'État ;
- 28 « 6° De l'Agence nationale de l'habitat dans le département ;
- 29 « 7° Du recteur d'académie ;
- 30 « 8° De la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;
- 31 « 9° Des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie ;
- 32 « 10° Des fédérations des institutions de retraite complémentaire mentionnées à l'article L. 922-4 du code de la sécurité sociale ;
- 33 « 11° Des organismes régis par le code de la mutualité ;
- 34 « 12° Des autorités organisatrices de transports ;
- 35 « 13° Des bailleurs sociaux ;
- 36 « 14° Des architectes urbanistes ;
- 37 « 15° Des organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés des établissements et services mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du présent code ;
- 38 « 16° Des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées.
- 39 « Toute autre personne physique ou morale concernée par la politique de l'autonomie peut y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.
- 40 « Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie siège en formation plénière ou spécialisée. Il comporte au moins deux formations spécialisées compétentes, respectivement, pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées. Au sein de chaque formation spécialisée, il est constitué plusieurs collèges, dont au moins un collège des représentants des usagers et un collège des représentants des institutions, qui concourt à la coordination de ces dernières sur le territoire. Le collège des représentants des institutions compétent pour les personnes âgées est notamment composé des membres de la conférence des financeurs prévue à l'article L. 233-1.

- ④1 « La composition, les modalités de désignation des membres, leur répartition en formations spécialisées et en collèges et les modalités de fonctionnement du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie sont fixées par décret.
- ④2 « Art. L. 149-2-1. – Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est également compétent sur le territoire de la métropole qui exerce ses compétences à l'égard des personnes âgées et des personnes handicapées dans les conditions prévues à la présente section, sous réserve du présent article.
- ④3 « Il est dénommé "conseil départemental-métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie".
- ④4 « Il comporte des représentants de la métropole.
- ④5 « Sa présidence est assurée, alternativement chaque année, par le président du conseil départemental et le président du conseil de la métropole. » ;
- ④6 1° *bis* La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 146-1 est supprimée ;
- ④7 2° Les articles L. 146-2 et L. 146-2-1 sont abrogés ;
- ④8 3° Au dernier alinéa de l'article L. 114-3, les mots : « consultatifs des personnes handicapées mentionnés à l'article L. 146-2 » sont remplacés par les mots : « de la citoyenneté et de l'autonomie mentionnés à l'article L. 149-1 » ;
- ④9 4° À la fin du dernier alinéa de l'article L. 114-3-1, les mots : « consultatif des personnes handicapées mentionné à l'article L. 146-2 » sont remplacés par les mots : « de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1 » ;
- ⑤0 5° Au III de l'article L. 531-7, la référence : « L. 146-2 » est remplacée par la référence : « L. 146-3 » ;
- ⑤1 6° Le I de l'article L. 541-4 est abrogé ;
- ⑤2 7° L'article L. 581-1 est ainsi modifié :
- ⑤3 a) Le *b* est ainsi rédigé :
- ⑤4 « *b* Pour l'application de l'article L. 149-1, les mots : "départemental", "départementale", "le département" et "du département" sont remplacés, respectivement, par les mots : "territorial", "territoriale", "la collectivité territoriale" et "de la collectivité territoriale" ; »
- ⑤5 b) Le *c* est abrogé.

Section 1 *ter*

Les maisons départementales de l'autonomie

.....

Section 2

La récupération des prestations d'aide sociale

Article 55 A
(Texte du Sénat)

- ① I. – Après le 3° de l'article L. 132-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

- ② « 4° À titre subsidiaire, contre le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie souscrit par le bénéficiaire de l'aide sociale, à concurrence de la fraction des primes versées après l'âge de soixante-dix ans. Quand la récupération concerne plusieurs bénéficiaires, celle-ci s'effectue au prorata des sommes versées à chacun de ceux-ci. »
- ③ II. – À la fin de l'article L. 232-19 du même code, les mots : « ou sur le donataire » sont remplacés par les mots : « , sur le donataire ou sur le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ». »
- ④ III. – À la fin du deuxième alinéa de l'article L. 245-7 du même code, les mots : « ou le donataire » sont remplacés par les mots : « , le donataire ou le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ». »
- ⑤ IV. – La première phrase du 2° de l'article L. 344-5 du même code est complétée par les mots : « ou le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ». »

.....

TITRE V

DISPOSITIONS RELATIVES AUX OUTRE-MER

Article 56
(Texte du Sénat)

- ① I. – A. – Les articles 11, en tant qu'il concerne les résidences autonomie, à 14 ne sont pas applicables en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion et en Martinique.
- ② B. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre V du code de l'action sociale et des familles est complété par des articles L. 521-2 à L. 521-5 ainsi rédigés :
- ③ « Art. L. 521-2. – Le 1° de l'article L. 14-10-10 n'est pas applicable en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion et en Martinique.
- ④ « Art. L. 521-3. – Pour l'application du quatrième alinéa de l'article L. 342-3 en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion et en Martinique, 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".
- ⑤ « Art. L. 521-4. – Pour son application en Guadeloupe, le chapitre III du titre III du livre II s'applique dans les conditions prévues aux articles L. 1442-1 à L. 1442-6 du code de la santé publique.
- ⑥ « Art. L. 521-5. – Pour l'application en Guyane du chapitre III du titre III du livre II, un décret en Conseil d'État fixe les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives applicables, notamment celles relatives à la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1. »
- ⑦ II. – A. – Les articles 11, en tant qu'il concerne les résidences autonomie, à 16 ne sont pas applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.
- ⑧ B. – Le chapitre unique du titre III du livre V du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- ⑨ 1° Après le premier alinéa de l'article L. 531-1, il est inséré un 1° A ainsi rédigé :
- ⑩ « 1° A Le 1° de l'article L. 14-10-10 ; »

- 11 2° Sont ajoutés des articles L. 531-10 à L. 531-12 ainsi rédigés :
- 12 « Art. L. 531-10. – L'article L. 146-3-1 est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, sous réserve des adaptations prévues à l'article L. 531-8.
- 13 « Art. L. 531-11. – Le chapitre III du titre III du livre II s'applique dans les conditions prévues au code de la santé publique, notamment à l'article L. 1441-3 du même code.
- 14 « Des décrets en Conseil d'État fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives applicables à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon, notamment celles relatives à la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du présent code et au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1.
- 15 « Art. L. 531-12. – Pour l'application à Saint-Pierre-et-Miquelon du quatrième alinéa 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". »
- 16 III. – A. – Les articles 11, en tant qu'il concerne les résidences autonomie, à 14 ainsi que le *b* du 3° du I et les II et III de l'article 39 ne sont pas applicables à Mayotte.
- 17 B. – Pour leur application à Mayotte, les articles 26, 26 *bis* et 27 entrent 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 au Département de Mayotte.
- 18 Les articles 49 et 54 *ter* de la présente loi entrent en vigueur dans les conditions prévues au 3° de l'article 10 de la même ordonnance, et au plus tard au 1^{er} janvier 2016.
- 19 C. – Le titre IV du livre V du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 20 1° Le IX de l'article L. 541-1 est ainsi rétabli :
- 21 « IX. – L'article L. 116-4 est ainsi modifié :
- 22 « 1° À la première phrase du premier alinéa, la référence : " au 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail " est remplacée par la référence : " à l'article L. 821-1 du code du travail applicable à Mayotte " ;
- 23 « 2° Au second alinéa, les mots : " mentionnés à l'article L. 7221-1 du code du travail " sont supprimés. » ;
- 24 2° L'article L. 541-4 est ainsi modifié :
- 25 *a)* Au VII, les références : « *a* et le deuxième alinéa du *b* du II » sont remplacées par les références : « 1° et le dernier alinéa du 2° du II » ;
- 26 *b)* Au VIII, après la référence : « *d* », est insérée la référence : « du 1° du I » ;
- 27 *c)* Sont ajoutés des X et XI ainsi rédigés :
- 28 « X. – Le 1° de l'article L. 14-10-10 n'est pas applicable.
- 29 « XI. – Des décrets en Conseil d'État fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives relatives à la conférence des financeurs
- prévue à l'article L. 233-1 et au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1. » ;
- 30 3° L'article L. 542-3 est ainsi modifié :
- 31 *a)* Le II est ainsi modifié :
- 32 – au début du premier alinéa du 2°, les mots : « Le deuxième » sont remplacés par les mots : « L'avant-dernier » ;
- 33 – le *b* du même 2° est abrogé ;
- 34 – le 3° est ainsi rédigé :
- 35 « 3° Le deuxième alinéa de l'article L. 232-7 du présent code n'est pas applicable ; »
- 36 – le 5° est abrogé ;
- 37 – le 6° est ainsi rédigé :
- 38 « 6° Le quatrième alinéa de l'article L. 232-15 du présent code n'est pas applicable. » ;
- 39 *b)* Il est ajouté un III ainsi rédigé :
- 40 « III. – Le chapitre III du titre III du livre II du présent code s'applique dans les conditions prévues aux articles L. 1443-1 à L. 1443-7 du code de la santé publique.
- 41 « Le 2° de l'article L. 233-1 du présent code n'est pas applicable. » ;
- 42 3° *bis* Le *a* du 1° du E du XIII de l'article L. 542-4 est abrogé ;
- 43 4° Les V, VII, X, XIII et XVIII de l'article L. 543-1 sont abrogés ;
- 44 5° L'article L. 543-3 est complété par un VI ainsi rédigé :
- 45 « VI. – À l'article L. 331-8-1, les mots : "ou pour recevoir leur déclaration en application des articles L. 321-1 et L. 322-1" sont supprimés. » ;
- 46 6° L'article L. 543-4 du présent code est ainsi modifié :
- 47 *a)* Le I est ainsi rétabli :
- 48 « I. – À l'article L. 342-3, les mots : "prévu à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale" sont remplacés par les mots : "prévu à l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte" et les mots : "conformément à ce que prévoit la convention conclue au titre de l'aide personnalisée au logement" sont remplacés par les mots : "dans des conditions prévues par décret". » ;
- 49 *b)* Le VIII est ainsi rédigé :
- 50 « VIII. – Les chapitres VI et VIII ne sont pas applicables. »
- 51 D. – Les articles L. 821-6 et L. 821-7 du code du travail applicable à Mayotte sont abrogés.
- 52 IV. – A. – Les articles 11, en tant qu'il concerne les résidences autonomie, 12, 13, 14, 15, 16 et 18 ne sont pas applicables à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.
- 53 B. – Le chapitre unique du titre VIII du livre V du code de l'action sociale et des familles est complété par des articles L. 581-10 à L. 581-12 ainsi rédigés :

- 54 « Art. L. 581-10. – Le 1° de l'article L. 14-10-10 n'est pas applicable à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.
- 55 « Art. L. 581-11. – Pour son application à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, le chapitre III du titre III du livre II du présent code s'applique dans les conditions prévues aux articles L. 1442-1 à L. 1442-6 du code de la santé publique.
- 56 « Des décrets en Conseil d'État fixent les conditions particulières d'adaptation des dispositions législatives applicables à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, notamment celles relatives à la conférence des financeurs mentionnée à l'article L. 233-1 du présent code et au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1.
- 57 « Art. L. 581-12. – Pour l'application à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin du quatrième alinéa 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". »

TITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 59

(Texte de la commission mixte paritaire)

- 1 I. – Les articles 4, 5, 8 et 38 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.
- 2 II. – (Supprimé)
- 3 III. – Le 2° de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de la présente loi, entre en vigueur à la date de publication du décret revalorisant le plafond du plan d'aide prévu à l'article L. 232-3-1 du même code, dans sa rédaction issue de la même loi, sans attendre la publication de l'arrêté prévu à ce même 2°.
- 4 IV. – Les comités départementaux des retraités et des personnes âgées et les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées prévus respectivement aux articles L. 149-1 et L. 146-2 du code de l'action sociale et des familles, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont maintenus jusqu'à la mise en place effective, dans leur département respectif, du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie prévu à la section 1 du chapitre IX du titre IV du livre I^{er} du même code, dans sa rédaction résultant de la même loi.

Article 63 ter
(Texte du Sénat)

- 1 Par dérogation à l'article L. 313-1-2 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de l'article 32 bis de la présente loi, pour l'examen des demandes d'agrément des services d'aide et d'accompagnement à domicile en cours d'instruction à la date

d'entrée en vigueur du même article 32 bis, le 2° du même article L. 313-1-2 reste applicable dans sa rédaction antérieure à la même loi.

- 2 Les services d'aide et d'accompagnement mentionnés au premier alinéa du présent article auxquels un agrément est délivré sont réputés détenir, au titre de l'article L. 313-1 du même code, une autorisation ne valant pas habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à la date d'effet de cet agrément.
- 3 Les deuxième et dernier alinéas du VI de l'article 32 bis de la présente loi leur sont également applicables.

M. le président. Nous allons maintenant examiner l'amendement déposé par le Gouvernement.

ARTICLES 2 À 40 quater

M. le président. Sur les articles 2 à 40 quater, je ne suis saisi d'aucun amendement.

Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'un de ces articles ?...

Le vote est réservé.

ARTICLE 45 (pour coordination)

M. le président. Je rappelle pour coordination l'article 45, précédemment adopté dans la rédaction suivante :

- 1 Le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :
- 2 1° A L'article L. 312-1 est complété par un VI ainsi rédigé :
- 3 « VI. – Les établissements relevant des 6° ou 7° du I peuvent proposer, concomitamment à l'hébergement temporaire de personnes âgées, de personnes handicapées ou de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, un séjour de vacances pour les proches aidants de ces personnes.
- 4 « Le 1° de l'article L. 313-4 n'est pas applicable aux séjours mentionnés au premier alinéa du présent VI. » ;
- 5 1° L'article L. 313-1-1 est ainsi modifié :
- 6 a) Le I est ainsi modifié :
- 7 – le premier alinéa est ainsi rédigé :
- 8 « I. – Les projets, y compris expérimentaux, de création, de transformation et d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, les projets de lieux de vie et d'accueil, ainsi que les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, sont autorisés par les autorités compétentes en application de l'article L. 313-3. » ;
- 9 – les deux premières phrases du deuxième alinéa sont ainsi rédigées :
- 10 « 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. » ;

- 11 – l'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :
- 12 « Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État, à l'exception des seuils mentionnés au présent article, qui le sont par décret. » ;
- 13 *b)* Les II et III sont ainsi rédigés :
- 14 « II. – Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I :
- 15 « 1° Les opérations de regroupement d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux par les gestionnaires détenteurs des autorisations délivrées en application de l'article L. 313-1, si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures au seuil prévu au deuxième alinéa du I du présent article ;
- 16 « 2° Les projets de transformation d'établissements ou de services ne comportant pas de modification de la catégorie des bénéficiaires de l'établissement ou du service, au sens de l'article L. 312-1 ;
- 17 « 3° Les projets de création et d'extension des lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1 ;
- 18 « 4° Les projets d'extension de capacité des établissements et services médico-sociaux n'excédant pas une capacité de dix places ou lits, inférieurs à un seuil fixé par décret.
- 19 « III. – Sont exonérés de la procédure d'appel à projet mentionnée au I, à la condition de donner lieu à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens :
- 20 « 1° Les projets de transformation d'établissements et de 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 ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, ni autorisés à délivrer des soins aux assurés sociaux, sous réserve que :
- 21 « *a)* Lorsque l'activité relève d'une autorisation conjointe, il n'y ait pas de désaccord entre les autorités compétentes ;
- 22 « *b)* Les projets de transformation n'entraînent pas une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret ;
- 23 « 2° Les projets de transformation d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du code de la santé publique en établissements ou services sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L. 312-1 du présent code, sauf lorsque les projets de transformation entraînent une extension de capacité supérieure à un seuil prévu par décret.
- 24 « La commission d'information et de sélection mentionnée au I du présent article donne son avis sur les projets de transformation. » ;
- 25 2° Le début du premier alinéa de l'article L. 313-2 est ainsi rédigé : « Les demandes d'autorisation relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux qui ne sont pas soumises à la procédure d'appel à projet sont présentées... (*le reste sans changement*). » ;
- 26 3° Le *a* de l'article L. 313-3 est ainsi rédigé :
- 27 « *a)* Par le président du conseil départemental, 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 L. 312-1, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale ou lorsque leurs interventions relèvent d'une compétence dévolue par la loi au département ; »
- 28 4° Les *c* à *f* du même article L. 313-3 sont ainsi rédigés :
- 29 « *c)* Par l'autorité compétente de l'État, pour les établissements et les services mentionnés aux 4°, 8°, 10°, 11°, 12° et 13° du I de l'article L. 312-1 et pour les lieux de vie et d'accueil mentionnés au III du même article L. 312-1, lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État, ainsi que, après avis conforme du procureur de la République, pour les services mentionnés aux 14° et 15° du I dudit article L. 312-1 ;
- 30 « *d)* Conjointement par le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé, pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des *a* et *b* du présent article, ainsi que pour ceux dont l'autorisation relève du 3° du I de l'article L. 312-1 ;
- 31 « *e)* Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le président du conseil départemental, pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des *a* et *c* du présent article, ainsi que pour ceux dont l'autorisation relève du 4° du I de l'article L. 312-1 ;
- 32 « *f)* Conjointement par l'autorité compétente de l'État et le directeur général de l'agence régionale de santé, pour les établissements, les services et les lieux de vie et d'accueil dont l'autorisation relève simultanément des *b* et *c* du présent article ; »
- 33 4° *bis* L'article L. 313-5 est complété par trois alinéas ainsi rédigés :
- 34 « Pour les établissements et les services relevant de l'article 80 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale :
- 35 « 1° Le délai d'un an prévu au premier alinéa du présent article est remplacé par un délai de neuf mois ;
- 36 « 2° Le délai de six mois prévu au deuxième alinéa du présent article est remplacé par un délai de trois mois. » ;
- 37 5° L'article L. 313-6 est ainsi modifié :
- 38 *a)* Au début du premier alinéa, les mots : « L'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 ou son renouvellement sont valables » sont remplacés par les mots : « L'autorisation délivrée pour les projets de création, de transformation et d'extension supérieure au seuil prévu au I de l'article L. 313-1-1 des établissements et services sociaux et médico-sociaux est valable » ;
- 39 *b)* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 40 « 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. » ;

- ④1 c) Au début du second alinéa, le mot : « Ils » est remplacé par les mots : « L'autorisation ou son renouvellement » ;
- ④2 5° bis Au premier alinéa de l'article L. 313-8, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « dernier » ;
- ④3 6° L'article L. 315-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ④4 « 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 départemental. La commission d'information et de sélection mentionnée au I du même article donne son avis sur les projets de ces établissements ou services. » ;
- ④5 7° À l'article L. 531-6 et au 1° de l'article L. 581-7, après le mot : « commission », sont insérés les mots : « d'information » ;
- ④6 8° (*Supprimé*)

L'amendement n° 1, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 18

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les projets de création, de transformation et d'extension des centres d'accueil pour demandeurs d'asile mentionnés à l'article L. 348-1.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. Il s'agit d'un amendement de coordination avec la loi du 29 juillet 2015 relative à la réforme du droit d'asile, qui prévoit, dans l'intérêt de la célérité, une dérogation à la procédure d'appel à projet visée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dès lors que le présent projet de loi prévoit d'autres dérogations à cette procédure, il apparaît nécessaire de les regrouper dans un seul et même article.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Roche, corapporteur. La commission est favorable à cet amendement, qui est en effet nécessaire. Toutefois, elle regrette qu'il n'ait pas été déposé avant la deuxième lecture.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. Et moi donc ! (*Sourires.*)

M. le président. Le vote est réservé.

ARTICLES 45 ter A À 63 ter

M. le président. Sur les articles 45 ter A à 63 ter, je ne suis saisi d'aucun amendement.

Quelqu'un demande-t-il la parole sur l'un de ces articles ?...

Le vote est réservé.

Vote sur l'ensemble

M. le président. Conformément à l'article 42, alinéa 12, du règlement, je vais mettre aux voix l'ensemble du projet de loi dans la rédaction résultant du texte élaboré par la commission mixte paritaire, modifié par l'amendement du Gouvernement.

Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi dans la rédaction résultant du texte élaboré par la commission mixte paritaire, modifié par l'amendement du Gouvernement.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 115 :

| | |
|------------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Nombre de suffrages exprimés | 324 |
| Pour l'adoption | 324 |

Le Sénat a définitivement adopté le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du RDSE.*)

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Laurence Rossignol, secrétaire d'État. Je me réjouis avec Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes que l'examen de ce texte, sur lequel le Sénat a tant travaillé et s'est tant engagé, aboutisse aujourd'hui. Nous pouvons désormais l'appeler non plus « projet de loi » mais bien « loi » relative à l'adaptation de la société au vieillissement !

Je remercie l'ensemble de la Haute Assemblée du beau travail que nous avons accompli ensemble, dans un climat à la fois constructif, chaleureux et de grande mobilisation en faveur des plus vulnérables. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain et du RDSE.*)

5

MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

Rejet en nouvelle lecture d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion en nouvelle lecture du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de modernisation de notre système de santé (projet n° 209, résultat des travaux de la commission n° 234, rapport n° 233).

Dans la discussion générale, la parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes*. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, c'est la dernière fois que nous allons débattre au Sénat du projet de loi de modernisation de notre système de santé, même si celui n'a pas encore achevé son chemin parlementaire, qui doit se poursuivre à l'Assemblée nationale dans quelques jours.

Voilà deux mois, votre assemblée adoptait ce projet de loi, à l'issue d'un travail fourni. Je tiens à saluer de nouveau la qualité de ce travail, celui des rapporteurs, mais aussi, plus largement, celui de toutes celles et de tous ceux qui y ont participé. Je pense aux sénatrices et aux sénateurs de l'ensemble des groupes, ainsi qu'aux services de la commission des affaires sociales.

Le texte a profondément évolué au cours de son premier passage au Sénat. Il a été enrichi de nouvelles dispositions très importantes. J'y reviendrai.

Cependant, sa cohérence avait été affaiblie, plusieurs de ses mesures clés ayant été supprimées.

Le texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture a permis de confirmer le travail élaboré au Sénat, tout en redonnant au texte la force de son ambition d'origine.

Cette ambition s'inscrit dans la cohérence de l'action que je mène pour lutter contre les inégalités de santé depuis maintenant plus de trois ans.

Ces inégalités, je les ai combattues en facilitant l'accès aux soins pour celles et ceux qui connaissent des difficultés financières et renoncent trop souvent à consulter pour cette raison.

Fin des mesures de désengagement de l'assurance maladie, encadrement des dépassements d'honoraires, relèvement des plafonds de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, et de l'aide à la complémentaire santé, l'ACS... toutes ces réformes sont cohérentes et efficaces. Les résultats sont là : après plus de dix ans de hausse, ce qui reste à la charge des Français diminue régulièrement depuis 2012 !

Ces inégalités, je les ai également combattues dans nos territoires. J'ai lancé dès 2012 le « pacte territoire-santé ». C'est une véritable dynamique qui a été enclenchée. Ainsi, 800 maisons de santé et 500 médecins installés dans des zones sous-dotées permettent aujourd'hui de lutter contre ce que l'on appelle, à tort à mon avis, les « déserts médicaux » et de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Le 26 novembre dernier, j'ai présenté une deuxième étape de ce pacte, en amplifiant la logique qui a fait ses preuves, celle de l'incitation, et en poursuivant la même méthode : réformer le système de santé en partant du terrain et de l'expérience des professionnels.

Le « pacte territoire-santé 2 », ce sont dix engagements forts, et des mesures concrètes et ambitieuses. Je pense au relèvement ciblé du *numerus clausus* dans dix régions manquant particulièrement de médecins, à l'investissement de 40 millions d'euros pour développer la télémédecine en ville ou encore au renforcement des aides à l'installation des jeunes médecins et du soutien financier au travail en équipe.

Accès aux droits, accès aux soins, lutte contre les inégalités : le projet de loi de modernisation de notre système de santé s'inscrit pleinement dans la continuité et la cohérence des actions menées.

L'enjeu, avec ce texte, est d'accélérer en innovant : innover pour mieux prévenir ; innover pour mieux soigner en proximité ; innover pour renforcer les droits des patients.

Je ne reviendrai pas dans le détail sur les différentes mesures, que vous connaissez presque par cœur pour les avoir déjà examinées en première lecture. Je tiens cependant à en rappeler les grands axes, car ce sont eux qui structurent le projet de loi.

Il s'agit d'abord de faire de la prévention le cœur de notre système de santé, avec des mesures concrètes pour la prévention dès le plus jeune âge. Instauration du médecin traitant de l'enfant, parcours éducatif en santé de la maternelle au lycée, interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur, généralisation du paquet de cigarettes neutre, création d'un délit d'incitation à la consommation excessive d'alcool, meilleur dépistage des infections sexuellement transmissibles, mise en place d'un étiquetage nutritionnel clair et lisible des aliments... voilà autant de mesures qui doivent permettre à notre jeunesse de mieux protéger sa santé.

Cette politique de prévention est innovante et cohérente. Elle concerne tous les Français.

Toujours à propos de prévention, je mentionne l'ouverture des salles de consommation à moindre risque destinées spécifiquement à accompagner les toxicomanes les plus marginalisés vers le sevrage et à protéger les riverains.

Je pense aussi à l'amélioration des dépistages et au renforcement de la prévention des risques, y compris en prison.

Le deuxième volet du projet de loi concerne le développement d'une médecine de proximité autour du médecin traitant. Il s'agit de s'attaquer à toutes les barrières, qu'elles soient financières ou géographiques, qui freinent ou empêchent l'accès aux soins. Concrètement, je veux faciliter l'accès aux soins avec la généralisation du tiers payant, l'instauration de la lettre de liaison transmise par l'hôpital au médecin traitant le jour même de la sortie du patient, la mise en place d'un numéro d'appel national unique pour joindre un médecin de garde.

Avec ces mesures, nous passons d'une organisation hospitalo-centrée de notre système de santé à une organisation qui fait du médecin généraliste le centre de gravité de la prise en charge du patient. Il s'agit d'engager concrètement le virage ambulatoire.

Enfin, le troisième volet de ce projet de loi renforce les droits des patients et innove en créant de nouveaux droits : renforcement du rôle des associations d'usagers grâce à leur présence dans toutes les agences sanitaires nationales ; création de l'action de groupe en santé ; droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer.

Nous innovons également avec la mise à disposition des données anonymisées de l'assurance maladie aux chercheurs, aux *start-up*, aux lanceurs d'alerte, aux entreprises.

Enfin, nous renforçons la transparence entre les professionnels de santé et les acteurs industriels en rendant publics l'ensemble des conventions d'expertise, les avantages en nature et leurs montants. Ces mesures étaient attendues et

demandées par les associations de patients, ainsi que par les professionnels de santé. Nous répondons donc concrètement à cette attente.

Le travail parlementaire a permis d'enrichir ce texte et de le faire évoluer dans le sens de l'intérêt général. L'apport du Sénat, je le souligne, a été réel.

Vous avez d'abord confirmé des mesures fortes qui ont ainsi pu être adoptées conformes en première lecture. Je pense à la contraception d'urgence pour les élèves du second degré ; à l'interdiction de fumer en voiture en présence d'un mineur ; aux dispositions relatives à la santé au travail, à la santé environnementale et aux droits des patients.

Je pense aussi, tout particulièrement, aux mesures en faveur de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse.

Vous le savez, je me suis engagée résolument à faire progresser ce droit. C'est ainsi que ce texte prévoit, notamment, la suppression du délai de réflexion et le renforcement de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse par l'intermédiaire des sages-femmes et des centres de santé.

Les débats à l'Assemblée nationale avaient été vifs sur ce sujet, l'opposition ayant voté contre ces mesures. Vous avez, pour votre part, fait le choix de les adopter conformes et, par là même, de les graver dans le marbre de cette loi. Je tiens à saluer votre engagement et votre fermeté face aux sirènes conservatrices qui remettent en cause le droit des femmes, surtout lorsqu'il s'agit de leur droit à disposer de leur corps.

Votre travail a également permis d'enrichir le texte de dispositions nouvelles, qui ont ensuite été confirmées par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Je pense notamment à la question du droit à l'oubli. Cette avancée était attendue par les anciens malades, vous l'aviez fait évoluer et l'Assemblée nationale a conservé vos principales contributions, tout en renforçant la lisibilité du dispositif.

Je pense aussi à votre volonté d'inscrire dans le texte l'association des maires aux expérimentations de salles de consommation à moindre risque. Pour moi, cette association allait de soi, et l'Assemblée nationale l'a confirmée avec l'accord du Gouvernement.

M. Gilbert Barbier. Il fallait aussi associer l'hôpital !

Mme Marisol Touraine, ministre. Je pense enfin aux dispositions que je vous avais proposées par amendement, comme la réforme de la filière visuelle, et qui figurent désormais dans le texte.

Cependant, l'examen du projet de loi par le Sénat avait aussi profondément affaibli sa cohérence. Avec la suppression du tiers payant, c'est l'accès aux soins dans son ensemble qui était fragilisé. Avec le rejet du paquet neutre, c'est toute la politique de prévention qui était ébranlée. L'Assemblée nationale a donc rétabli ces mesures et a, par là même, rendu au texte sa cohérence, sa force et ses ambitions d'origine.

Mesdames, messieurs les sénateurs, l'ambition de ce texte est de soutenir et de moderniser notre système de santé, avec un seul objectif assumé par le Gouvernement, l'égalité, et une seule méthode, l'innovation.

Ce projet de loi fait progresser l'accès de tous à des soins de qualité. Il contribue à la lutte contre l'immobilisme et la résignation, car rester immobile reviendrait à condamner notre modèle social à la disparition et notre promesse

républicaine à l'érosion. Ce texte vise à offrir à chacun les mêmes droits et les mêmes chances pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé.

L'Assemblée nationale a rétabli les dispositions que vous aviez supprimées en première lecture, et je crains que ce désaccord ne puisse être résolu aujourd'hui. Je le regrette, assurément, mais je tiens, une nouvelle fois, à saluer la qualité et le caractère constructif des échanges qui ont eu lieu autour de ce projet de loi et l'apport réel du Sénat à son enrichissement.

Ce travail va se poursuivre, dans un esprit que je souhaite aussi serein que possible, car c'est pour l'ensemble de ceux qui font vivre notre système de santé, au premier rang desquels les médecins et tous les professionnels de santé, que je souhaite que nous puissions avancer. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, corapporteur.

Mme Élisabeth Doineau, corapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, c'est dans des conditions particulièrement contraintes que notre assemblée est à nouveau appelée à se prononcer sur le projet de loi relatif à la santé.

En nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a en effet adopté ce texte le 1^{er} décembre dernier, et le Gouvernement a décidé qu'elle devrait procéder à son adoption définitive avant la fin de cette semaine, le 17 décembre, alors que plus de la moitié des dispositions fait encore l'objet de divergences entre nos deux assemblées.

Après le vote du Sénat en première lecture, un peu plus de 180 articles restaient en discussion. Sur ce total, les députés ont suivi notre texte sur près de 60 articles : 41 de ces articles ont été adoptés conformes, tandis que 18 articles, non maintenus par le Sénat, sont restés supprimés. En nouvelle lecture, environ 120 articles demeurent ainsi en navette, dont 13 articles introduits par le Sénat que l'Assemblée nationale a souhaité supprimer.

Comme en première lecture, le texte qui nous est soumis est particulièrement disert, couvrant de très nombreux sujets, de façon parfois très détaillée, tout en renvoyant à des ordonnances sur des sujets importants.

La commission des affaires sociales déplore, en particulier, que l'Assemblée nationale ait non seulement rétabli, mais même élargi, le champ initial des habilitations demandées par le texte, en prévoyant que le Gouvernement pourrait réformer, non plus seulement la gouvernance, mais également les missions de la Haute Autorité de santé.

En première lecture, notre assemblée avait jugé qu'un examen parlementaire de ces dispositions était indispensable, compte tenu de la sensibilité des sujets concernés et de la difficulté à évaluer les conséquences des modifications envisagées. Le constat est le même au sujet de l'article 53, qui traite notamment des recherches biomédicales, et sur lequel l'Assemblée nationale a rétabli le texte qu'elle avait adopté.

En première lecture, nous avons également souligné le traitement quelque peu chaotique de plusieurs sujets importants, puisque le Gouvernement avait totalement réécrit toute une série de dispositions parmi les plus sensibles, en déposant des amendements à la veille de l'examen à l'Assemblée nationale.

Nous pouvons difficilement accepter une telle méthode. Nous ne pouvons pas davantage nous satisfaire du recours à la procédure accélérée, motivé par l'idée que le débat parlementaire ne doit pas s'étirer en longueur sur un texte dont on discute pourtant, hors des assemblées, depuis plus de deux ans.

Au total, après la nouvelle lecture par l'Assemblée nationale, le bilan apparaît, pour le moins, mitigé au regard des lignes directrices fixées par notre commission pour l'examen de ce texte.

Nous avons souhaité préserver la qualité de la loi en supprimant les dispositions d'ordre réglementaire, non normatives, déclaratoires ou trop détaillées. Nous avons également écarté en commission les dispositions déjà satisfaites par le droit en vigueur : ce n'est pas en répétant la règle plusieurs fois qu'elle en sera mieux appliquée, même si on la change de code. Je prendrai ici l'exemple de la santé à l'école, objectif déjà affirmé à plusieurs reprises et pour lequel il faudrait non pas des principes, mais des actions.

L'Assemblée nationale a le plus souvent répondu à ces préoccupations par le rétablissement de son texte, ce qui ne peut nous satisfaire. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Deroche, corapporteur.

Mme Catherine Deroche, corapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, s'agissant des dispositions relatives à la prévention et à la santé publique, plusieurs articles, supprimés par le Sénat, ont effectivement été rétablis dans leur rédaction initiale, même si leur valeur n'est que déclarative, ne permettant aucune avancée concrète.

Sur plusieurs articles, tels ceux qui sont relatifs à l'information nutritionnelle complémentaire ou à la lutte contre la valorisation de la minceur excessive, l'Assemblée nationale a supprimé différents ajouts du Sénat.

S'agissant des salles de consommation à moindre risque, elle a conservé l'obligation, introduite par le Sénat, d'organiser une concertation entre l'agence régionale de santé, l'ARS, la structure porteuse de projet et le maire de la commune concernée, en amont de l'installation de la salle de consommation.

En revanche, au motif qu'il faudrait donner plus de liberté d'organisation aux maires et aux associations locales, l'Assemblée nationale a supprimé les deux exigences que le Sénat avait posées : l'intégration à un centre hospitalier, d'une part, et la supervision par une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médicosocial, d'autre part.

Je regrette qu'aucun accord global n'ait pu être trouvé sur ce sujet sensible, mais important pour la prise en charge des malades concernés. Pourtant, comme cela a été souligné en commission, sur une question hautement controversée, le Sénat avait fait un pas important.

Les députés ont par ailleurs supprimé certains articles insérés au Sénat en séance publique : la demande d'étude relative à la santé des aidants familiaux, ou encore, le suivi de la vaccination des élèves.

Sur le chapitre consacré au tabac, l'Assemblée nationale a globalement tenu compte des positions du Sénat sur la majorité des articles, même si leur rédaction reste perfectible,

qu'il s'agisse du mécanisme de transparence, de l'installation des nouveaux débits de tabac ou de l'interdiction de vapoter dans certains lieux publics.

Sur ce dernier point, l'Assemblée nationale a été plus restrictive que le Sénat en supprimant l'obligation de mettre à disposition des vapoteurs des espaces réservés sur les lieux de travail ou dans les écoles.

Sur le renforcement des sanctions infligées en cas de contrebande de tabac, supprimé par notre commission, mais rétabli et adopté conforme par le Sénat, le Gouvernement a rouvert l'article « pour coordination », afin de supprimer l'aggravation de la peine de prison, tout en maintenant celle de la peine d'amende. Notre commission, qui avait souligné le risque juridique qui s'attachait à cette mesure, a donc été entendue.

Un désaccord subsiste cependant entre les deux assemblées quant à la manière de transposer la nouvelle directive européenne sur les tabacs, sur deux sujets : la durée de la période transitoire pour l'interdiction des arômes et le paquet neutre. À cet égard, le désaccord entre les deux assemblées n'est peut-être pas si profond, puisque le paquet neutre n'a été rétabli par l'Assemblée nationale qu'à une courte majorité de deux voix, à l'issue d'une suspension de séance de vingt-cinq minutes.

Nous regrettons que le Gouvernement ne souhaite pas passer par l'étape de l'harmonisation de la présentation des produits du tabac avec des images-chocs sur grand format que les fumeurs retrouveraient dans l'ensemble de l'Union européenne, et privilégie l'adoption d'une mesure dont l'efficacité ne convainc personne, mais qui présente des risques juridiques bien réels. Sur ce seul point, nos visions sont inconciliables. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – M. Gilbert Barbier applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, corapporteur.

M. Alain Milon, président de la commission des affaires sociales, corapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, j'en viens aux articles relatifs à l'organisation sanitaire.

S'agissant des soins ambulatoires, l'Assemblée nationale a privilégié la mise en place de structures nouvelles, tandis que nous avons affirmé la nécessité d'un minimum de stabilité en ce domaine. Les professionnels devront donc faire évoluer des modes d'organisation qu'ils viennent parfois tout juste de mettre en place, cette fois sous la tutelle des ARS. Je pense en particulier aux communautés professionnelles territoriales de santé, qui viendront inutilement se substituer aux pôles de santé.

Nous sommes favorables à la mise en place du service public hospitalier, mais nous l'avons complétée par le maintien de la possibilité donnée aux cliniques d'exercer des missions de service public à tarifs opposables. L'Assemblée nationale a rétabli leur exclusion totale, à nos yeux injustifiée.

Même en ce qui concerne les groupements hospitaliers de territoire, les GHT, à propos desquels nous étions allés très loin dans la volonté d'aboutir à un texte commun, l'Assemblée nationale a supprimé la participation des élus à leur comité stratégique. Cette modification, que beaucoup de nos collègues ont du mal à comprendre, risque de rendre les restructurations qui seront proposées encore moins acceptables.

En matière d'organisation de la permanence des soins ambulatoires, la PDSA, nous souhaitons simplifier le dispositif proposé pour la régulation médicale en instituant un numéro de téléphone unique, gratuit et national, susceptible de constituer une véritable option de remplacement du 15 ; au lieu de cela, le système prévu sera complexe et variable d'un territoire à l'autre.

Les députés ont par ailleurs supprimé la précision introduite par le Sénat concernant l'articulation entre la médecine libérale et les établissements de santé dans la permanence des soins : les ARS pourront donc toujours suspendre la PDSA entre minuit et huit heures, comme c'est déjà le cas dans certaines régions.

Sur un point touchant à la liberté des patients, l'Assemblée nationale est également revenue à sa version initiale : je fais référence à l'article 25, qui porte sur le fameux dossier médical partagé, le DMP. Nous avons supprimé la possibilité pour le médecin traitant d'accéder, sans l'accord du patient, aux données occultées par ce dernier. Les députés ont rétabli cette possibilité, qui nous paraît profondément contraire aux droits des malades.

L'Assemblée nationale ne nous a pas davantage suivis dans notre volonté d'organiser une concertation entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, la CNAMTS, concernant l'installation des professionnels dans les zones sous-denses. Il s'agissait là d'une solution d'équilibre adoptée par le Sénat à l'issue d'un long débat et qui aurait permis d'apporter une réponse négociée au problème des déserts médicaux.

Enfin, sans surprise, l'Assemblée nationale a rétabli le tiers payant généralisé, avec toutefois une modification révélatrice : le rapport sur la faisabilité du dispositif a été différé à un mois après la parution de la loi. Il y a donc visiblement quelque difficulté à faire paraître ce qui devait constituer un préalable...

Cette disposition, qui n'est pas nécessaire pour l'accès aux soins étant donné les dispositifs existants pour les personnes les plus défavorisées et la pratique des médecins en matière de tiers payant, a inutilement bloqué toute négociation avec les syndicats. Elle remet en cause les conditions d'exercice de la médecine libérale et pose d'importantes questions, qu'elle ne résout pas, sur la place des complémentaires. Nous ne pouvons l'accepter.

Au total, même si l'Assemblée nationale a conservé quelques-uns de nos apports, comme la place faite aux médecins spécialistes de deuxième recours – grands oubliés de ce texte –, les sujets de désaccords sont majeurs. C'est pourquoi la commission des affaires sociales a rejeté le texte du projet de loi et a adopté une motion tendant à opposer la question préalable. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains. – M. Gilbert Barbier applaudit également.*)

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas bien !

M. Alain Milon, corapporteur. Je sais que c'est une grande déception pour vous !

M. le président. La parole est à Mme Aline Archimbaud.

Mme Aline Archimbaud. Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, puisque je n'ai que quelques minutes pour intervenir, je m'exprimerai sur des points précis du texte.

Je commence par les mesures concernant la santé environnementale et la prévention dans ce domaine. Nous saluons les mesures inscrites dans le texte qui vont dans le bon sens, comme le maintien du concept d'exposome ou la prévision de rapports sur les effets, y compris cumulatifs, des perturbateurs endocriniens.

Néanmoins, nous regrettons que d'autres propositions de bon sens, comme l'interdiction du bisphénol A dans les jouets des enfants pouvant être portés à la bouche ou l'inscription de la santé environnementale dans la stratégie nationale de santé – adoptée en première lecture sur proposition des écologistes –, n'apparaissent pas dans la version du texte que nous examinons. En effet, le nombre de maladies chroniques liées aux facteurs environnementaux explosant dans notre pays, il est indispensable – nous l'avons déjà dit – de placer la santé environnementale au cœur des préoccupations de santé publique. Il y a bien eu des avancées, mais qui doivent être confortées.

Par ailleurs, plusieurs dispositions adoptées en première lecture au Sénat ont malheureusement disparu en nouvelle lecture alors qu'elles étaient très attendues. Je pense d'abord à l'attribution automatique de la couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, aux allocataires du RSA socle ; cela aurait été source de simplification administrative puisque les plafonds sont les mêmes. Cette automaticité aurait en outre évité une grande partie du non-recours à la CMU-C, que le Fonds CMU évalue à une proportion située entre 20 % à 35 % en 2013 ; ce non-recours est lié à la complexité de l'ouverture des droits à la CMU-C.

On me dit souvent que cette automaticité est déjà mise en œuvre, mais, pour avoir discuté avec de nombreuses personnes concernées dans plusieurs départements, je peux vous assurer que ce n'est pas le cas ! Or cette situation, j'y insiste, provoque non seulement une impression d'injustice, mais aussi le sentiment dangereux que la République ne met pas tout en œuvre pour faire appliquer les lois.

Je pense ensuite à l'amendement voté par de nombreux collègues de tous les groupes politiques du Sénat, me semble-t-il, prévoyant la transmission systématique sous format numérique des rapports d'activité des diagnostiqueurs d'amiante à la direction générale de la santé, ainsi que leur publication sur une plateforme en ligne accessible à tous. Cette mesure a malheureusement été également supprimée par l'Assemblée nationale.

Or, selon l'Institut de veille sanitaire, l'amiante causera – je donne encore une fois ce chiffre – 100 000 morts d'ici à 2050. L'information des travailleurs du bâtiment et de tous ceux qui, tels les riverains, pourraient être à leur insu en contact avec de l'amiante est donc un enjeu crucial si l'on ne veut pas que ces sombres prévisions soient largement en dessous de la réalité. Puisque cela ne pourra pas se faire à travers la loi de modernisation de notre système de santé, il est indispensable que les ministères concernés s'engagent à développer sérieusement et rapidement la prévention et l'information des travailleurs et des populations en matière d'amiante.

Enfin, nous ne pourrions malheureusement pas nous étendre là-dessus, mais je déplore le coup de canif donné par ce texte à la loi Évin. La publicité pour l'alcool est de nouveau permise de façon très claire, mais, ne soyons pas dupes, cette mesure ne vise pas les petits viticulteurs ; ce sont bien les grands alcooliers qui ont obtenu ce revirement.

Après avoir exprimé ces regrets, je veux maintenant dire un mot de quelques avancées contenues dans ce texte. Je ne peux malheureusement pas les citer toutes, mais je reviens en particulier sur le tiers payant généralisé.

Une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, la DREES, publiée en juillet 2015 montre qu'entre 21 % et 36 % des personnes interrogées ont renoncé aux soins pour des raisons financières. Certes, s'il demeure des difficultés techniques, il faut bien sûr chercher des solutions, mais les arguments d'ordre idéologique selon lesquels la généralisation du tiers payant remettrait en cause le statut des médecins libéraux...

M. Gilbert Barbier. C'est vrai !

Mme Aline Archimbaud. ... ne nous paraissent pas convaincants.

Le tiers payant généralisé permettra aux personnes qui ont des revenus modestes, mais qui sont au-dessus des plafonds de ressources de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – plafonds qui sont assez bas, respectivement 720 euros et 973 euros –, d'accéder aux soins sans se poser la question de leur capacité d'aller chez le médecin.

Enfin, en ce qui concerne le tabagisme, nous faisons partie des parlementaires qui trouvent très positif que la mesure du paquet neutre ait été réintégrée dans le texte. En effet, les chiffres du tabagisme en France sont accablants, notamment chez les jeunes, qui sont particulièrement sensibles à l'attractivité du *marketing* pour les produits du tabac. Il nous semble donc que cette mesure est très positive en matière de santé publique.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, la volonté du gouvernement socialiste de faire adopter une loi transformant notre système de santé pour le faire évoluer vers un système étatique plus en conformité avec son idéologie touche à sa réalisation finale.

Madame la ministre, vous affichez très logiquement une certaine satisfaction à pouvoir mettre en pratique vos convictions maintes fois énoncées lorsque vous siégiez sur les bancs de l'Assemblée nationale. Je dois toutefois reconnaître que, sur quelques points, vous n'osez pas aller aussi loin que ce que vous annoncez et que votre appréciation a évolué, comme sur la nécessité de maintenir un ordre des infirmiers, que vous combattiez en d'autres temps.

Mme Marisol Touraine, ministre. Je suis pragmatique !

M. Gilbert Barbier. Le Gouvernement a décrété la procédure accélérée pour faire aboutir cette loi touchant à des domaines aussi variés, aussi différents, que l'organisation hospitalière, l'offre territoriale de soins, le tabagisme, les salles de consommation à moindre risque, le mannequinat et j'en passe.

Il apparaissait d'emblée évident que ce grand rendez-vous serait manqué avec les forces vives du secteur de la santé, avec plusieurs secteurs professionnels – notamment l'ensemble des syndicats médicaux –, avec le Conseil national de l'ordre, avec les assemblées académiques, mais aussi avec les acteurs privés en santé et une partie du monde associatif. Je comprends bien néanmoins que là n'était pas la préoccupation première...

Le texte renvoie également à des ordonnances sur des sujets importants dont le contenu nous est totalement inconnu. Bref, il s'agit de passer en force, y compris quelquefois contre votre propre majorité, comme cela a été souligné.

Cette loi sera loin de résoudre les difficultés que chacun s'accorde à reconnaître et dont la première est, à mes yeux, l'inégalité de l'accès à des soins de qualité entre nos concitoyens.

Au cours de la première lecture au Sénat, dans un esprit d'ouverture, nous avons proposé, les uns et les autres, de nombreuses modifications imprégnées d'un sens pratique et non d'un parti pris quelconque.

J'ai regardé les débats à l'Assemblée nationale, tant en commission qu'en séance publique, lors de la nouvelle lecture : comment ne pas être consterné devant cette attitude sectaire et méprisante sur des articles qui ne devraient être que consensuels ? Certes, sur les grands thèmes, notre opposition est manifeste et très certainement inconciliable, mais, pour le reste, que de suffisance !

Si le Conseil national de l'ordre des médecins considère ce texte comme inapplicable, c'est non seulement en raison du sujet phare qu'est le tiers payant généralisé, mais aussi à cause des mesures annexes qui en découleront au fil du temps. Ce tiers payant généralisé, ou TPG, c'est votre trophée, madame la ministre, au sens étymologique du terme : il vous permet de présenter sur la place publique votre victoire sur la médecine libérale dans sa globalité.

C'est pourtant cette médecine qui, depuis un siècle et demi, a fait de la médecine française l'une des meilleures du monde. Il s'agit bien là d'un conflit idéologique entre nous : vous voulez étatiser la médecine, avec un contrôle de plus en plus présent sur les professionnels, dans leur pratique, leurs prescriptions et bien sûr leur rémunération.

Vous voulez imposer les organismes payeurs comme les régulateurs de la dépense de soins et briser ce dialogue singulier, qui chagrine, entre le médecin et le patient ; ainsi la mise en place du TPG va amplifier une médecine à deux vitesses qui, certes, existe déjà à certains égards.

Cette volonté se retrouve à l'article 18 et à l'article 26 du texte, avec le refus que les établissements au sein desquels des praticiens pratiquent des honoraires libres puissent participer aux missions de service public. Faut-il utiliser un tel moyen pour maintenir en survie des établissements publics obsolètes où nos concitoyens les moins bien renseignés ne trouveront pas des soins de qualité optimale ? Faut-il considérer comme normal le fait que l'assurance maladie paie entre deux et trois fois plus pour une appendicectomie en centre hospitalier universitaire que dans une clinique privée ?

Le temps me manque pour évoquer un certain nombre de mesures dans lesquelles l'idéologie prime le bon sens ou par lesquelles nos collègues députés en arrivent à supprimer des dispositions introduites par la minorité sénatoriale, comme la reconnaissance des aidants familiaux ou les mesures de surveillance de la vaccination en milieu scolaire. Cet ostracisme ne manque pas de surprendre s'agissant de mesures qui pouvaient être considérées comme positives en matière de santé publique !

Pour terminer, je voudrais souligner deux points particuliers qui me semblent poser un problème de constitutionnalité.

Je veux parler de l'article 37, qui modifie les conditions d'autorisation de la recherche sur l'embryon. Je siège, comme Jean-Louis Tourenne, au conseil d'orientation de l'Agence de biomédecine. Contrairement à lui, il me paraît curieux qu'elle ne soit pas saisie de cette nouvelle possibilité en matière de recherche, comme nous y oblige la loi de bioéthique.

De même, l'article 46 *ter* sur les prélèvements d'organes soulève une opposition farouche des associations qui se dévouent à longueur d'année au service de cette cause. Une telle modification substantielle de la pratique du prélèvement mériterait d'être évoquée elle aussi, le moment venu, dans le cadre d'une révision de la loi de bioéthique.

Au vu de ces quelques considérations et de bien d'autres encore, je me demande à quoi bon poursuivre le débat. Je crains, pour le regretter, que les grands perdants de cet entêtement soient, non pas les professionnels – les meilleurs s'en sortiront! –, mais avant tout les patients, pas les plus avertis, certes, mais tous les autres! (*M. Jean-Claude Requier et Mme Catherine Procaccia applaudissent.*)

M. le président. La parole est à Mme Laurence Cohen.

Mme Laurence Cohen. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, lors de cette nouvelle lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé, il est impossible de faire abstraction du vote de la question préalable par la majorité de la commission des affaires sociales.

Grande est notre déception face à cette procédure, car elle nous prive de la possibilité d'aller jusqu'au bout de notre débat.

Celle-ci fait partie des dispositifs législatifs, il ne s'agit pas pour moi de revenir sur un droit ouvert au législateur. Toutefois, comme je l'ai déjà souligné en commission, je le redis, ici en séance plénière: nous avons là l'illustration que nos institutions sont à bout de souffle et qu'il faudrait passer à une 6^e République restituant un vrai pouvoir parlementaire et, surtout, redonnant voix au peuple.

Je veux le dire avec d'autant plus de force que nous sommes au lendemain des élections régionales et qu'il me paraît essentiel de nous interroger sur les réponses politiques à apporter aux souffrances des populations, à la désespérance qui envahit les quartiers, les entreprises, les universités, les hôpitaux.

Cette question préalable, à l'instar de celle que cette même majorité de droite avait déposée en seconde lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne repose pas sur un désaccord majeur avec la politique gouvernementale. Elle résulte de l'exigence d'aller encore plus loin en termes de restrictions budgétaires et de privatisation de notre système de santé. Et c'est là tout le problème!

En effet, pour répondre aux besoins de santé publique de toutes et tous sur l'ensemble du territoire, il faut de nouveaux financements. Ce que ce gouvernement, comme les précédents, refuse – hélas!

Alors que chacune et chacun se félicite, à juste titre, du travail exemplaire accompli par les personnels de santé à la suite des terribles attentats de novembre, est-ce le moment de poursuivre les groupements hospitaliers de territoire, de fermer des services de chirurgie et des urgences, d'enterrer la fin de la sectorisation en psychiatrie ou encore de conforter la toute-puissance des directeurs des ARS?

Pour reprendre l'esprit des propos de l'urgentiste Patrick Pelloux, le 13 novembre dernier, nous avons eu le bleu des policiers, des gendarmes, des forces de sécurité, le blanc des personnels de santé et le rouge des pompiers.

L'atout majeur de ces différents corps de métiers, la puissance de leur pouvoir d'intervention, c'est le service public. Dès lors, pourquoi continuer à faire voter des projets et des propositions de loi qui rognent sur leurs moyens d'existence au nom d'une prétendue dette qui met les peuples à genoux?

Depuis des années, les politiques de restriction des budgets publics se sont attaquées au démantèlement des services publics, en premier lieu celui de la santé, ce qui a creusé davantage les inégalités d'accès aux soins.

Ainsi, les patients, les personnels, les professionnels de santé subissent au quotidien des amputations d'effectifs, des réductions de moyens et la réorganisation territoriale de la santé, enclenchée notamment en 2010 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », et amplifiée par les groupements hospitaliers de territoire, rendus obligatoires par ce texte.

Les fusions-suppressions d'établissements ainsi provoquées vont distendre encore un peu plus les liens de proximité. Vous justifiez ce choix, d'une part, au nom d'une coopération entre praticiens, qui existe déjà et qu'il faudrait tout simplement consolider, d'autre part, au nom de la chirurgie ambulatoire, dont on a beaucoup parlé en première lecture, et qui demande un réseau de soins, inexistant.

Pour imposer ces choix, vous élargissez le champ des compétences des ARS et renforcez encore davantage les pouvoirs des directeurs généraux, mettant à mal la démocratie sanitaire.

À l'inverse, le projet de santé que nous défendons doit permettre d'exprimer les besoins de santé, mais aussi d'assurer un contrôle démocratique des décisions et de la mise en œuvre des réponses à ces besoins.

Bien entendu, il ne s'agit pas pour moi d'ignorer les mesures positives contenues dans ce projet de loi, mesures que nous avons soutenues. Si elles vont dans le bon sens, elles ne sont toutefois pas de nature à combattre sur le fond les refus de soins qui se développent pour raisons financières.

Il en est ainsi de la plus emblématique d'entre elles, la généralisation du tiers payant en 2017. Si elle constitue un premier pas, notre groupe considère qu'il appelle au plus vite une prise en charge à 100 % des soins par la sécurité sociale.

Nous avons un défi considérable à relever compte tenu de la situation de la santé publique, notamment en termes d'offre de soins au regard des besoins de santé sur l'ensemble du territoire. Or la logique qui nous a été imposée dès le départ a été le redéploiement et l'aménagement de l'offre de soins dans une enveloppe contrainte.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 anticipait déjà les coupes budgétaires réalisées par les fusions et suppressions d'établissements de santé.

Vous escomptez dépenser 400 millions d'euros en moins sur trois ans et prétendez que cela n'aura aucune conséquence sur les conditions de travail des personnels et la qualité du service public.

Nous sommes, pour notre part, convaincus du contraire, car les économies demandées s'ajoutent à celles qui ont été réalisées les années précédentes par les gouvernements successifs. Vous imposez, en réalité, une austérité supplémentaire, qui vient s'ajouter à une austérité déjà durement vécue par les personnels.

Contrairement à l'orientation gouvernementale, qui part de la répartition de l'offre de soins la moins-disante, notre groupe défend une organisation de la santé qui part des besoins de santé de la population.

Nous continuons et continuerons donc de demander l'arrêt immédiat des suppressions d'activité et des fermetures de services de santé, donc l'arrêt des GHT, et nous vous appelons à relancer des services d'urgences dans chaque bassin de vie.

Parler d'amélioration de l'accès aux soins passe par la nécessaire suppression des franchises médicales, des forfaits et des dépassements d'honoraires, ce qui n'est hélas ! pas à l'ordre du jour de ce projet de loi.

Nous serons particulièrement attentifs à la suite qui sera donnée aux déclarations que vous avez faites, madame la ministre, concernant la tarification à l'activité, mais nous espérons que vous vous donnerez les moyens d'aller au bout.

Alors que vous reconnaissez le rôle-pivot des centres de santé dans la modernisation de notre système de santé, c'est la baisse des budgets qui est à l'ordre du jour.

En ce qui concerne la médecine préventive, vous la financez petitement grâce aux économies réalisées sur le dos du service public de la santé.

Et puisque je parle de prévention, je veux redire ma colère de constater qu'au nom des intérêts financiers des puissants alcooliers, un assouplissement de la loi Évin a été voté contre votre avis, madame la ministre. Je veux donc dire ici, une nouvelle fois, pour le dénoncer, combien nous trouvons indécent, au groupe CRC, que des parlementaires de toutes sensibilités politiques aient répondu aux sirènes de groupes de pression au détriment de la santé de nos concitoyennes et de nos concitoyens.

Je conclurai mon propos en soulignant que nous aurions souhaité pouvoir voter une loi-cadre de santé publique et que ce projet de loi de modernisation de notre système de santé est pour nous un rendez-vous manqué, car vous avez refusé de faire voler en éclats le carcan de l'austérité. Vous auriez pu soumettre, comme nous vous y invitons, les profits financiers au taux actuel des cotisations sociales des employeurs et moduler la cotisation des employeurs selon la politique salariale, écologique et financière menée, mais vous ne l'avez pas fait.

Pour toutes ces raisons, nous ne pouvons voter ce projet de loi, mais vous l'aurez compris, madame la ministre, mes chers collègues, notre frustration est grande de ne pouvoir aller jusqu'au bout de ce débat ! (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

Mme Catherine Génisson. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le président-rapporteur, mesdames les rapporteurs, mes chers collègues, nous nous retrouvons aujourd'hui pour examiner, en nouvelle lecture, le projet de loi de modernisation de notre système de santé.

En introduction de mon propos, je veux regretter les conditions dans lesquelles se passe cette nouvelle lecture au Sénat. Je rends, bien sûr, hommage à la qualité des travaux de nos rapporteurs, mais il n'en demeure pas moins que la discussion générale qui nous réunit aujourd'hui est virtuelle puisque, nous le savons tous, la majorité sénatoriale va adopter une question préalable à l'issue de laquelle nos débats seront clos. Je regrette très sincèrement ce débat manqué !

Le débat politique, c'est le fondement de notre démocratie. Et au lendemain d'élections régionales à l'occasion desquelles s'est fait ressentir cette nécessité impérieuse de résister, de débattre, de convaincre, il est dommage que l'on ne puisse pas confronter nos projets dans un respect mutuel ! Au passage, je veux dire que, au vu de la fréquentation de cet hémicycle cet après-midi, je me félicite que le scrutin public existe...

Par ailleurs, le débat manqué qui s'annonce au Sénat sur ce projet de loi de modernisation de notre système de santé ne nous permet pas de répondre aux nombreuses interpellations dont nous sommes saisis, interpellations qui viennent tant de professionnels de santé que de citoyens.

La confrontation républicaine des projets est une très bonne chose. Je reconnais que peu de nos propositions, y compris celles qui avaient été majoritairement soutenues par notre assemblée, ont été reprises à l'Assemblée nationale. Qu'il me soit néanmoins permis, mes chers collègues de la majorité sénatoriale, de regretter vos positions sur un certain nombre d'enjeux-clés de ce projet de loi.

Ainsi, votre opposition idéologique au tiers payant généralisé – qui est pourtant une mesure de justice sociale –, empêche toute discussion constructive et tout accord avec le Gouvernement et l'Assemblée nationale sur ce texte. J'y reviendrai.

Je veux, dans un premier temps, insister sur les raisons du soutien des sénateurs socialistes à ce texte défendu avec conviction et détermination par vous, madame la ministre.

Moderniser notre système de santé pour le rendre plus juste et mieux adapté aux réalités d'aujourd'hui, tel est l'objet de ce projet de loi dans un contexte marqué par un paradoxe très prégnant : malgré son excellence, l'organisation de notre médecine se heurte aux inégalités sociales et territoriales.

La France peut s'enorgueillir de disposer d'un excellent système de santé. L'Organisation mondiale de la santé le considère comme l'un des meilleurs. Ce classement reflète la qualité des soins qu'offre la communauté soignante à nos concitoyens.

Le paradoxe réside donc dans le fait suivant : notre excellence médicale se heurte aux inégalités sociales qui perdurent ; à soixante ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de sept ans à celle d'un cadre. De plus, les inégalités territoriales se creusent – les déserts médicaux sont inégalement répartis sur notre territoire.

Garantir l'égalité de nos concitoyens au regard de la modernisation de notre système de santé et des progrès de la recherche, telle est la colonne vertébrale de ce texte.

Le premier pilier du projet de loi de modernisation de notre système de santé est celui de la prévention, laquelle constitue le socle de ce système : prévention des maladies évitables, des pratiques addictives, notamment l'alcoolisme

et le tabagisme, des problèmes de nutrition se traduisant tant par l'obésité que par la très grande maigreur, ou encore prise en compte de la santé environnementale.

Je me félicite des dispositions relatives à l'interruption volontaire de grossesse contenues dans ce projet de loi, votées en première lecture au Sénat.

Vis-à-vis des personnes handicapées, le projet de loi propose des solutions adaptées, pour elles ainsi que pour leurs familles, afin d'éviter les ruptures de soins.

Autre mesure très attendue et contenue dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé : l'expérimentation de l'organisation de la filière visuelle, ainsi que des propositions concernant les coopérations interprofessionnelles.

La lutte contre le tabac a beaucoup occupé nos débats. À côté de plusieurs dispositions permettant une meilleure prévention, en particulier l'introduction de mesures de lutte contre la fraude, nos débats passionnés ont porté sur la mise en place du paquet neutre.

Le groupe des sénateurs socialistes veut réaffirmer avec force que cette mesure trouve sa légitimité si la recherche d'une harmonisation fiscale du prix du tabac à l'échelon européen est voulue, ce qui permettra de lutter contre les marchés parallèles.

Nous connaissons l'engagement de Mme la ministre sur cette question importante de santé publique. Je veux ici redire avec force que le Gouvernement a également la responsabilité de traiter la question du maintien de la situation des buralistes, lesquels jouent un rôle important dans l'animation des territoires, en particulier dans les zones rurales.

Par ailleurs, toujours sur le volet prévention de ce projet de loi, je veux souligner l'importance, pour le groupe des sénateurs socialistes, de l'introduction du concept de prévention partagée, qui doit permettre aux non-spécialistes de la prévention et aux publics cibles d'être responsabilisés en tant qu'acteurs et force de proposition.

La prévention partagée a été introduite par amendement sénatorial, ce qui constitue une nouvelle illustration de l'utilité de nos travaux.

Je veux enfin souligner l'engagement de nos rapporteurs, qui avaient soutenu l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque, engagement qui semble remis en cause dans la présentation de la question préalable.

Le deuxième pilier du projet de loi veut faire du citoyen un acteur de sa santé avec, comme premier correspondant, son médecin traitant.

Le projet de loi donne ainsi toute sa place aux soins primaires permettant, grâce à la mise en place de communautés professionnelles de territoires de santé, aux acteurs de la médecine d'être les initiateurs de leur organisation.

Ce dispositif lève d'emblée le reproche d'une organisation verticale, menée sur l'initiative des agences régionales de santé.

Sur ce sujet, je ne comprends toujours pas la position – voire le conservatisme – de notre président-rapporteur. En effet, il a dénigré la mise en place de ces communautés professionnelles territoriales de santé, alors que cette dispo-

sition entérine le rôle premier des médecins, des acteurs de santé de terrain, qui sont les promoteurs de leur organisation territoriale, les ARS ayant un rôle de validation.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé met en place le tiers payant généralisé. Le groupe socialiste du Sénat, comme toute la gauche et une grande majorité des Français, y est favorable. En effet, cette disposition technique est également une mesure de justice sociale. Le tiers payant doit garantir que l'argent n'est pas un obstacle à l'entrée dans le cabinet médical, quand bien même les médecins traitants savent déjà prendre en compte les difficultés financières de leurs patients.

Il est très important de rassurer les médecins : l'instauration du tiers payant doit se faire sans leur imposer de nouvelles contraintes de travail administratif. Madame la ministre, vous avez apporté lors des débats parlementaires toutes les garanties possibles sur ce point. Nous demeurerons néanmoins vigilants.

L'instauration du tiers payant généralisé est une mesure de justice sociale soutenue par une très large majorité de Français. Elle ne clôt pas pour autant, tant s'en faut, le débat fondamental et nécessaire quant à une nouvelle architecture de la protection sociale, à savoir la place que doit occuper le régime général au regard des systèmes complémentaires. C'est un débat que nous avons eu, à nouveau, à l'occasion du récent examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 et, en particulier, de son article 21. Ce débat est pourtant loin d'être clos.

Les sénateurs socialistes soutiennent avec conviction la redéfinition, par le présent projet de loi, de la notion de service public hospitalier.

Ce service public donne toute sa force aux devoirs de notre nation envers ses concitoyens. Il permet de maintenir certaines garanties fondamentales : l'accessibilité financière des soins, leur permanence et l'égal accès de tous à ces soins. Rappelons que tous les établissements de santé sont éligibles au service public hospitalier dès lors qu'ils répondent aux garanties exigées.

Nous regrettons que la majorité sénatoriale ait souhaité rétablir la définition du service public issue de la loi HPST, qui substituait aux blocs de compétences des missions de service public. Le service public est un !

En revanche, je me réjouis de l'adoption, dans le cadre de ce projet de loi, du pacte territoire-santé, qui permet de proposer des solutions de rééquilibrage de l'implantation des médecins sur nos territoires. Madame la ministre, vous venez d'ailleurs d'annoncer une amplification des actions qui doivent permettre à chaque Français, partout sur le territoire, de se faire soigner facilement près de chez lui.

Les groupements hospitaliers de territoire doivent par ailleurs optimiser l'offre qualitative en soins pour nos concitoyens.

Le groupe socialiste se félicite également du troisième pilier du projet de loi, qui renforce la démocratie sanitaire.

Il s'agit d'offrir de nouveaux droits à tous les patients – donc à tous les citoyens – par la mise en œuvre des actions de groupe et la modernisation de l'*open data*, c'est-à-dire la possibilité d'accéder à des données anonymisées propices à la recherche et au progrès.

Dans ce troisième pilier figure également le droit à l'oubli, dont l'enjeu crucial est le respect des patients aujourd'hui guéris du cancer et, demain, d'autres maladies.

Le débat manqué que nous allons subir nous empêche de revenir sur l'article 46 *ter*, qui a traité au don d'organes. Même si je concède que sa rédaction est quelque peu sèche, je rappelle que nous avons eu à ce sujet en première lecture un débat de haute qualité, qui prenait en compte non seulement l'exigence éthique, mais aussi l'urgence de trouver des solutions alors que, chaque année, seules 5 000 greffes sont réalisées au regard de l'attente de 20 000 malades.

Pour toutes les raisons que je viens d'évoquer rapidement, le groupe des sénateurs socialistes soutient le projet de loi de modernisation de notre système santé, que Mme la ministre a porté avec la détermination qu'on lui connaît et qui doit répondre aux défis auxquels se trouve confronté notre système de santé.

Je réitère mon regret du choix fait par la majorité sénatoriale de couper court au débat par le biais d'une question préalable. Je regrette d'autant plus ce choix que les travaux menés lors de la première lecture par les rapporteurs, sous la conduite de M. Alain Milon, avaient été de qualité, même si tout consensus avec le Gouvernement et la majorité de l'Assemblée nationale s'est révélé impossible.

Je veux terminer mon propos en rendant hommage aux différents acteurs de notre système de santé, qui font preuve dans leurs missions quotidiennes d'un investissement qui permet le maintien de l'excellence de notre pays dans le domaine de la santé.

Notre pays innove ainsi constamment et ouvre la voie sur le front des technologies nouvelles : il figure ainsi au troisième rang mondial pour les brevets de robotique médicale. Ces atouts forts doivent permettre le développement de notre économie.

Nous sommes fiers de la médecine en France et de celles et ceux qui la servent, quels que soient leurs fonctions, leur mode et leur lieu d'exercice. Ils sont mobilisés au quotidien auprès de nos concitoyens pour la prise en charge de leur santé. Cet engagement quotidien se double d'une mobilisation très forte lors de moments exceptionnels ou tragiques, tels que les attentats du 13 novembre dernier. Saluons les personnels hospitaliers de Paris et de la région parisienne, dont la compétence et l'humanité ont été remarquables auprès des blessés !

En conclusion, je veux réaffirmer que le groupe socialiste soutient votre projet de loi, madame la ministre, et souhaite le débat ; il a donc voté contre le rapport de nos rapporteurs et il votera contre la motion tendant à opposer la question préalable. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Yves Daudigny. Très précis et très convaincant !

M. le président. La parole est à Mme Corinne Imbert.

Mme Corinne Imbert. Madame la présidente, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, lors de la première lecture de ce projet de loi de modernisation de notre système de santé, le groupe Les Républicains a soutenu sans faille les propositions des rapporteurs, dont je tiens à saluer l'excellent travail. Le Sénat avait alors fait le choix de réécrire une bonne partie de ce texte quelque peu fourre-tout en se concentrant sur l'essentiel : l'organisation du système de santé sur notre territoire.

Lors de cette nouvelle lecture, nous ne pouvons que constater l'enfermement du Gouvernement et de sa majorité parlementaire dans une voie qui, à nos yeux, n'est pas la bonne.

Mme Nicole Bricq. Quelle est la bonne, alors ?

Mme Corinne Imbert. Avec un peu d'humour, je dirai que la seule mesure sénatoriale phare à avoir échappé au couperet de la majorité de l'Assemblée nationale est celle qui a traité la promotion des régions viticoles, qui a été portée ici par notre collègue Gérard César et qui permettra de valoriser notre patrimoine et notre savoir-faire.

Plus sérieusement, puisque la santé est trop précieuse, à l'exception de quelques dispositifs que vous avez rappelés, madame la ministre, qui ont été sauvegardés par l'Assemblée nationale, nous retrouvons un projet de loi presque identique à celui que nous avons examiné en première lecture.

Ce texte, dont le Gouvernement prétend qu'il est une réforme de modernisation de notre système de soins, est en réalité une occasion manquée, et ce pour plusieurs raisons.

Moderniser, ce n'est pas traiter au détour d'un tel texte de sujets importants qui relèvent des lois de bioéthique ; je pense en particulier à la suppression du délai de réflexion pour une IVG et à la réforme du don d'organes.

Moderniser, ce n'est pas opposer les professionnels de santé ; c'est au contraire leur donner les moyens de renforcer leur collaboration.

Moderniser, ce n'est pas créer de nouveaux dispositifs alors qu'il en existe qui ont à peine eu le temps de se mettre en place. Je fais référence ici aux pôles de santé : cet outil a bien fonctionné jusqu'à présent et a permis de fédérer les professionnels de santé afin de rendre plus efficiente la prise en charge de leurs patients. Nous avons soutenu leur renforcement plutôt que la création des communautés professionnelles territoriales de santé.

Moderniser, ce n'est pas créer des inégalités de traitement entre les établissements de santé. En effet, les établissements privés souhaitant opter pour le service public hospitalier seront désormais soumis aux obligations de service public, ce qui signifie qu'ils ne pourront pas facturer de dépassements d'honoraires, et ce pour l'ensemble des actes pratiqués. Dans le même temps, les dépassements d'honoraires pourraient être autorisés pour les praticiens de l'hôpital public ayant une activité libérale en parallèle. Cela nous paraît être une erreur injustifiée.

Moderniser, enfin, ce n'est pas énoncer dans la loi des dispositions qui existent déjà. Je pense à l'article 12 *ter*, relatif au pacte territoire-santé. Vous aviez annoncé ce pacte, madame la ministre, en 2012 ; depuis deux ans, il est mis en œuvre par voie réglementaire sans qu'aucun texte législatif ait été jusqu'à présent nécessaire.

En outre, avant même que le présent projet de loi ne soit adopté, vous avez fait l'annonce du pacte territoire-santé II, qui doit comprendre des mesures supplémentaires de lutte contre la désertification médicale. Je regrette que notre proposition d'organiser une concertation entre les syndicats de médecins et la CNAMTS sur l'installation des professionnels de santé en zones sous-denses n'ait pas été retenue.

Je souhaite maintenant aborder deux mesures qui, quoique totalement indépendantes l'une de l'autre, ont toutes deux cristallisé les oppositions contre ce texte.

La première est, bien sûr, la mise en place du paquet neutre. Sa présence, en nouvelle lecture, n'a tenu qu'à un fil, ou plutôt à deux, puisqu'il n'a été maintenu à l'Assemblée nationale qu'à deux voix près.

Cette « surtransposition » d'une directive européenne conduira inévitablement au développement d'un marché parallèle et clandestin et, par voie de conséquence, à la destruction brutale du réseau des buralistes en France, la concurrence des débitants frontaliers étant trop forte.

Bien évidemment, tout le monde est conscient de la dangerosité du tabac; nul ne peut ignorer ses effets directs et néfastes sur la santé. Cependant, est-il réellement pertinent d'instaurer le paquet neutre alors même que la directive européenne encadre déjà les fabricants et leur impose de nouvelles normes concernant les emballages de cigarettes? Cette première française aura des conséquences que le Gouvernement n'anticipe malheureusement pas.

L'exemple de l'Australie a souvent été évoqué pour justifier la mise en place du paquet neutre. Il est vrai que c'est le seul pays à l'avoir instauré, mais c'est surtout le seul pays à avoir fixé le prix du paquet de cigarettes à 14 euros!

Le vrai courage politique aurait été d'aborder la problématique de l'uniformisation européenne des tarifs du tabac. C'est également en menant une politique de prévention globale que nous pourrions obtenir des résultats tangibles, et non en sanctionnant à outrance à l'échelle nationale, ce qui n'endigera en rien la consommation de tabac.

Je me permets un aparté concernant la politique de prévention: si les intentions du Gouvernement sont louables, il n'en demeure pas moins que je ne peux partager ses orientations budgétaires. Dans mon rapport pour avis sur la mission « Santé » du projet de loi de finances pour 2016, j'ai eu l'occasion de souligner dans cet hémicycle la baisse importante des crédits dévolus à la prévention. Nous sommes donc en pleine contradiction entre les paroles et les actes.

La seconde mesure qui a cristallisé la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé est le tiers payant généralisé et obligatoire.

Le Gouvernement ne tient pas compte du fait que de nombreux médecins pratiquent quotidiennement et spontanément le tiers payant pour leurs patients, en fonction de la situation personnelle de ces derniers. En imposant sa généralisation, vous privez le médecin de sa liberté et vous prenez le risque de dévaloriser les actes médicaux. Il est faux de dire que les médecins s'opposent à ce système: ils s'opposent seulement à sa généralisation obligatoire, mais ils y ont recours pour les populations fragiles. Le tiers payant, tel qu'il existe aujourd'hui, permet donc de répondre à la question du non-accès aux soins pour motif financier.

En revanche, le dispositif qui est proposé entraînera *de facto* une surconsommation de l'acte médical. J'emploie volontairement un langage marchand, car cela induira de fait un phénomène de consommation, non pas d'un produit, mais d'un service qui semblera gratuit alors qu'il a un coût pour notre société.

Par ailleurs, la généralisation du tiers payant sera chronophage pour les médecins. Elle générera pour eux une surcharge de travail administratif, alors qu'il faut, au contraire, leur redonner du temps médical.

Le Gouvernement n'a pas précisé ses intentions quant aux sanctions qui seront prises à l'encontre des médecins qui refuseront de se soumettre à ce système, certains syndicats ayant d'ores et déjà appelé à la désobéissance civile.

Qu'en est-il, madame la ministre, de la demande de moratoire avant la conférence de santé programmée en février prochain? Il semble légitime de pouvoir discuter et échanger avec les professionnels concernés avant d'imposer un quelconque dispositif.

Le groupe Les Républicains a d'ailleurs fait le choix de construire un système de santé avec les professionnels de santé et non pas contre eux, comme cela est le cas avec la généralisation obligatoire du tiers payant. Comme je l'ai rappelé au début de mon intervention, le texte dont nous débattons aujourd'hui n'a malheureusement pas intégré les principales améliorations apportées par la majorité sénatoriale, dont l'objectif était de répondre aux inquiétudes de l'ensemble des professionnels de santé, et ce dans l'intérêt des patients.

Un débat nourri et de qualité a eu lieu lors de la première lecture de ce projet de loi. N'ayant pas été entendus, nous ne nous faisons aucune illusion quant au devenir d'un nouveau texte sénatorial; c'est pourquoi notre groupe soutiendra la question préalable présentée par les rapporteurs au nom de la commission des affaires sociales. (*Applaudissements au banc de la commission.*)

M. le président. La parole est à M. Gérard Roche.

M. Gérard Roche. Monsieur le président, madame la ministre, mesdames, monsieur les rapporteurs, mes chers collègues, nous voici réunis pour une nouvelle lecture du projet de loi de modernisation de notre système de santé, après l'échec de la commission mixte paritaire. Je regrette sincèrement cet échec, et en particulier sa brutalité.

Il me semble essentiel de rappeler qu'une commission mixte paritaire ne peut réussir que si trois éléments sont réunis. Il faut tout d'abord, bien entendu, y amener un texte équilibré, qui améliore le texte initial sans le dénaturer; c'est la responsabilité du Sénat. Il faut aussi, en revanche, que l'Assemblée nationale fasse montre d'une écoute respectueuse et constructive. Enfin, et peut-être surtout, il faut que le Gouvernement ait la volonté de parvenir à un consensus.

Je ne veux pas lancer une chasse aux sorcières, chercher qui a tort et qui a raison. Certains disent le Sénat rétrograde; il trouve plutôt sa vertu dans la prudence et la sagesse. Ainsi, quelle avancée de sa part que d'accepter les salles de shoot, quand bien même nous avons décidé de les faire encadrer par du personnel compétent, dans un cadre hospitalier!

Une commission mixte paritaire peut avoir un résultat positif: nous l'avons bien vu tout à l'heure lors de l'adoption, à l'unanimité, du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement dans le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire.

Cette issue positive nous a ravis, mon collègue corapporteur Georges Labazée et moi-même, comme l'ensemble de notre assemblée et vous-même, madame la ministre, je crois pouvoir le dire.

Pour en revenir au sujet de notre discussion, la commission des affaires sociales du Sénat, réunie le 9 décembre dernier, a majoritairement pris la décision de poser une question

préalable. Nous avons adopté la même décision pour ce qui concerne le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Nous avons conçu en effet les mêmes regrets et la même amertume de ne pas pouvoir discuter de nouveau des sujets forts dont nous avons débattu lors de la première lecture du projet de loi santé, parmi lesquels, en particulier, la généralisation du tiers payant.

Nous connaissons les raisons qui nous poussaient à ne pas être favorables à cette généralisation, laquelle banalise la consultation médicale. Le tiers payant est indispensable aux patients les plus fragiles, mais sa généralisation risque d'avoir un effet pervers dans le contexte actuel, en décourageant plus encore les jeunes médecins de s'installer dans des zones où ils sont très attendus, aggravant ainsi le problème de la désertification médicale.

Sur le terrain, les discussions menées, en particulier avec des représentants du syndicat MG France, montrent que les médecins ont conscience qu'ils doivent s'organiser, comme cela a été le cas pour les infirmiers libéraux, afin d'être présents sur l'ensemble du territoire. Ils savent qu'ils doivent changer leurs habitudes et prendre leurs responsabilités, afin d'assurer la part du service public de santé qui leur est confiée. La publication de cette loi risque de compromettre ces pistes de discussion nouvelles et très intéressantes.

Nous aurions aimé discuter de nouveau de la présence des élus dans l'organisation des groupements hospitaliers territoriaux, les GHT, comme du recentrage de l'organisation des soins primaires autour des médecins généralistes, en nous appuyant sur les pôles de santé institués par la loi de 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ».

Je voudrais également mentionner la reconnaissance due aux établissements hospitaliers privés, qui exercent actuellement les missions du service public, tout en maintenant les garanties qui s'y attachent pour les patients, au premier rang desquels les tarifs opposables.

Le principal sujet qui aurait mérité que nous poursuivions nos échanges est peut-être le paquet neutre. Le tabac est un fléau sanitaire contre lequel nous ne pouvons absolument pas relâcher nos efforts. Pourquoi, cependant, madame la ministre, vouloir à tout prix aller au-delà de la directive européenne qui harmonise à l'ensemble des États membres la présentation des paquets, tout en assurant la mission de prévention à laquelle, à juste titre, vous tenez tant ? L'application de cette directive européenne, prônée par le Sénat, n'a été écartée qu'avec une majorité de deux voix à l'Assemblée nationale : n'aurait-on pu parvenir à un consensus sur le sujet ?

Il est inutile d'aller plus loin dans cette énumération, tant ces quelques exemples suffisent à exprimer notre déception.

Madame la ministre, en tant que médecin, je sais que, quand une personne est victime d'un grave problème de santé, tout le reste n'est que détail à ses yeux. C'est dire à quel point une grande loi sur la santé était si attendue et si importante. Nous reconnaissons, à ce titre, le travail mené par vous-même et par vos services. Ce sujet n'est ni de droite ni de gauche : il nous concerne tous et aurait mérité un dialogue constructif pour parvenir à un compromis que, tous, nous souhaitions.

C'est pourquoi l'échec de la commission mixte paritaire est une déception, dans un tel contexte. Certains d'entre nous y ont même perçu une forme de mépris, au vu de l'importance du blocage qui nous a été opposé.

Pour exprimer cette amertume, je ne peux que reprendre l'expression que j'ai prononcée en commission des affaires sociales la semaine dernière : si certains ont pensé avoir raison de faire la sourde oreille, notre profonde déception nous obligera à rester muets !

Vous l'aurez compris, madame la ministre, mes chers collègues, le groupe UDI-UC – à regret, j'y insiste – votera en faveur de la question préalable. (*Applaudissements sur les travées de l'UDI-UC et du groupe Les Républicains.*)

M. le président. La discussion générale est close.

Nous passons à la discussion de la motion tendant à opposer la question préalable.

Question préalable

M. le président. Je suis saisi, par Mmes Deroche et Doineau et M. Milon, au nom de la commission des affaires sociales, d'une motion n° 1.

Cette motion est ainsi rédigée :

En application de l'article 44, alinéa 3, du règlement du Sénat,

Considérant que la généralisation du tiers payant n'est pas nécessaire socialement dès lors qu'il est déjà pratiqué pour les populations les plus précaires et considérant qu'il remet en cause l'exercice libéral de la médecine ;

Considérant que la volonté d'imposer le paquet neutre, sans avoir préalablement expérimenté des avertissements sanitaires harmonisés au niveau européen, va au-delà des exigences européennes et expose la France à des risques de contentieux sur la propriété intellectuelle sans bénéfice évident pour la santé publique ;

Considérant que les conditions d'expérimentation des salles de consommation à moindre risque doivent faire une place prédominante au soin ;

Considérant que l'organisation des soins primaires doit s'appuyer sur l'existant, en particulier les pôles de santé, et ne pas placer les initiatives des professionnels sous la tutelle des agences régionales de santé ;

Considérant que l'obligation de négocier sur les installations en zones sous-denses et sur-denses lors du renouvellement de la convention médicale est un moyen nécessaire pour répondre à l'existence des déserts médicaux ;

Considérant que la permanence des soins doit être organisée sur l'ensemble du territoire de manière simple et accessible ;

Considérant que les missions de service public dans les établissements de santé sont un moyen de reconnaître l'implication des cliniques au service de tous les malades ;

Considérant que la suppression de la participation des élus au comité stratégique des groupements hospitaliers de territoire (GHT) rompt le lien nécessaire avec les territoires ;

Considérant que le consentement présumé au don d'organes n'est pas une solution pour remédier au manque de greffons dans notre pays ;

Considérant que le champ des habilitations données au Gouvernement pour légiférer par ordonnance est de nature à dessaisir le Parlement de questions essentielles pour la bonne organisation des soins ;

Considérant que le texte comporte un grand nombre de dispositions de faible valeur normative ou sans valeur ajoutée par rapport au droit actuel et qu'il est donc de nature à dégrader la qualité de la loi ;

Considérant enfin qu'après avoir engagé la procédure accélérée, le Gouvernement, en demandant à l'Assemblée nationale de statuer définitivement sur ce texte avant la fin de la présente semaine, prive celle-ci de toute possibilité pratique de prendre en compte les propositions que le Sénat pourrait formuler en nouvelle lecture ;

Le Sénat s'oppose à l'ensemble du texte du projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture (n° 209, 2015-2016).

Je rappelle que, en application de l'article 44, alinéa 8, du règlement du Sénat, ont seuls droit à la parole sur cette motion l'auteur de l'initiative ou son représentant, pour dix minutes, un orateur d'opinion contraire, pour dix minutes également, le président ou le rapporteur de la commission saisie au fond et le Gouvernement.

En outre, la parole peut être accordée pour explication de vote, pour une durée n'excédant pas deux minutes et demie, à un représentant de chaque groupe.

La parole est à M. Alain Milon, corapporteur, pour la motion.

M. Alain Milon, corapporteur. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues rapporteurs, mes chers collègues, au cours de la discussion générale, la commission a déjà eu l'occasion de relever les nombreux sujets de désaccord ou d'opposition entre nos deux assemblées.

Je les récapitule brièvement : le paquet neutre et l'interdiction des arômes, qui vont au-delà de la directive européenne ; les conditions d'expérimentation des salles de consommation à moindre risque ; l'organisation des soins primaires ; l'obligation de négocier sur les installations en zones sous-denses et sur-denses lors du renouvellement de la convention médicale – un texte qui semblait pourtant accepté par les médecins et leurs syndicats ; l'organisation de la permanence des soins ; la généralisation du tiers payant. Sur ce dernier point, Mme Génisson parlait de position idéologique. Ce qualificatif s'applique-t-il à ceux qui y sont favorables ou à ceux qui y sont défavorables ? Jusqu'à présent, le tiers payant n'était pas généralisé, et tout le monde a dit, même à cette tribune, que nous avons la meilleure médecine du monde !

Citons également les missions de service public dans les établissements de santé ; la suppression de la participation des élus au comité stratégique des groupements hospitaliers de territoire, un manque de respect dû aux élus qui rappelle la volonté exprimée par certains de supprimer le Sénat ; la suppression de la mention « niveau master » pour l'exercice en pratique avancée des professions paramédicales, à l'inverse des préconisations d'un rapport sénatorial particulièrement remarqué à l'époque ; le consentement présumé au don

d'organes, en dépit, Gilbert Barbier l'a dit, de la loi de bioéthique ; les cinq articles d'habilitation à légiférer par voie d'ordonnances, dont le Sénat avait restreint le champ.

En première lecture, nous avons pris le temps de discuter longuement du projet de loi. Je vous rappelle nos vingt réunions de commission et les deux semaines de débats en séance publique.

Au cours de cette nouvelle lecture, quand bien même nous chercherions à formuler de nouvelles propositions, comme on nous l'a demandé, l'Assemblée nationale ne sera pas en mesure d'en tenir compte. Car, même si nous discutons du texte, le Gouvernement a prévu moins de quarante-huit heures entre l'adoption éventuelle du projet de loi par le Sénat et son adoption définitive par l'Assemblée nationale.

Dans ces conditions, il serait matériellement impossible aux députés de prendre connaissance de nos débats et éventuellement – mais le souhaiteraient-ils seulement ? – de prendre en compte nos travaux. L'Assemblée nationale rétablira donc purement et simplement son texte, comme le prévoit d'ailleurs la Constitution.

Nous avons mené aussi loin que possible le travail d'élaboration en commun de ce texte en adoptant conformes de nombreuses dispositions. Notre opposition s'est voulue responsable et constructive.

Cependant, face à l'absence de volonté de compromis manifestée par l'Assemblée nationale et le Gouvernement sur les questions importantes qui restent en navette, une réponse nette s'impose : le rejet de ce texte. L'article 44 de notre règlement dispose que l'objet de la question préalable est « de faire décider soit que le Sénat s'oppose à l'ensemble du texte, soit qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération ».

La commission des affaires sociales s'est déjà opposée à l'ensemble du texte adopté en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale et elle invite le Sénat, à son tour, à marquer son opposition en adoptant la question préalable qu'elle vous soumet.

Pour répondre à une remarque qui nous a été faite, j'ajoute que le scrutin public est utilisé ce soir, comme il a déjà été utilisé régulièrement, c'est-à-dire dans le respect du règlement,...

Mme Catherine Génisson. Ce soir, ce mode de scrutin est obligatoire ! (*Sourires sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. Alain Milon, corapporteur. ... par toutes les majorités sénatoriales, pour les mêmes raisons d'ailleurs que celles que l'opposition avance ce soir.

En outre, ce scrutin va permettre aux citoyens, en particulier aux médecins, de savoir qui aura voté ce texte. Cela me paraît très important. (*Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains et de l'UDI-UC. – M. Gilbert Barbier applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Yves Daudigny, contre la motion.

M. Yves Daudigny. Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le président de la commission des affaires sociales, mes chers collègues, il est toujours regrettable de se placer dans une situation de renoncement, particulièrement de la part de notre Haute Assemblée, dont la réalité et la visibilité des travaux ne sont pas toujours bien perçues. C'est la première raison de désapprouver cette motion de procédure, qui marque le refus de poursuivre le débat.

S'il votait la question préalable, le Sénat affirmerait sa préférence pour la communication plutôt que pour le travail de fond, car ce vote laisserait l'image, contraire à la réalité, d'une désapprobation de l'ensemble du texte et effacerait ainsi la contribution importante de nos travaux à ce projet de loi.

À l'issue de la première lecture, la majorité sénatoriale a en effet adopté ou supprimé conformes près de 78 articles. Elle a également enrichi d'autres dispositions, dont elle a approuvé le principe, s'agissant, par exemple, de la santé environnementale, du renforcement de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, de l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque. Je salue la position de nos rapporteurs à cet égard. Il en va de même de plusieurs mesures de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisation excessive des jeunes.

L'apport de ces travaux est loin d'avoir été inutile, puisque, en nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a adopté conformes 51 articles dans la rédaction du Sénat, dont le renforcement de la transparence des liens d'intérêts des professionnels de santé lors de leurs activités d'enseignement, l'accès des médecins en établissement au dossier pharmaceutique du patient, le droit à l'oubli au bout de cinq ans pour ceux qui ont été malades avant dix-huit ans et au bout de dix ans pour les autres.

Nos débats ont donc été productifs et positifs sur un grand nombre de points, contredisant absolument le rejet préalable et sans débat qui nous est aujourd'hui proposé.

Est-ce ce message, qui ne correspond pas à la réalité, que vous souhaitez faire entendre à nos concitoyens? Lors de la nouvelle lecture à l'Assemblée nationale, nous avons entendu un député qualifier notre système de santé de « catastrophique », alors même que venait d'être rendu hommage au dévouement de tous les professionnels de santé et à l'efficacité de notre organisation dans les événements abominables que nous avons connus.

La nature de nos débats est bien sûr différente; c'est notamment pourquoi le Sénat et le bicamérisme sont indispensables à l'équilibre de l'expression démocratique. Si là-bas, plus qu'ici, la communication l'emporte sur le fond, il est important, je vous le dis avec beaucoup de sincérité et une extrême conviction, de ne pas balayer d'une question préalable l'exactitude de nos travaux au profit d'un cliché.

La confiance est, plus que jamais, nécessaire, notre système de protection sociale la mérite, nous l'avons tous réaffirmé à cette tribune, et le dernier rapport de l'OCDE en atteste également.

Il ne s'agit pas pour autant de méconnaître la complexité de notre système de protection sociale, ses imperfections, les difficultés des réformes face à des corporatismes persistants. Nos points de divergence, qui n'ont pas permis l'accord en commission mixte paritaire, révèlent également la réalité de nos différences de conception, s'agissant, particulièrement, du service public hospitalier, que ce projet rétablit.

Là encore, pourtant, la raison essentielle de rejet, la contestation de la généralisation du tiers payant en ville, inscrite au début des motifs de cette question préalable et dont il a été fait la cause essentielle de mobilisation contre l'ensemble de ce projet de modernisation de notre système de santé, n'est pas conforme aux faits.

La réalité est que la généralisation du tiers payant est l'aboutissement d'un mouvement irréversible engagé depuis plus de vingt ans par la loi, mais aussi par la convention médicale. La réalité est que les pharmaciens, les infirmiers, les

kinésithérapeutes, les sages-femmes fonctionnent en tiers payant, comme 77 % des gastro-entérologues, 92 % des radiologues et 98 % des laboratoires de biologie. Comment expliquer que les généralistes, qui sont en première ligne pour l'accès aux soins, le refusent?

Fort heureusement, aussi, la réalité est qu'un grand nombre de ces médecins généralistes appliquent déjà le tiers payant, comme en témoigne le collectif des médecins généralistes pour l'accès aux soins, le COMEGAS, constitué par certains d'entre eux en 2007, ce qui met à mal l'argument d'une déresponsabilisation des patients.

La réalité est que cette généralisation s'impose comme une double évidence, parce qu'elle correspond aux systèmes que connaissent les pays développés, qui fonctionnent tous, à quelques exceptions près, en tiers payant, à l'inverse du système d'avance de frais ou de tiers garant quasiment exclusif à la France, et parce qu'elle permet de lever la contrainte financière qui retarde les soins ou empêche encore nombre de nos concitoyens de se soigner.

La réalité, enfin, est que le tiers payant n'est pas inflationniste par lui-même, mais facteur de diminution des inégalités d'accès aux soins et qu'il constitue un mode de paiement socialement équitable. Je vous renvoie sur ce point au rapport de l'IRDES, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, que vous connaissez.

Les difficultés de mise en œuvre sont aussi réelles, Catherine Génisson l'a rappelé tout à l'heure et nul ne conteste. Les ruptures de droits peuvent entraîner des refus de remboursement du médecin : la protection universelle maladie créée par la loi de financement de la sécurité sociale doit justement permettre de supprimer ces périodes de rupture liées à des changements de situation. Le texte issu de la navette comporte en outre des garanties de délai et de paiement.

En tout état de cause, il nous appartient de poursuivre notre réflexion et nos efforts pour les résoudre au mieux dans l'intérêt des patients et des praticiens, car tous, je viens de le montrer, y trouvent leur compte.

La réalité est que le tract distribué par certains syndicats de médecins sur les conséquences qu'aurait la généralisation du tiers payant est excessif, inexact et presque caricatural. Telle est l'attitude que je ne souhaite pas voir le Sénat adopter, alors que, aujourd'hui, sept Français sur dix approuvent la généralisation du tiers payant, soit dix points de plus en six mois.

Telles sont les raisons pour lesquelles, mes chers collègues, le groupe socialiste votera contre la question préalable.

Après le deuxième tour des élections régionales hier, dont les résultats ne doivent pas masquer la réalité du séisme du premier tour, que ce soit pour une sensibilité politique ou pour une autre, permettez-moi d'ajouter en guise de conclusion que ne pas poursuivre ce débat aujourd'hui, sur un sujet aussi important que la santé pour notre pays et pour nos concitoyens, me donne un sentiment de malaise.

Nos échanges en commission et les différentes interventions à cette tribune ont montré que, sur nombre de sujets, qui sont pour certains très importants, pour d'autres des points de détail, il y avait matière à échanger, à discuter, à nous opposer, certes, mais en faisant progresser le débat. Car ce dernier est bien le seul moteur de la démocratie. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il ne surprendra personne que, au nom du Gouvernement, j'exprime mon regret devant la présentation de cette motion tendant à opposer la question préalable.

J'ai été très attentive aux explications apportées par les uns et les autres, notamment par le président Alain Milon. Sur le fond, il m'apparaît aujourd'hui, comme lors de la première lecture de ce texte, que de nombreux points de convergence ont été trouvés et que d'autres pourraient l'être à l'occasion d'un débat plus fourni.

Par-delà les discours que certains tiennent de manière très ferme, et d'autres un peu moins, je voudrais souligner que les points de désaccord sont au fond très peu nombreux.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Mais ils sont majeurs !

Mme Marisol Touraine, ministre. Tout le monde le reconnaît en effet, l'organisation de notre système de santé doit évoluer ; l'hospitalo-centrisme, qui a fait la force du système français, est aujourd'hui ce qui fait sa fragilité ; le virage ambulatoire dont nous parlons avec d'autres termes depuis des années et des années doit enfin entrer dans les faits ; enfin, la lutte contre les inégalités de santé, que celles-ci soient liées à l'insuffisance de la prévention ou à l'inégalité de la présence médicale dans nos territoires, doit être menée de manière volontariste et déterminée, pas simplement au travers de déclarations de principes, mais par la mise en œuvre de mesures concrètes.

Les débats que nous avons menés, en particulier au Sénat au mois de septembre dernier, ont montré que la volonté de construire était très partagée. Les points de désaccords, je le répète, sont peu nombreux, et ils l'auraient peut-être été encore moins dans les jours qui viennent, maintenant que certaines échéances sont passées et que les postures des uns, comme celles des autres, d'ailleurs, n'ont plus de raison d'être.

J'exprime donc le regret que nous ne puissions poursuivre cette discussion, tout en reconnaissant le caractère constructif et serein des débats qui sont intervenus au cours de la première lecture de ce texte au Sénat. Je suis convaincue que, au Sénat comme ailleurs, la volonté de construire l'emportera dès lors que la loi sera votée.

Nous devons saisir l'occasion d'adapter notre système de santé aux attentes des Français, aux exigences des professionnels et à la réalité des défis auxquels nous sommes confrontés. Ceux-ci sont à la fois démocratiques, avec la démocratie sanitaire, et technologiques, car les nouvelles technologies vont bouleverser, bien plus que certains ne l'imaginent, l'exercice quotidien de la médecine et des autres professions médicales.

Je souhaite donc que nous ayons la possibilité de poursuivre ensemble le travail engagé, tout en exprimant mon regret que ce moment ne puisse venir dès aujourd'hui. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et républicain.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. « Nous arrivons au terme d'un long processus, trop long pour certains, qui nous laisse dans la bouche un goût un peu amer » : ce ne sont pas mes propos, mais les vôtres, madame la ministre, que vous aviez tenus quand, en 2008, vous défendiez une motion sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ». (*Sourires sur les travées du groupe Les Républicains et de l'UDI-UC.*)

Nous pouvons aujourd'hui les reprendre mot pour mot, tant nous sommes déçus que le travail abattu sur ces travées ait trouvé si peu d'échos et que de nombreux dispositifs votés dans cet hémicycle aient été détricotés, avec votre assentiment, par l'Assemblée nationale.

Il y a là une différence majeure avec le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement que nous venons d'examiner avec Mme Rossignol. Nous avons pu voter le texte de la commission mixte paritaire comme un seul homme, à l'unanimité, parce qu'un travail a été mené en bonne intelligence et que chacun a pu ainsi s'y retrouver.

Parmi les sujets dont nous déplorons qu'ils aient disparu de la copie sénatoriale à l'occasion de l'examen de ce texte en deuxième lecture par l'Assemblée nationale, il y a d'abord le dispositif qui avait été imaginé pour rendre obligatoire la participation des professionnels aux négociations qui vont s'ouvrir cette année sur le conventionnement pour les installations en zones sous-denses et sur-denses. Au-delà des mesures prévues par votre plan qui ont été inscrites dans le projet de loi, le texte ne prévoit ainsi rien de nouveau, aucun dispositif supplémentaire, et c'est bien dommage, car nous apportons sur ce sujet une réponse complémentaire.

Il y a ensuite le tiers payant généralisé, qui contribuera à mon avis, comme à l'époque les trente-cinq heures, à changer les mentalités, mais hélas pas dans le bon sens, alors qu'un certain nombre de populations précaires sont d'ores et déjà éligibles au tiers payant.

J'ai enfin une pensée pour les préposés de l'administration que sont les buralistes, avec lesquels le Gouvernement n'a malheureusement pas pu engager le dialogue, alors qu'ils représentent l'administration sur nos territoires, à l'occasion de la mise en place de ce paquet neutre. Nous avons combattu ce dernier, et une majorité très large – de 218 voix contre 16 – me semble-t-il, s'était exprimée dans cet hémicycle.

Pour toutes ces raisons, le groupe Les Républicains adoptera cette motion préalable, rejetant effectivement un texte désormais déséquilibré. Nous appelons également nos collègues députés soit à rejeter le texte, soit à adopter un certain nombre d'amendements de suppression des dispositifs qui nous paraissent les plus nuisibles, parmi lesquels le tiers payant généralisé et le paquet neutre.

Mme Catherine Deroche, corapporteur. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour explication de vote.

M. Gilbert Barbier. Madame la ministre, je ne comprends pas bien votre position, car je pensais que vous seriez tout à fait favorable à cette question préalable de rejet. (*Sourires sur les travées du RDSE, de l'UDI-UC et du groupe Les Républicains.*) En effet, si vous aviez eu recours à une procédure normale, comme cela a été fait pour le texte examiné tout à l'heure, les deux navettes, une éventuelle commission mixte paritaire et une dernière lecture nous auraient effectivement permis d'affiner un certain nombre d'articles.

Au fond, le Sénat vous rend service. Admettons que nous adoptions aujourd'hui 400, 500 ou 600 amendements, comme ce fut le cas lors de la première lecture de ce texte, et qu'ils ne soient pas repris par l'Assemblée nationale, comme ce fut aussi le cas. Comment dans une telle situation aurait-on pu organiser le débat, étant donné que vous avez programmé pour le 17 décembre prochain la dernière lecture de ce texte par l'Assemblée nationale ?

La question préalable que nous posons aujourd'hui va dans le même sens que la procédure accélérée que vous avez engagée. Puisque vous en avez décidé ainsi, l'Assemblée nationale aura le dernier mot, mais, comme je l'ai dit lors de mon intervention dans la discussion générale, ce sont surtout les patients qui en souffriront.

M. le président. La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

M. Dominique Watrin. Madame la présidente, madame la ministre, mes chers collègues, sans reprendre les différents points évoqués par ma collègue Laurence Cohen dans son intervention générale, je voudrais préciser que si nous ne nous faisons aucune illusion sur l'adoption de nos amendements, nous aurions voulu *a minima* porter dans cet hémicycle la voix de celles et de ceux qui nous ont interpellés et rappeler nos propositions de substitution pour la modernisation de notre système de santé.

Parmi nos regrets figurent les amendements tendant à rendre obligatoire l'estimation du coût du désamiantage en France. Le Sénat avait d'ailleurs adopté lors de la première lecture de ce texte un amendement ayant pour objet la mise en place d'une plate-forme internet pour informer le public des risques. Nous regrettons fortement que cette mesure ait été supprimée par l'Assemblée nationale.

Nous souhaitons également revenir sur l'article 42 *bis*, particulièrement dangereux pour l'éthique que nous défendons et pour l'équilibre financier de l'Établissement français du sang. Madame la ministre, vous avez réintroduit la possibilité de modifier les attributions de l'Établissement français du sang par ordonnance, sans que le législateur soit consulté, notamment sur les schémas d'organisation de la transfusion sanguine. Nous sommes en total désaccord avec vous sur ce procédé.

Par ailleurs, nous souhaitons que les conflits d'intérêts soient combattus avec plus de détermination et que les groupes de pression en tous genres ne soient pas suivis. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, celui des risques encourus du fait des perturbateurs endocriniens, nous sommes opposés à l'instauration d'un seuil de tolérance pour les jouets contenant du bisphénol A. Nous avons ainsi prévu un amendement visant à l'interdiction pure et simple du bisphénol A dans les jouets.

Enfin, il faut que l'État puisse jouer un rôle déterminant en matière de politique du médicament. C'est pourquoi nous aurions souhaité que cette loi permette la création d'un pôle public du médicament, afin d'assurer aux patients un accès au traitement, une maîtrise publique qui prenne le pas sur la logique de rentabilité financière développée par les laboratoires pharmaceutiques.

Vous le voyez, les mesures que le groupe CRC préconise, rappelées tout au long des débats, sont à l'opposé du fondement de cette question préalable, sur la question des objectifs comme sur celle des moyens. C'est pourquoi le groupe CRC votera contre sans hésitation, tout en réaffirmant aussi à l'égard du Gouvernement son opposition aux restrictions et contraintes budgétaires qui sont imposées dans ce projet de loi à notre système de santé.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Requier, pour explication de vote.

M. Jean-Claude Requier. Comme mon collègue Gilbert Barbier, je regrette que la procédure accélérée ait été engagée et que nous n'ayons pu débattre plus longuement.

En revanche, contrairement à Gilbert Barbier, je ne voterai pas la question préalable. Sans évoquer le fond, sur la forme je suis opposé par principe à la politique de la chaise vide. J'aurais souhaité que la discussion continue et que le Sénat affirme sa position, même si l'Assemblée nationale ne lui aurait peut-être pas donné satisfaction.

Madame la ministre, si la question préalable n'est pas adoptée, je présenterai un amendement visant à la suppression du paquet neutre. Or, si la question est posée, je ne pourrai pas le défendre et mon amendement partira en fumée! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Je remercie les corapporteurs d'avoir déposé cette question préalable votée par la commission. Ils ont exprimé très clairement les raisons qui les ont motivés.

Certains ont déploré le mépris du travail du Sénat. Ce texte a en effet connu un sort très différent de celui que nous venons d'étudier en séance publique, sur lequel un véritable travail parlementaire a pu être mené, avec une navette complète qui a permis d'aboutir à un compromis.

Je regrette profondément que, sur un texte aussi important, comme sur d'autres qui le sont tout autant d'ailleurs, le Gouvernement nous fasse dorénavant voter en urgence. Cette absence de dialogue, qu'il organise, est en train de fabriquer non pas la meilleure, mais la plus mauvaise médecine libérale du monde, compte tenu du piètre fonctionnement du Parlement et de l'insuffisante analyse apportée par celui-ci.

M. le président. La parole est à Mme Élisabeth Doineau, pour explication de vote.

Mme Élisabeth Doineau. Suivant la proposition du président de la commission des affaires sociales, le groupe UDI-UC votera la motion tendant à opposer la question préalable, et ce pour plusieurs raisons.

Nous avons très fortement ressenti un refus très net du dialogue, un autisme avéré, lors de la réunion de la commission mixte paritaire : aucun dialogue n'a été possible. Comme l'a souligné notre collègue Catherine Procaccia, aucune entente n'a été possible sur le travail que nous avons réalisé ici au Sénat. Je déplore cet état de fait, et cela me frustre quelque peu.

En effet, même si nous ne partageons pas tous les mêmes idées et si je n'adhérais pas à toutes les propositions de Mme la ministre, j'ai pris beaucoup de plaisir à discuter. Toutefois, quand le débat n'est plus possible, à quoi bon discuter?

Ensuite, je veux répondre à mon collègue Yves Daudigny. Les résultats des élections régionales nous appellent tous, il est vrai, à prendre en considération la demande des Français. Néanmoins, que nous demandent-ils en matière de santé? Les personnes que je rencontre dans mon département s'inquiètent des déserts médicaux. Ce projet de loi répond-il à cette question? Non, je ne le pense pas. Aussi, je ne sais pas de quelle manière je vais pouvoir résoudre cette difficulté, qui angoisse toutes les familles.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Très juste!

Mme Élisabeth Doineau. Aujourd'hui, peut-on se faire soigner partout en France? J'ai beau chercher dans ce texte, aucune disposition, je le répète, n'est de nature à remédier à ce problème.

Par ailleurs, le rêve des uns ne saurait être le cauchemar des autres. Pour ce qui concerne le paquet neutre, par exemple, pourquoi vouloir aller plus loin que la directive européenne ? Cette question est un véritable cauchemar pour les buralistes. Certes, quelques-uns d'entre eux seront peut-être sauvés, mais certains ne s'en sortiront pas. De plus, je ne suis pas sûre que cette mesure empêchera les jeunes d'acheter des cigarettes. Il convient de passer par une autre pédagogie.

Quant au tiers payant généralisé, il est appliqué par de nombreux médecins. Il suffit d'apporter les solutions techniques nécessaires pour que tous les autres médecins acceptent de le pratiquer. Dès lors, pourquoi se mettre aujourd'hui en porte à faux avec cette profession médicale, qui est véritablement fâchée et s'oppose à cette politique ? En France, on le voit bien, on oppose les uns aux autres. Or nous devons vraiment remettre en question nos pratiques et nos méthodes si nous voulons donner un sens à notre action politique.

Pour toutes ces raisons, le groupe UDI-UC votera cette motion tendant à opposer la question préalable.

M. le président. Je mets aux voix la motion n° 1, tendant à opposer la question préalable.

Je rappelle que l'adoption de cette motion entraînerait le rejet du projet de loi.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 116 :

| | |
|------------------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Nombre de suffrages exprimés | 343 |
| Pour l'adoption | 188 |
| Contre | 155 |

Le Sénat a adopté.

En conséquence, le Sénat n'a pas adopté le projet de loi de modernisation de notre système de santé en nouvelle lecture.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, point n'est besoin de revenir sur le vote qui vient d'intervenir et qui met un terme à nos débats.

Comme c'est la dernière fois que je me trouve parmi vous – pour ce projet de loi, en tout cas ! *(Sourires.)* –, permettez-moi de vous remercier, malgré le sort funeste que vous venez

de réserver à ce texte, de la part que vous avez prise, les uns et les autres, dans l'élaboration de ce projet de loi, en première lecture et lors des débats en commission.

J'adresse également mes remerciements aux services de la commission concernée, de la séance et des comptes rendus, et je veux vous souhaiter à tous, avec un peu d'avance, certes, d'excellentes fêtes de fin d'année. *(Applaudissements.)*

6

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR

M. le président. Mes chers collègues, l'adoption de la motion tendant à opposer la question préalable, en nouvelle lecture, au projet de loi de modernisation de notre système de santé entraîne des conséquences pour l'ordre du jour du reste de la semaine.

Cet ordre du jour s'établit désormais comme suit :

MARDI 15 DÉCEMBRE

À 16 heures 45 :

- Questions d'actualité au Gouvernement.

À 18 heures :

- Débat préalable à la réunion du Conseil européen des 17 et 18 décembre.

MERCREDI 16 DÉCEMBRE

À 14 heures 30 et, éventuellement, le soir :

- Désignation des onze membres de la commission spéciale chargée du contrôle des comptes et de l'évaluation interne ;

- Désignation des vingt-cinq membres de la mission d'information sur l'organisation, la place et le financement de l'Islam en France et de ses lieux de culte ;

- Nouvelle lecture du projet de loi de finances pour 2016 ;

- Nouvelle lecture du projet de loi de finances rectificative pour 2015 ;

- Deux conventions fiscales avec l'Allemagne, d'une part, et le Luxembourg, d'autre part.

JEUDI 17 DÉCEMBRE

À 10 heures 30 et, éventuellement, à 14 heures 30 :

- Projet de loi autorisant la ratification de l'accord commercial entre l'Union européenne et ses États membres, d'une part, et la Colombie et le Pérou, d'autre part ;

- Deux conventions internationales examinées selon la procédure d'examen simplifié ;

- Projet de loi autorisant la ratification de l'accord-cadre entre l'Union européenne et ses États membres, d'une part, et la République socialiste du Viêt Nam, d'autre part ;

- Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif à la gratuité et aux modalités de la réutilisation des informations du secteur public.

7

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée au mardi 15 décembre 2015, à seize heures quarante-cinq et à dix-huit heures :

- Questions d'actualité au Gouvernement.
- Débat préalable à la réunion du Conseil européen des 17 et 18 décembre.

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-sept heures quarante.)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

**QUESTION(S) ORALE(S)
REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT**

Modalités de recensement des logements sociaux dans le calcul de la dotation globale de fonctionnement

N° 1343 – Le 17 décembre 2015 – **M. Bernard Cazeau** attire l'attention de **M. le secrétaire d'État, auprès du ministre des finances et des comptes publics, chargé du budget** concernant l'existence de divergence entre le recensement des logements sociaux inscrit dans la loi n° 20001208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains, dite « loi SRU » et celui effectué en application du code

général des collectivités territoriales dans le calcul de la dotation globale de fonctionnement (DGF). Cette différence s'avère particulièrement préjudiciable pour les communes implantées en zone rurale qui font des efforts en matière de mixité sociale.

En effet, la part de logements sociaux dans le parc total de logements est un critère utilisé pour déterminer l'éligibilité de la DGF ainsi que le montant dû au titre de la dotation de solidarité urbaine (DSU). Or, alors que cette donnée est également au cœur de la mise en œuvre de l'article 55 de la loi SRU, le périmètre retenu au titre de la DGF est différent de celui fixé pour l'inventaire annuel effectué en application de ce texte, tant sur les catégories de logements sociaux recensés que sur les communes concernées.

Ainsi, l'inventaire SRU intègre les logements sociaux appartenant à des personnes privées et conventionnées, c'est-à-dire ayant bénéficié des prêts aidés ou d'aides spécifiques de l'État, ou encore les logements de type foyers d'urgence ou de réinsertion. Au contraire, le recensement, effectué à la demande du ministère du budget, des logements sociaux au titre de la DGF exclut ces données. Bien que justifiée par des considérations techniques, cette différence dans le dénombrement des logements sociaux constitue ainsi une source d'incompréhension pour les collectivités rurales. En l'état du droit existant, l'inventaire des logements sociaux réalisé au titre de la loi SRU ne peut donc pas être utilisé pour le calcul de la DGF.

Eu égard à l'amélioration substantielle de ce recensement, et dans un souci de simplification des modalités de calcul de la DGF, la suppression de l'une de ces deux techniques de recensement - celle du ministère du budget et celle du ministère de la ville - devrait être examinée.

Aussi, il lui demande d'indiquer les clarifications, modifications et précisions réglementaires et législatives que le Gouvernement serait susceptible d'adopter ou de proposer en ce sens.

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance du

lundi 14 décembre 2015

SCRUTIN N° 115

sur l'ensemble du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, dans la rédaction du texte proposé par la commission mixte paritaire, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

| | |
|--------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Suffrages exprimés | 324 |
| Pour | 324 |
| Contre | 0 |

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Pour : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Abstention : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 17

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Pour : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

Philippe Adnot
Leila Aïchi
Pascal Allizard
Michel Amiel
Michèle André

Maurice Antiste
Alain Anziani
Aline Archimbaud
Guillaume Arnell
David Assouline

Dominique Bailly
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
François Baroin
Philippe Bas

Delphine Bataille
Christophe Béchu
Esther Benbassa
Claude Bérit-Débat
Michel Berson
Alain Bertrand
Jérôme Bignon
Jacques Bigot
Annick Billon
Jean Bizet
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Jean-Marie Bockel
François Bonhomme
Philippe Bonnecarrère
Nicole Bonnefoy
Yannick Botrel
Natacha Bouchart
Gilbert Bouchet
Corinne Bouchoux
Jean-Claude Boulard
Martial Bourquin
Michel Boutant
Nicole Bricq
François-Noël Buffet
Henri Cabanel
Olivier Cadic
Jean-Pierre Caffet
François Calvet
Pierre Camani
Christian Cambon
Claire-Lise Campion
Agnès Canayer
Michel Canevet
Jean-Pierre Cantegrit
Vincent Capocanellas
Thierry Carcenac
Jean-Noël Cardoux
Jean-Claude Carle
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Luc Carvounas
Joseph Castelli
Caroline Cayeux
Bernard Cazeau
Gérard César
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Pierre Charon
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Jacques Chiron
Olivier Cigolotti
Karine Claireaux
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
François Commeinhes

Hélène Conway-Mouret
Jacques Cornano
Gérard Cornu
Roland Courteau
Philippe Dallier
René Danesi
Ronan Dantec
Mathieu Darnaud
Serge Dassault
Yves Daudigny
Marc Daunis
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Vincent Delahaye
Francis Delattre
Bernard Delcros
Michel Delebarre
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Jacky Deromedi
Marie-Hélène Des Esgaulx
Jean Desessard
Chantal Deseyne
Félix Desplan
Yves Détraigne
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Éric Doligé
Philippe Dominati
Daniel Dubois
Marie-Annick Duchêne
Alain Dufaut
Jean-Léonce Dupont
Jérôme Durain
Alain Duran
Nicole Duranton
Josette Durrieu
Louis Duvernois
Vincent Eblé
Anne Emery-Dumas
Jean-Paul Émorine
Philippe Esnol
Frédérique Espagnac
Dominique Estrosi Sassone
Hubert Falco
Françoise Férat
Corinne Féret
Jean-Jacques Filleul
Michel Fontaine
Michel Forissier
François Fortassin
Alain Fouché
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Christophe-André Frassa
Jean-Claude Frécon

Pierre Frogier
Jean-Marc Gabouty
Joëlle Garriaud-Maylam
Françoise Gatel
André Gattolin
Jean-Claude Gaudin
Jacques Gautier
Jacques Genest
Catherine Génisson
Samia Ghali
Bruno Gilles
Dominique Gillot
Jacques Gillot
Éliane Giraud
Colette Giudicelli
Jean-Pierre Godefroy
Gaëtan Gorce
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
François Grosdidier
Jacques Groperrin
Pascale Grunty
Charles Guené
Jean-Noël Guérini
Joël Guerriau
Didier Guillaume
Annie Guillemot
Claude Haut
Loïc Hervé
Odette Herviaux
Michel Houel
Alain Houpert
Robert Hue
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Éric Jeansannetas
Sophie Joissains
Chantal Jouanno
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Philippe Kaltenbach
Christiane Kammernann
Antoine Karam
Roger Karoutchi
Fabienne Keller
Guy-Dominique Kennel
Claude Kern
Bariza Khiari
Georges Labazée
Joël Labbé
Françoise Laborde

| | | |
|------------------------|------------------------|---------------------------|
| Bernard Lalande | Pierre Médevielle | Henri de Raincourt |
| Marc Laménié | Colette Mélot | Michel Raison |
| Élisabeth Lamure | Marie Mercier | Daniël Raoul |
| Serge Larcher | Michel Mercier | Claude Raynal |
| Jean-Jacques Lasserre | Michelle Meunier | André Reichardt |
| Robert Laufoaulu | Jacques Mézard | Daniel Reiner |
| Daniel Laurent | Danielle Michel | Jean-Claude Requier |
| Nuihau Laurey | Brigitte Micouleau | Bruno Retailleau |
| Jean-Yves Leconte | Alain Milon | Charles Revet |
| Antoine Lefèvre | Gérard Miquel | Alain Richard |
| Jacques Legendre | Thani Mohamed | Stéphanie Riocreux |
| Dominique de Legge | Soilihi | Didier Robert |
| Jean-Pierre Leleux | Marie-Pierre Monier | Sylvie Robert |
| Jean-Baptiste Lemoyne | Franck Montaugé | Gérard Roche |
| Jean-Claude Lenoir | Albéric de Montgolfier | Gilbert Roger |
| Claudine Lepage | Patricia Morhet- | Yves Rome |
| Jean-Claude Leroy | Richaud | Jean-Yves Roux |
| Philippe Leroy | Catherine Morin- | Bernard Saugey |
| Valérie Létard | Desailly | René-Paul Savary |
| Marie-Noëlle Lienemann | Jean-Marie Morisset | Michel Savin |
| Anne-Catherine Loïsier | Philippe Mouiller | Patricia Schillinger |
| Jean-François Longeot | Philippe Nachbar | Bruno Sido |
| Gérard Longuet | Christian Namy | Abdourahamane |
| Vivette Lopez | Louis Nègre | Soilihi |
| Jeanny Lorgeoux | Alain Néri | Jean-Pierre Sueur |
| Jean-Jacques Lozach | Louis-Jean de Nicolaÿ | Simon Sutour |
| Jean-Claude Luche | Claude Nougéin | Henri Tandonnet |
| Roger Madec | Jean-Jacques Panunzi | Catherine Tascia |
| Philippe Madrelle | Georges Patient | Lana Tetuanui |
| Jacques-Bernard Magner | François Patriat | Nelly Tocqueville |
| Michel Magras | Philippe Paul | Jean-Louis Tourenne |
| Hermeline Malherbe | Cyril Pellevat | André Trillard |
| Claude Malhuret | Daniel Percheron | Catherine Troendlé |
| Christian Manable | Marie-Françoise Perol- | Alex Türk |
| Didier Mandelli | Dumont | Raymond Vall |
| François Marc | Cédric Perrin | René Vandierendonck |
| Alain Marc | Jackie Pierre | Jean-Marie Vanlerenberghe |
| Didier Marie | François Pillet | Michel Vaspert |
| Hervé Marseille | Xavier Pintat | Alain Vasselle |
| Patrick Masclat | Louis Pinton | Yannick Vaugrenard |
| Jean-Pierre Masseret | Jean-Vincent Placé | Hilarion Vendegou |
| Jean Louis Masson | Hervé Poher | Michel Vergoz |
| Hervé Maurey | Rémy Pointereau | Jean-Pierre Vial |
| Jean-François Mayet | Ladislas Poniatowski | Maurice Vincent |
| Rachel Mazuir | Hugues Portelli | Jean Pierre Vogel |
| | Yves Pozzo di Borgo | Evelyne Yonnet |
| | Sophie Primas | Richard Yung |
| | Catherine Procaccia | François Zocchetto |
| | Jean-Pierre Raffarin | |

Abstentions :

| | | |
|-----------------------|--------------------|---------------------|
| Patrick Abate | Cécile Cukierman | Brigitte Gonthier- |
| Éliane Assassi | Annie David | Maurin |
| Marie-France Beauflis | Michelle Demessine | Pierre Laurent |
| Michel Billout | Évelyne Didier | Michel Le Scouarnec |
| Éric Bocquet | Christian Favier | Christine Prunaud |
| Jean-Pierre Bosino | Thierry Foucaud | Paul Vergès |
| Laurence Cohen | | Dominique Watrin |

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN N° 116

sur la motion n° 1, présentée par Mme Catherine Deroche au nom de la commission des affaires sociales, tendant à opposer la question préalable au projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, de modernisation de notre système de santé, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

| | |
|--------------------------|-----|
| Nombre de votants | 343 |
| Suffrages exprimés | 343 |
| Pour | 188 |
| Contre | 155 |

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (144) :**

Pour : 142

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher - Président du Sénat, M. Michel Bouvard

GRUPE SOCIALISTE ET APPARENTÉS (110) :

Contre : 110

GRUPE UNION DES DÉMOCRATES ET INDÉPENDANTS - UC (42) :

Pour : 42

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN ET CITOYEN (19) :

Contre : 19

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 1 M. Gilbert Barbier

Contre : 16

GRUPE ÉCOLOGISTE (10) :

Contre : 10

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (6) :

Pour : 3

N'ont pas pris part au vote : 3

Ont voté pour :

| | | |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| Philippe Adnot | Alain Chatillon | Dominique Estrosi |
| Pascal Allizard | Olivier Cigolotti | Sassone |
| Gérard Bailly | François Commeinhes | Hubert Falco |
| Gilbert Barbier | Gérard Cornu | Françoise Férat |
| François Baroin | Philippe Dallier | Michel Fontaine |
| Philippe Bas | René Danesi | Michel Forissier |
| Christophe Béchu | Mathieu Darnaud | Alain Fouché |
| Jérôme Bignon | Serge Dassault | Bernard Fournier |
| Annick Billon | Isabelle Debré | Jean-Paul Fournier |
| Jean Bizet | Robert del Picchia | Christophe-André |
| Jean-Marie Bockel | Vincent Delahaye | Frassa |
| François Bonhomme | Francis Delattre | Pierre Frogier |
| Philippe Bonnecarrère | Bernard Delcros | Jean-Marc Gabouty |
| Natacha Bouchart | Gérard Dériot | Joëlle Garriaud- |
| Gilbert Bouchet | Catherine Deroche | Maylam |
| François-Noël Buffet | Jacky Deromedi | Françoise Gatel |
| Olivier Cadic | Marie-Hélène Des | Jean-Claude Gaudin |
| François Calvet | Esgaulx | Jacques Gautier |
| Christian Cambon | Chantal Deseyne | Jacques Genest |
| Agnès Canayer | Yves Détraigne | Bruno Gilles |
| Michel Canévet | Catherine Di Folco | Colette Giudicelli |
| Jean-Pierre Cantegrit | Élisabeth Doineau | Nathalie Goulet |
| Vincent Capo- | Éric Doligé | Jacqueline Gourault |
| Canellas | Philippe Dominati | Alain Gournac |
| Jean-Noël Cardoux | Daniel Dubois | Sylvie Goy-Chavent |
| Jean-Claude Carle | Marie-Annick | Jean-Pierre Grand |
| Caroline Cayeux | Duchêne | Daniel Gremillet |
| Gérard César | Alain Dufaut | François Grosdidier |
| Anne Chain-Larché | Jean-Léonce Dupont | Jacques Groperrin |
| Patrick Chaize | Nicole Duranton | Pascale Gruné |
| Pierre Charon | Louis Duvernois | Charles Guené |
| Daniel Chasseing | Jean-Paul Emorine | Joël Guerriau |

Loïc Hervé
 Michel Houel
 Alain Houpert
 Christiane Hummel
 Benoît Huré
 Jean-François Husson
 Corinne Imbert
 Sophie Joissains
 Chantal Jouanno
 Alain Joyandet
 Christiane
 Kammermann
 Roger Karoutchi
 Fabienne Keller
 Guy-Dominique
 Kennel
 Claude Kern
 Marc Laménie
 Élisabeth Lamure
 Jean-Jacques Lasserre
 Robert Lafoaoulu
 Daniel Laurent
 Nuihau Laurey
 Antoine Lefèvre
 Jacques Legendre
 Dominique de Legge
 Jean-Pierre Leleux
 Jean-Baptiste Lemoyne
 Jean-Claude Lenoir
 Philippe Leroy
 Valérie Létard
 Anne-Catherine
 Loisier
 Jean-François Longeot
 Gérard Longuet

Vivette Lopez
 Jean-Claude Luche
 Michel Magras
 Claude Malhuret
 Didier Mandelli
 Alain Marc
 Hervé Marseille
 Patrick Masclat
 Jean Louis Masson
 Hervé Maurey
 Jean-François Mayet
 Pierre Médevielle
 Colette Mélot
 Marie Mercier
 Michel Mercier
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Albéric de Montgolfier
 Patricia Morhet-
 Richaud
 Catherine Morin-
 Desailly
 Jean-Marie Morisset
 Philippe Mouiller
 Philippe Nachbar
 Christian Namy
 Louis Nègre
 Louis-Jean de Nicolaï
 Claude Nougein
 Jean-Jacques Panunzi
 Philippe Paul
 Cyril Pellevat
 Cédric Perrin
 Jackie Pierre
 François Pillet

Ont voté contre :

Patrick Abate
 Leïla Aïchi
 Michel Amiel
 Michèle André
 Maurice Antiste
 Alain Anziani
 Aline Archimbaud
 Guillaume Arnell
 Éliane Assasi
 David Assouline
 Dominique Bailly
 Delphine Bataille
 Marie-France Beaufiles
 Esther Benbassa

Claude Bérît-Débat
 Michel Berson
 Alain Bertrand
 Jacques Bigot
 Michel Billout
 Marie-Christine
 Blandin
 Maryvonne Blondin
 Éric Bocquet
 Nicole Bonnefoy
 Jean-Pierre Bosino
 Yannick Botrel
 Corinne Bouchoux
 Jean-Claude Boulard

Xavier Pintat
 Louis Pinton
 Rémy Pointereau
 Ladislas Poniatowski
 Hugues Portelli
 Yves Pozzo di Borgo
 Sophie Primas
 Catherine Procaccia
 Jean-Pierre Raffarin
 Henri de Raincourt
 Michel Raison
 André Reichardt
 Bruno Retailleau
 Charles Revet
 Didier Robert
 Gérard Roche
 Bernard Saugéy
 René-Paul Savary
 Michel Savin
 Bruno Sido
 Abdourahamane
 Soilihi
 Henri Tandonnet
 Lana Tetuanui
 André Trillard
 Catherine Troendlé
 Alex Türk
 Jean-Marie
 Vanlerenberghe
 Michel Vaspert
 Alain Vasselle
 Hilarion Vendegou
 Jean-Pierre Vial
 Jean Pierre Vogel
 François Zocchetto

Martial Bourquin
 Michel Boutant
 Nicole Bricq
 Henri Cabanel
 Jean-Pierre Caffet
 Pierre Camani
 Claire-Lise Campion
 Thierry Carcenac
 Jean-Louis Carrère
 Françoise Cartron
 Luc Carvounas
 Joseph Castelli
 Bernard Cazeau
 Jacques Chiron

Karine Claireaux
 Laurence Cohen
 Yvon Collin
 Gérard Collomb
 Pierre-Yves Collombat
 Hélène Conway-
 Mouret
 Jacques Cornano
 Roland Courteau
 Cécile Cukierman
 Ronan Dantec
 Yves Daudigny
 Marc Daunis
 Annie David
 Michel Delebarre
 Michelle Demessine
 Jean Desessard
 Félix Desplan
 Évelyne Didier
 Jérôme Durain
 Alain Duran
 Josette Durrieu
 Vincent Eblé
 Anne Emery-Dumas
 Philippe Esnol
 Frédérique Espagnac
 Christian Didier
 Corinne Féret
 Jean-Jacques Filleul
 François Fortassin
 Thierry Foucaud
 Jean-Claude Frécon
 André Gattolin
 Catherine Génisson
 Samia Ghali
 Dominique Gillot
 Jacques Gillot
 Éliane Giraud
 Jean-Pierre Godefroy
 Brigitte Gonthier-
 Maurin

Gaëtan Gorce
 Jean-Noël Guérini
 Didier Guillaume
 Annie Guillemot
 Claude Haut
 Odette Herviaux
 Robert Hue
 Éric Jeansannetas
 Gisèle Jourda
 Mireille Jouve
 Philippe Kaltenbach
 Antoine Karam
 Bariza Khiari
 Georges Labazée
 Joël Labbé
 Françoise Laborde
 Bernard Lalande
 Serge Larcher
 Pierre Laurent
 Jean-Yves Leconte
 Claudine Lepage
 Jean-Claude Leroy
 Michel Le Scouarnec
 Marie-Noëlle
 Lienemann
 Jeanny Lorgeoux
 Jean-Jacques Lozach
 Roger Madec
 Philippe Madrelle
 Jacques-Bernard
 Magner
 Hermeline Malherbe
 Christian Manable
 François Marc
 Didier Marie
 Jean-Pierre Masseret
 Rachel Mazuir
 Michelle Meunier
 Jacques Mézard
 Danielle Michel
 Gérard Miquel

Thani Mohamed
 Soilihi
 Marie-Pierre Monier
 Franck Montaugé
 Alain Néri
 Georges Patient
 François Patriat
 Daniel Percheron
 Marie-Françoise Perol-
 Dumont
 Jean-Vincent Placé
 Hervé Poher
 Christine Prunaud
 Alain Raoul
 Claude Raynal
 Daniel Reiner
 Jean-Claude Requier
 Alain Richard
 Stéphanie Riocreux
 Sylvie Robert
 Gilbert Roger
 Yves Rome
 Jean-Yves Roux
 Patricia Schillinger
 Jean-Pierre Sueur
 Simon Sutour
 Catherine Tasca
 Nelly Tocqueville
 Jean-Louis Tourenne
 Raymond Vall
 René Vandierendonck
 Yannick Vaugrenard
 Paul Vergès
 Michel Vergoz
 Maurice Vincent
 Dominique Watrin
 Evelyne Yonnet
 Richard Yung

N'ont pas pris part au vote :

Michel Bouvard, Robert Navarro, David Rachline, Stéphane Ravier.

N'a pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

ABONNEMENTS

| NUMÉROS d'édition | TITRES | TARIF abonnement France (*) |
|----------------------|--|-----------------------------------|
| | | Euros |
| | DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE | |
| 03 | Compte rendu..... 6 mois | 103,90 |
| 33 | Questions..... 6 mois | 76,95 |
| | DÉBATS DU SÉNAT | |
| 05 | Compte rendu..... 6 mois | 93,40 |
| 35 | Questions..... 6 mois | 55,85 |
| 85 | Table compte rendu..... | 19,80 |

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 8 décembre 2014 publié au *Journal officiel* du 10 décembre 2014

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 3,90 €