

N° 252

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

Enregistré à la Présidence du Sénat le 17 janvier 2024

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi,
adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée,
portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France,*

Par M. Jean SOL et Mme Jocelyne GUIDEZ,

Sénateur et Sénatrice

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, président ; Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Xavier Iacovelli, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, vice-présidents ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, secrétaires ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, M. Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouleau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 643, 1070 et T.A. 193

Sénat : 147, 240 et 253 (2023-2024)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	7
EXAMEN DES ARTICLES	25
TITRE I^{ER} RENFORCER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL	25
• <i>Article 1^{er}</i> Création d'une conférence nationale de l'autonomie	25
• <i>Article 1^{er} bis A</i> Création du service public départemental de l'autonomie	33
• <i>Article 1^{er} bis B</i> Association du gérontopôle à la conférence des financeurs.....	48
• <i>Article 1^{er} bis C</i> Transmission de données relatives au financement de projets pérennes	52
• <i>Article 1^{er} bis D</i> Généralisation des équipes locales sur les aides techniques	54
• <i>Article 1^{er} bis E</i> Alignement de la temporalité des schémas régionaux de santé et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale	57
• <i>Article 1^{er} bis FA (nouveau)</i> Adaptation à Saint-Martin de la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et du statut de la maison départementale des personnes handicapées	58
• <i>Article 1^{er} bis F</i> Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux	62
• <i>Article 1^{er} bis G</i> Mission nationale d'audit et d'évaluation de la CNSA.....	71
• <i>Article 1^{er} bis</i> Désignation d'un référent prévention dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.....	73
• <i>Article 1^{er} ter</i> Rapport annuel au Parlement sur l'activité de la conférence nationale de l'autonomie et du centre de ressources probantes	75
• <i>Article 2</i> Utilisation des registres nominatifs pour lutter contre l'isolement social des personnes vulnérables	76
• <i>Article 2 bis A</i> Programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie	80
• <i>Article 2 bis B</i> Loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge	85
• <i>Article 2 bis</i> Rapport au Parlement d'évaluation de l'article 2	87
• <i>Article 2 ter</i> Rapport au Parlement sur la trajectoire financière de la branche autonomie jusqu'en 2030.....	88
TITRE II PROMOUVOIR LA BIEN-TRAITANCE EN LUTTANT CONTRE LES MALTRAITANCES DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET GARANTIR LEURS DROITS FONDAMENTAUX.....	89
• <i>Article 3</i> Amélioration de la lutte contre la maltraitance et renforcement du droit au respect de la vie privée et familiale	89
• <i>Article 3 bis A</i> Prise en compte de l'intégrité psychique et du droit à une vie sexuelle et affective des résidents dans l'annexe au contrat de séjour encadrant les restrictions de liberté.....	98
• <i>Article 3 bis B</i> Composition du conseil de la vie sociale des structures médico-sociales	104
• <i>Article 3 bis</i> Élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé.....	107
• <i>Article 3 ter</i> Amélioration du recueil du consentement des personnes accueillies en ESMS en ce qui concerne le contrôle de leur espace de vie privatif	110

- **Article 4 Renforcement du dispositif de signalement des cas de maltraitance dans le secteur social et médico-social**.....115
- **Article 5 Précision des missions de la protection juridique des majeurs notamment face à des cas de maltraitance**.....123
- **Article 5 bis A Contrôle des antécédents judiciaires des personnes exerçant une activité au contact d'un majeur vulnérable**132
- **Article 5 bis Création d'un livret d'accueil pour la personne accueillie en format « facile à lire et à comprendre »**141
- **Article 5 ter Rapport au Parlement sur les mesures de contention dans les ESMS** 143

TITRE II BIS RENFORCER L'AUTONOMIE DES ADULTES VULNÉRABLES EN FAVORISANT L'APPLICATION DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ.....145

- **Article 5 quater Permettre la désignation d'un curateur ou tuteur de remplacement par le juge des tutelles**145
- **Article 5 quinquies Créer un mandat de protection future aux fins d'assistance**....145
- **Article 5 sexies Évolution du dispositif d'habilitation familiale**145
- **Article 5 septies Simplification de la procédure d'extension des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs de petite capacité**146
- **Article 5 octies Applicabilité outre-mer des dispositions relatives aux majeurs protégés**147
- **Article 5 nonies Regroupement des dispositions relatives à la responsabilité des organes de protection juridique**148
- **Article 5 decies Création d'un registre général des mesures de protection**148

TITRE III GARANTIR À CHACUN DES CONDITIONS D'HABITAT AINSI QUE DES PRESTATIONS DE QUALITÉ ET ACCESSIBLES, GRÂCE À DES PROFESSIONNELS ACCOMPAGNÉS ET SOUTENUS DANS LEURS PRATIQUES149

- **Article 6 Création d'une carte professionnelle de l'aide à domicile**149
- **Article 7 Versement d'une aide financière aux départements pour soutenir la mobilité des professionnels de l'aide à domicile**156
- **Article 7 bis Rapport au Parlement sur les modalités d'augmentation des indemnités kilométriques pour les professionnels de l'aide à domicile**164
- **Article 8 Expérimentation d'un financement par forfait des services à domicile**...165
- **Article 8 bis Accompagnement des Ssiad dans la réforme des services autonomie à domicile**.....172
- **Article 9 Suppression de l'obligation alimentaire pour les petits-enfants et leurs descendants dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement**.....176
- **Article 10 (supprimé) Rapport au Parlement sur l'aide sociale à l'hébergement**.....181
- **Article 11 Financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie dans les forfaits soins et dépendance attribués aux Ehpad**.....182
- **Article 11 bis A Réunion régulière des autorités compétentes en matière de contrôle des ESMS**187
- **Article 11 bis B Conditionner le renouvellement de l'autorisation des ESMS à l'obtention de conclusions satisfaisantes lors des évaluations externes et des contrôles**189
- **Article 11 bis C Mention du financement de l'évaluation de la qualité des ESMS dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**191
- **Article 11 bis D Réserve d'une fraction des bénéfices réalisés par les Ehpad privés lucratifs pour financer des actions en faveur de l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents**.....193
- **Article 11 bis E Droit des résidents d'accueillir leur animal domestique**.....195

• Article 11 bis F Expérimentation d'un quota minimal de chambres réservées à l'accueil exclusif de nuit.....	197
• Article 11 bis Renforcement du rôle du médecin coordonnateur en Ehpad	200
• Article 11 ter Renforcement des procédures d'injonction et d'astreinte envers les ESMS ne respectant pas les règles du code de l'action sociale et des familles	202
• Article 11 quater Mesures en faveur de l'amélioration de la santé nutritionnelle des résidents d'Ehpad.....	208
• Article 11 quinquies Rapport au Parlement sur la mise en place d'un taux d'encadrement minimal dans les Ehpad.....	210
• Article 11 sexies Abrogation d'une disposition caduque du code de l'action sociale et des familles	211
• Article 12 Procédure d'évaluation de la qualité dans les ESMS	213
• Article 12 bis Renforcement des sanctions applicables aux ESMS.....	219
• Article 12 ter Transparence et bonnes pratiques en matière de taux d'encadrement en Ehpad	221
• Article 12 quater Accord préalable de l'autorité compétente sur la prise de contrôle d'un gestionnaire d'ESMS	224
• Article 12 quinquies Obligation pour les Ehpad privés à but lucratif de respecter les conditions des sociétés à mission.....	227
• Article 13 Possibilité de location de locaux communs de logements sociaux pour mettre en œuvre un projet de vie sociale et partagée dans un habitat inclusif...230	
• Article 13 bis A Reconnaissance de la nature de bâtiments à usage d'habitation des lieux d'habitation des habitats inclusifs.....	237
• Article 13 bis B Suppression des plafonds d'accueil de personnes âgées dépendantes et d'autres publics en résidence autonomie	243
• Article 13 bis C Possibilité de sous-location de logements dans l'habitat inclusif à des salariés du porteur du projet de vie sociale et partagée ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux	247
• Article 13 bis D Interdiction d'exiger la remise des lieux en l'état lors du départ d'un locataire ayant réalisé des travaux d'adaptation du logement sans le consentement du bailleur.....	251
• Article 13 bis Coordination relative à l'aide à la vie partagée.....	255
• Article 13 ter Ajout d'un volet « habitat inclusif » dans les plans départementaux de l'habitat	261
• Article 13 quater Rapport au Parlement sur le cadre juridique et financier de l'habitat mixte.....	264
• Article 13 quinquies Rapport au Parlement sur l'opportunité de réformer la gouvernance du secteur médico-social	265
• Article 14 Gage financier	266
 COMPTE RENDU DE L'AUDITION DE M. JEAN-RENÉ LECERF, PRÉSIDENT, ET MME VIRGINIE MAGNANT, DIRECTRICE, DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE	 267
 EXAMEN EN COMMISSION.....	 285

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 <i>BIS</i>, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)	349
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES	351
LA LOI EN CONSTRUCTION	359

L'ESSENTIEL

Face aux enjeux liés au vieillissement de la population et à l'inclusion des personnes en situation de handicap, la proposition de loi contient diverses mesures en matière de gouvernance et de pilotage, de prévention de la perte d'autonomie, de promotion de la bienveillance, d'accompagnement des professionnels, de conditions d'hébergement et d'habitat ainsi que de qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

Ce texte d'une ampleur modeste, qui comptait initialement 14 articles, a considérablement gonflé au cours de son examen par l'Assemblée nationale pour totaliser **65 articles**.

Leurs dispositions sont toutefois **d'une portée et d'une pertinence très inégales** et la proposition de loi n'entraînera pas de bouleversement des politiques de soutien à l'autonomie. Les attentes des acteurs sont désormais tournées vers la future loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge que la proposition de loi annonce dans son **article 2 bis B** - lequel n'a qu'une portée morale et symbolique, et nullement juridique.

La commission a recentré le texte sur son contenu utile en supprimant 31 articles, dont 5 à l'initiative de la commission des lois. Elle a adopté des amendements visant notamment à territorialiser le pilotage des politiques de soutien à l'autonomie, à clarifier les dispositifs de prévention et à renforcer le droit de recevoir de la visite en établissement.

I. UNE VOLONTÉ DE RENFORCER LE PILOTAGE, D'AMÉLIORER LA COORDINATION ET DE DÉVELOPPER LA PRÉVENTION

A. GOUVERNANCE ET PILOTAGE : VERS UN SERVICE PUBLIC DÉPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE

1. Au niveau national, de nouveaux instruments de pilotage

- **L'article 1^{er}** prévoit la création d'une **conférence nationale de l'autonomie** afin d'assurer le pilotage national de la politique de prévention de la perte d'autonomie. La commission a considéré que cette nouvelle instance ne trouverait pas sa place dans le paysage actuel et l'a **supprimée**.

Elle a en revanche approuvé, au même article, l'inscription dans la loi du **centre national de ressources probantes** institué au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), sans toutefois lui confier la mission d'évaluer et de labelliser les aides techniques, pour laquelle le centre ne serait pas dimensionné.

• La commission a par ailleurs adopté **l'article 1^{er} bis G confiant à la CNSA une mission nationale d'audit** au bénéfice des départements, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie (MDA). Elle a toutefois **limité son rôle d'évaluation aux MDPH et aux MDA et exclu son application aux départements** afin de respecter les principes de la décentralisation.

2. Au niveau territorial, la recherche d'une meilleure coordination

• La création, à **l'article 1^{er} bis A**, du **service public départemental de l'autonomie (SPDA)**, poursuit un double objectif de déclouisonnement des politiques sanitaires et médico-sociales et de rapprochement des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Dans chaque département, ce service assuré conjointement par les acteurs territoriaux des politiques de l'autonomie aurait pour objectif de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des proches aidants et de coordonner les services et les aides à leur intention. **Piloté par le département**, il exercerait **quatre grandes missions** conformément aux préconisations du rapport de Dominique Libault qui l'a inspiré.

Les 4 missions du SPDA

1. **Réaliser l'accueil, l'information et l'orientation** des personnes âgées, des personnes handicapées et des proches aidants et apporter une réponse complète et coordonnée à leurs demandes

2. S'assurer de la réalisation par les services qui en ont la charge de **l'instruction, de l'attribution et de la révision des droits** dans le respect des délais légaux

3. **Assister les professionnels** des secteurs social, médico-social et sanitaire intervenant auprès des bénéficiaires du SPDA dans l'élaboration de réponses globales et adaptées aux besoins de chaque personne

4. **Diffuser, planifier et réaliser des actions d'information et de sensibilisation** aux démarches de prévention individuelles, des offres de prévention collective ainsi que des actions de repérage et une démarche d'aller-vers

Une **conférence territoriale de l'autonomie** composée du département et du bloc communal, de l'agence régionale de santé (ARS), du rectorat d'académie et du service public de l'emploi serait chargée de coordonner l'action des membres du SPDA à travers un programme annuel d'actions. Dans une formation élargie, elle succèderait à l'actuelle conférence des financeurs sous la dénomination de « **commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** », également compétente en matière de financement de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées.

Les rapporteurs observent que, loin de bouleverser la gouvernance territoriale des politiques de l'autonomie, le SPDA ajoute une couche de coordination supplémentaire à l'existant. En outre, la notion de guichet unique qui sous-tend les recommandations du rapport Libault n'est pas explicitement reprise dans le texte. Cependant, **l'imprécision du texte présente l'avantage de la souplesse et de l'adaptabilité du dispositif aux réalités locales**, la réponse aux objectifs du SPDA pouvant varier selon les territoires.

Sans attendre l'adoption de la proposition de loi, le Gouvernement a adressé aux départements un appel à manifestation d'intérêt afin de préfigurer le SPDA. **18 départements ont ainsi été retenus pour expérimenter le dispositif en 2024.**

Pour les rapporteurs, la logique de parcours doit être un pilier du SPDA, qui doit s'inscrire dans la perspective du virage domiciliaire de nos politiques de soutien à l'autonomie.

Sur leur proposition, la commission a ajouté, parmi les objectifs du SPDA, le maintien à domicile des personnes accompagnées et précisé que ses missions s'accompagnent du suivi dans la durée des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Afin de donner au financement de la prévention de la perte d'autonomie une perspective pluriannuelle, la commission a prévu que la commission des financeurs établirait un **plan trisannuel définissant des axes prioritaires**.

Par ailleurs, la commission a souhaité **renforcer l'inscription territoriale du SPDA** en ouvrant la possibilité au conseil départemental et à l'ARS de définir conjointement des « **territoires de l'autonomie** » au niveau **infra-départemental** et de mettre en place la conférence territoriale de l'autonomie à cette échelle.

- La commission a par ailleurs adopté l'**article 1^{er} bis D** prévoyant la généralisation à tous les départements des **équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques**.

Elle a également adopté un amendement afin d'adapter la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) dans la collectivité de Saint-Martin et de reconnaître en tant que MDPH le service compétent de cette collectivité (**article 1^{er} bis FA**).

- Elle a en revanche supprimé plusieurs articles concernant le pilotage territorial de l'autonomie :

- l'**article 1^{er} bis B**, proposant d'inclure les gérontopôles aux conférences des financeurs, et l'**article 1^{er} bis C**, prévoyant la transmission à la CNSA de données relatives au nombre de projets pérennes financés par les conférences des financeurs, **inopérants et incompatibles avec l'article 1^{er} bis A** ;

- l'article 1^{er} bis E, visant à aligner les calendriers des schémas régionaux de santé et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale, qui introduirait une complexité inutile.

B. L'ORGANISATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE : CONTRAINDRE LE SECTEUR PUBLIC À SE REGROUPER

S'il existe divers outils permettant la coordination et la coopération entre ESMS, ceux-ci sont encore insuffisamment utilisés et perfectibles. Au 31 décembre 2022, **23 % de l'ensemble des ESMS coopéraient au sein d'une forme de groupement** (groupement d'intérêt public ou d'intérêt économique, groupement de coopération sociale ou médico-sociale - GCSMS, groupement hospitalier de territoire - GHT - ou groupement de coopération sanitaire).



des ESMS coopèrent
au sein d'un groupement

En outre, **le parc d'Ehpad publics**, qui représente près de 50 % des places et assure un maillage du territoire complémentaire de celui des Ehpad privés, **apparaît particulièrement atomisé**.

L'article 1^{er} bis F vise à y remédier en **contraignant les établissements et services publics pour personnes âgées à se regrouper** : les Ehpad, les petites unités de vie, les accueils de jour autonomes et les services à domicile publics autonomes - à l'exception de ceux gérés par un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS) - auraient l'obligation d'adhérer soit à un GHT, soit à **un nouveau type de groupement dénommé « groupement territorial social et médico-social » (GTSMS) pour personnes âgées**.

Prenant la forme juridique d'un GCSMS, le GTSMS pour personnes âgées aurait pour objet de **mettre en œuvre une stratégie commune d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours**, matérialisée dans un projet d'accompagnement partagé, et de **rationaliser les modes de gestion** par la mise en commun de fonctions et d'expertises.

La commission a approuvé cette évolution soutenue par les représentants du secteur. Elle a considéré que ce nouveau type de groupement pourrait également, dans une perspective de décloisonnement, investir le champ du handicap. Aussi, elle a supprimé les termes « *pour personnes âgées* » dans la dénomination du GTSMS et prévu que le projet d'accompagnement partagé comporte un **volet relatif à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes**.

C. RENOUELER LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE, ALLER VERS LES PERSONNES VULNÉRABLES ET ISOLÉES

- Le **programme ICOPE**, promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), consiste en une démarche de dépistage précoce, systématique et multidimensionnel de la perte d'autonomie en cinq étapes, ciblé sur les personnes âgées de 60 ans et plus. Expérimenté en France dans neuf régions, il concrétise une approche renouvelée de la prévention de la perte d'autonomie.

La commission a approuvé la généralisation de ce programme, proposée à l'**article 2 bis A**. Elle a cependant souhaité clarifier son articulation avec les **rendez-vous de prévention** créés par la LFSS pour 2023 en précisant que ceux qui seront proposés aux 60-65 ans et aux 70-75 ans contribueront au programme ICOPE : ces rendez-vous pourraient donner l'occasion de repérer des fragilités au moyen d'un questionnaire (étape 1) puis, le cas échéant, de conduire l'évaluation approfondie (étape 2). En outre, la commission a prévu que ces rendez-vous donnent lieu à une information sur les conséquences de la grippe en matière de perte d'autonomie.

- L'**article 2** vise à **étendre l'utilisation des registres « canicule » tenus par les maires afin de lutter contre l'isolement social** et mener des démarches « d'aller-vers ». Ces registres, aujourd'hui lacunaires, seraient enrichis par la transmission aux maires de données concernant les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des personnes relevant des GIR 5 et 6 connues par la branche vieillesse. La commission a adopté cet article en veillant à garantir que les CCAS et CIAS seront habilités, comme les ESMS, à utiliser les données de ces registres.

- S'agissant du **financement des Ehpad**, l'**article 11** propose que la dotation soins puisse financer, « *concurrentement avec le forfait global relatif à la dépendance* », des **actions de prévention de la perte d'autonomie**. La commission a jugé pertinent de prévoir des financements dédiés à cet objectif au sein des Ehpad mais a considéré qu'ils devraient être pris en charge par la section soins uniquement. En outre, elle a supprimé l'énumération des catégories d'actions pouvant être financées dans ce cadre.

- En revanche, la commission a **supprimé l'article 1^{er} bis** prévoyant la désignation dans chaque ESMS d'un **référént prévention**. Pour les rapporteurs, la prévention doit irriguer tous les métiers de l'accompagnement et non être l'affaire d'une personne, *a fortiori* bénévole.

II. LA PROMOTION DE LA BIEN-TRAITANCE

A. LES DROITS DES RÉSIDENTS DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

1. Le droit du résident ou du patient de recevoir de la visite, une reconnaissance législative enrichie et précisée par la commission

La crise sanitaire a provoqué – ou révélé – de nombreuses restrictions des visites des familles dans les Ehpad, les autres ESMS ou les établissements de santé. **Les conséquences pour les personnes accueillies et leurs proches ont été terribles** et continuent de produire des effets, comme l'expose le rapport de la mission menée par Laurent Frémont, intitulé « *Lieux entravés, adieux interdits* ». **Dès octobre 2021, le Sénat, à l'initiative du président Bruno Retailleau, a examiné et adopté une proposition de loi tendant à créer un droit de visite en établissements.**

L'article 3 de la proposition de loi « Bien-vieillir » consacre également un droit de visite dans les ESMS et les établissements de santé mais cette consécration modeste et imprécise risque de trouver une application variable et incomplète.

La proposition de loi déjà approuvée par le Sénat apporte une meilleure garantie au résident d'un établissement d'accueil pour personnes âgées ou pour personnes handicapées et au patient d'un établissement de santé quant à son droit d'accueillir dans les murs de l'établissement tout visiteur qu'il consent à recevoir. C'est pourquoi la commission a introduit ces dispositions à l'article 3, qui permettront également de reconnaître un droit absolu, même en période de crise sanitaire, de visiter quotidiennement un malade ou un résident en fin de vie.

2. D'autres dispositions aux intentions vertueuses mais au dispositif juridique inopérant

La commission a supprimé plusieurs articles dont les dispositions étaient pleinement satisfaites par le droit en vigueur ou relevaient du pouvoir réglementaire comme l'article 3 bis prévoyant l'élaboration du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé et l'article 5 bis créant un livret d'accueil en format *facile à lire et à comprendre* (FALC).

L'article 3 bis A consacre l'intégrité psychique des résidents des Ehpad, ainsi qu'un droit à une vie affective et sexuelle. **Les rapporteurs se réjouissent que cet article mette en lumière la question, encore largement taboue et impensée, de la vie affective et sexuelle des personnes âgées hébergées en établissement.** Aux préjugés sociaux sur la sexualité des seniors, s'ajoutent les difficultés pouvant être rencontrées en structure

médico-sociale : proximité induite par la vie collective, séparation avec le conjoint, incapacités physiques, assurance du consentement en présence de troubles psychiques de la personne... Toutefois, les rapporteurs constatent que l'article 3 *bis* A ne répond pas à ces difficultés et s'insère dans un dispositif prévoyant les mesures particulières prises pour restreindre la liberté d'aller et venir des résidents. Pour ces raisons, la commission a supprimé l'article.

B. LES CIRCUITS DE TRAITEMENT DES SIGNALEMENTS DE LA MALTRAITANCE

L'**article 4**, dans sa rédaction transmise au Sénat, prévoit que toute personne ayant connaissance d'un cas de maltraitance envers des personnes âgées ou handicapées doit signaler cette situation à une instance placée auprès de l'ARS. Cette instance aurait ensuite pour mission de transmettre les signalements aux services de l'ARS ou au conseil départemental.

Pour permettre un traitement plus efficace et mieux coordonné des remontées de maltraitance, la commission a préféré **créer une cellule départementale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance sous l'autorité conjointe du président du conseil départemental et de l'ARS**. Cette cellule regrouperait également **les centres départementaux ALMA d'écoute et de recueil des cas de maltraitements envers les personnes majeures vulnérables au moyen du numéro national 3977**. Cette organisation tirera ainsi parti des compétences et des expertises déjà développées par les acteurs locaux.

La commission a également inscrit **le principe d'information de la personne ayant signalé la situation de maltraitance des suites qui ont été données à son signalement**, comme le recommandait le rapport de juillet 2022 de Bernard Bonne et Michelle Meunier.

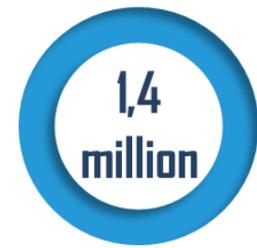
C. LE CRIBLAGE DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Dans la lignée de la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, ayant renforcé le contrôle des antécédents judiciaires dans les structures médico-sociales de l'enfance, la commission a soutenu l'extension, proposée à l'**article 5 bis A**, de l'interdiction d'exercer une activité à domicile d'assistance de majeurs vulnérables ou de garde d'enfants en cas d'antécédents judiciaires. **Cette mesure répond à l'impérieuse nécessité de prendre en charge ou d'accompagner les personnes vulnérables dans des conditions de sécurité prévenant tout risque de maltraitance.**

L'article permet également la consultation du fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (Fijaisv) pour les personnes majeures vulnérables, ce qui permettra de rendre applicables les incapacités légales énoncées par le code de l'action sociale et des familles. La commission a clarifié les conditions dans lesquelles les directeurs de structures médico-sociales pourront être informés d'une mise en examen ou d'une condamnation non définitive afin de suspendre provisoirement l'activité de la personne concernée. Enfin, l'article vise à donner une base légale au système d'information, développé par les ministères sociaux, dont le déploiement est en cours et qui permettra l'application efficace de la loi.

D. UNE RÉFORME A MINIMA DE LA PROTECTION DES MAJEURS

Les travaux d'Anne Caron-Déglise dans le cadre des États généraux de la maltraitance ont permis de nourrir la réflexion sur **l'évolution nécessaire dans le secteur de la protection juridique des majeurs afin de répondre à l'augmentation du nombre de majeurs protégés** due au vieillissement de la population. Pourtant la proposition de loi juxtapose des mesures anecdotiques, sans donner les moyens aux mandataires de mieux poursuivre leurs missions.



de majeurs protégés
d'ici 2024

Ainsi, l'article 5 propose de faire référence à l'autonomie de la personne protégée et à une charte éthique dans les missions assignées aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM), et leur impose des obligations de déclaration au procureur des maltraitances ou délits et crimes constatés. Les rapporteurs soulignent que ces éléments ne font que reprendre ceux présents dans le code civil au sujet des majeurs protégés, de même que **les obligations introduites sont déjà satisfaites par le droit existant**. Sur leur proposition, **la commission a donc réécrit cet article** afin d'en tenir compte.

Par ailleurs, six articles ont été délégués au fond à la commission des lois au sujet de la protection juridique des majeurs, qui a proposé d'en supprimer l'essentiel compte tenu de leur faible ambition.

III. L'URGENCE DE SOUTENIR LE SECTEUR DU DOMICILE

A. DES MESURES VISANT À MIEUX RECONNAÎTRE ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS

- Les métiers de l'aide et du soin à domicile, très majoritairement exercés par des femmes, cumulent de multiples facteurs de pénibilité, des rémunérations faibles associées à des temps partiels souvent subis et une reconnaissance qui n'est pas à la hauteur de leur utilité sociale. Ces métiers souffrent en conséquence d'un profond déficit d'attractivité.

De portée essentiellement symbolique, la **création, à l'article 6, d'une carte professionnelle** de l'accompagnement à domicile est néanmoins attendue depuis la crise sanitaire liée au covid-19. La majorité de ces professionnels ne disposant d'aucun titre ou diplôme, **la commission a ouvert le bénéfice de cette mesure aux personnes justifiant de deux années d'exercice professionnel**. Elle a par ailleurs souhaité qu'un décret précise les facilités qui seraient associées à la détention de la carte.

La reconnaissance de la profession passe avant tout par des conditions de travail respectueuses des professionnels et des usagers et par une revalorisation des rémunérations.

- Les déplacements d'un lieu d'intervention à l'autre et les frais qu'ils occasionnent représentent une contrainte majeure des métiers de l'aide à domicile. Cette contrainte est inégalement compensée par les branches et par les départements.

Aussi, **l'article 7** tend à créer une **nouvelle aide financière de la CNSA aux départements afin de soutenir la mobilité** des professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Le Gouvernement a annoncé que **100 millions d'euros** seraient consacrés à son financement.

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a ajouté un objectif supplémentaire à cette aide : celui de **soutenir l'organisation au profit des professionnels de temps d'échange et de partage de bonnes pratiques**. Elle a également réservé l'aide aux départements assurant le respect de conditions liées au mode de rémunération des temps de déplacement des professionnels et à l'indemnisation des frais de déplacement.

La commission a adopté cet article en incluant, dans le volet mobilité de la mesure, les actions des départements visant à **aider les professionnels à obtenir le permis de conduire**. Elle a par ailleurs **supprimé les conditions relevant de la négociation de branche** et paraissant impossible à garantir par les départements.

B. L'ACCOMPAGNEMENT DE LA TRANSFORMATION DES SERVICES

- L'**article 8** ouvre la possibilité aux départements volontaires de mettre en place, jusqu'au 31 décembre 2027, des **expérimentations relatives à un financement par des dotations forfaitaires des services autonomie à domicile (SAD)** au titre de leur activité d'aide et d'accompagnement.

Malgré l'instauration, par la LFSS pour 2022, d'un tarif plancher et d'une dotation qualité, le financement des services à domicile reste inadapté. L'abandon de la référence horaire n'allant pas de soi, la commission a approuvé le recours à des expérimentations. Toutefois, compte tenu de la situation économique des services à domicile, elle a **ramené leur terme au 31 décembre 2025**.

- La commission a par ailleurs adopté l'**article 8 bis** visant à **aménager la transformation des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) en SAD**, qui doit normalement aboutir avant le 30 juin 2025 :

- en autorisant temporairement, pour une durée maximale de trois ans, un Ssiad à conventionner avec un service proposant des prestations d'aide et d'accompagnement à défaut de présenter une demande d'autorisation en SAD ;

- en prévoyant un délai supplémentaire de trois ans pour les Ssiad obtenant un refus d'autorisation.

IV. LES CONDITIONS D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE DES RÉSIDENTS EN EHPAD



des départements ont recours
à l'obligation alimentaire
des petits-enfants

- La commission a adopté l'**article 9** qui tend à **supprimer l'obligation alimentaire**, en matière d'aide sociale à l'hébergement (ASH), **pour les petits-enfants et leurs descendants**.

Elle a néanmoins entendu sécuriser la mise en œuvre de l'ASH en affirmant dans la loi la compétence du conseil départemental pour fixer unilatéralement, sur la base d'un barème qu'il détermine, le montant de l'obligation alimentaire.

• **L'article 11 bis E** proposait d'instaurer **un droit opposable par les résidents d'Ehpad à voir leur animal domestique accueilli**. Les rapporteurs se réjouissent que ce sujet soit abordé, tant les animaux peuvent être source de réconfort pour les résidents, notamment au moment de l'admission en établissement. Sur leur proposition, la commission a préféré **imposer aux Ehpad de préciser dans leur règlement de fonctionnement les conditions dans lesquelles des animaux domestiques peuvent être accueillis**. Cela doit permettre de s'adapter aux situations mais aussi de prendre en compte les risques que ces animaux peuvent induire pour les résidents.

De même, la commission a adopté l'**article 11 bis F**, qui met en place une **expérimentation afin d'imposer l'ouverture de places dédiées à l'accueil de nuit dans les Ehpad**. Ces **solutions de répit pour les proches aidants** souffrent d'une très faible offre, et les rapporteurs ont donc proposé d'étendre cette expérimentation aux résidences autonomie.

L'article 12 ter impose aux Ehpad de **transmettre leur taux d'encadrement des résidents accueillis à la CNSA**. La commission a adopté cette disposition, tout en soulignant les difficultés qu'il y aurait à diffuser ces données aux proches des résidents d'Ehpad sans contextualisation, tant l'encadrement est fonction des caractéristiques des résidents, notamment en termes de niveau de dépendance.

• En revanche, **l'article 11 bis D a été supprimé par la commission**. Il consistait en une disposition d'affichage, imposant aux Ehpad privés lucratifs de **réserver jusqu'à 10 % de leurs bénéfices au financement d'actions en faveur de l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents**. Or, les groupes d'Ehpad auditionnés ont indiqué consacrer d'ores et déjà plus que cette proportion de leurs bénéfices à de telles actions, et **aucun élément de l'administration n'est venu prouver que ces montants étaient moindres que dans les autres types d'Ehpad**, ce qui faisait courir un risque constitutionnel élevé sur cette mesure.

L'article 11 quater, qui visait à établir un **cahier des charges spécifique pour la qualité nutritionnelle des repas en Ehpad**, a également été **supprimé par la commission**. Ces repas font **déjà l'objet de normes exigeantes** en commun avec d'autres ESMS qui accueillent des personnes présentant des risques de dénutrition et de déglutition comparables, et c'est surtout la prise *effective* des repas par les résidents qui doit faire l'objet d'un effort particulier.

V. DES AJUSTEMENTS DESTINÉS À RENFORCER L'ÉVALUATION ET LE CONTRÔLE DES ESMS

A. UNE SÉCURISATION DES PROCÉDURES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

Introduite par la loi du 2 janvier 2002, l'**évaluation de la qualité des ESMS** a été complétée par la loi « santé » du 24 juillet 2019, qui a confié à la Haute Autorité de santé (HAS) l'élaboration d'un référentiel d'évaluation et l'habilitation des organismes chargés de l'évaluation externe des ESMS. Afin de renforcer l'indépendance et la qualité de ces organismes, la LFSS pour 2022 avait prévu qu'ils soient accrédités par le Comité français d'accréditation (Cofrac) et soumis à un cahier des charges élaboré par la HAS. Ces dispositions ont toutefois été censurées par le Conseil constitutionnel, qui a jugé qu'elles ne trouvaient pas leur place dans une LFSS.

Le Gouvernement a alors fait le choix de modifier par décret¹ la procédure d'évaluation de la qualité. Afin de mettre la loi en conformité avec cette procédure introduite par décret, l'**article 12** reprend les dispositions censurées de la LFSS pour 2022. Il prévoit que les organismes évaluateurs sont accrédités par le Cofrac et que la HAS définit le cahier des charges relatif aux exigences auxquelles sont soumis les organismes chargés des évaluations.

La commission a approuvé ces mesures qui sécurisent un dispositif reposant actuellement sur des normes réglementaires contraires à la loi en vigueur. **Il convient dorénavant de les appliquer**, alors que seulement 1 700 ESMS ont été évalués en 2023 sur un total de près de 40 000 structures devant être évaluées tous les 5 ans. Les moyens nécessaires à l'évaluation devront être suffisants et les gestionnaires accompagnés par les autorités de tutelle.

En outre, **la commission a approuvé la publication par la CNSA d'indicateurs relatifs à l'activité et au fonctionnement des établissements et services**. Elle contribuera à renforcer l'information des usagers sur la qualité de la prise en charge des résidents et des personnes accompagnées. Toutefois, elle n'a pas souhaité que soient énumérés dans la loi les types d'indicateurs concernés, qui devront être définis par décret.

Enfin, **la commission a supprimé l'article 11 bis C** qui propose que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des Ehpad et des établissements pour personnes handicapées comportent des clauses relatives au financement de l'évaluation de la qualité, considérant que les CPOM peuvent déjà comporter de telles stipulations et que les règles de tarification permettent déjà de prendre en compte les charges résultant pour les ESMS de cette évaluation.

¹ Décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

B. DES MESURES RELATIVES AU CONTRÔLE DES ESMS QUI N'APPORTENT QUE PEU D'AVANCÉES

À la suite de « l'affaire Orpea », **les dispositions relatives à la transparence financière et au contrôle des ESMS ont été significativement renforcées**. Le décret du 28 avril 2022 a renforcé les obligations de transmission d'informations financières et budgétaires pesant sur les gestionnaires d'établissements. La LFSS pour 2023 a étendu les prérogatives de contrôle des autorités de tutelle, des corps d'inspection et des juridictions financières sur les ESMS et leurs gestionnaires. Elle a également durci les sanctions applicables aux gestionnaires d'ESMS.

En outre, le Gouvernement avait annoncé en 2022 **un plan de contrôle de 7 500 Ehpad en deux ans**. Entre le 1^{er} janvier 2022 et le 30 septembre 2023, 3 146 Ehpad ont été contrôlés sur place ou sur pièces. Ces contrôles ont notamment donné lieu au prononcé de 1 355 injonctions, de 9 589 prescriptions et 11 318 recommandations. À la suite des injonctions prononcées, 4 décisions de suspension d'activité, 10 décisions de mise sous administration provisoire et 4 décisions de cessation définitive d'activité ont été prises¹.

Application du plan de contrôle des Ehpads annoncé en 2022



Dès lors, la commission considère que ce plan de contrôle doit être mené à son terme et qu'il convient dorénavant, en appliquant la loi, **d'assurer le contrôle régulier et pérenne de l'ensemble des établissements et services du champ social et médico-social**. Si les pouvoirs de contrôle et les sanctions semblent aujourd'hui satisfaisants, il convient de donner aux autorités de contrôle les moyens nécessaires à l'exercice de leur mission et d'accompagner les établissements dans cette démarche, notamment dans les suites données aux contrôles.

¹ Informations communiquées aux rapporteurs par les services du ministère des solidarités.

Ainsi, la **commission a approuvé l'article 12 bis** qui étend les sanctions administratives pouvant être infligées aux établissements et services en cas de méconnaissance de leurs obligations en matière d'information sur les conditions d'accueil, afin de s'assurer de l'application des dispositions qui ont récemment renforcé les droits des personnes accompagnées.

À l'**article 12 quater**, la commission a approuvé l'objectif de **renforcement de la surveillance des pratiques de prise de contrôle d'établissements par des groupes privés**. Pour l'atteindre, la commission a prévu une information préalable des autorités de tutelle dans les deux mois précédant un changement dans les modalités de contrôle direct ou indirect du gestionnaire d'ESMS. Elle a considéré que ce dispositif était plus opérationnel qu'une demande d'autorisation préalable, prévue initialement à cet article, qui se heurte à d'importantes difficultés d'application. La commission a également approuvé l'obligation d'informer les autorités compétentes d'un changement important dans le fonctionnement d'un ESMS dans les deux mois précédant ce changement.

Enfin la **commission a supprimé quatre articles relatifs au contrôle des ESMS** :

- l'**article 11 bis A**, qui prévoit que le préfet de département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental réunissent tous les quatre mois les autorités de contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux ;

- l'**article 11 bis B**, qui propose qu'il puisse être dérogé au renouvellement par tacite reconduction de l'autorisation d'un ESMS sur la recommandation de l'évaluation externe ou si le contrôle réalisé par une des autorités compétentes le mentionne dans ses conclusions ;

- l'**article 11 ter**, qui vise à rendre obligatoire le prononcé d'injonction et d'astreinte à l'encontre des ESMS ne respectant pas la réglementation ou dont le fonctionnement présente des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ;

- l'**article 12 quinquies**, qui impose aux Ehpad privés lucratifs de respecter les conditions relatives à la qualité de société à mission.

VI. LE DÉVELOPPEMENT DE L'HABITAT INCLUSIF ET DES RÉSIDENCES AUTONOMES POUR FAVORISER LE « VIRAGE DOMICILIAIRE »

A. GARANTIR LE FINANCEMENT ET L'AVENIR DE L'HABITAT INCLUSIF

Créé par la loi du 23 novembre 2018 dite « ELAN », l'habitat inclusif est **un mode d'habitation regroupé** proposé, à titre de résidence principale, aux **personnes handicapées** et aux **personnes âgées, assorti d'un projet de vie sociale et partagée** défini par un cahier des charges national.

Il peut s'agir **soit d'un logement loué dans le cadre d'une colocation**, qu'elle soit constituée dans le parc privé ou dans le parc social, **soit d'un ensemble de logements autonomes** situés dans un immeuble ou un groupe d'immeubles comprenant des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée.

La loi autorise à cet effet les organismes HLM à louer aux organismes d'intermédiation locative des logements construits ou aménagés spécifiquement pour l'usage des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap **en vue de les sous-louer**, notamment afin d'y constituer un habitat inclusif.

Dans le but de soutenir le développement de ce type d'habitat, qui constitue l'une des clés de voûte du « virage domiciliaire », la proposition de loi prévoit plusieurs mesures spécifiques, **intégralement réécrites par la commission en vue d'en renforcer la sécurité juridique** :

- **L'article 13 bis A** tend à garantir la qualification des locaux dans lesquels sont constitués les habitats inclusifs en bâtiments d'habitation pour l'application de la réglementation en matière de sécurité contre les risques d'incendie, afin de leur **épargner les contraintes liées au risque de requalification en établissements recevant du public** résultant de la jurisprudence administrative, qui menace le financement et par conséquent l'avenir de l'habitat inclusif ;

Empêcher la qualification des habitats inclusifs en établissements recevant du public permettra d'alléger les contraintes qui leur sont applicables en matière de sécurité contre les risques d'incendie.

- **L'article 13** vise à permettre au porteur du projet de vie sociale et partagée de louer auprès d'un organisme HLM, pour en disposer à titre exclusif, des locaux collectifs résidentiels au sein d'un habitat inclusif constitué en intermédiation locative afin d'intégrer au loyer des logements composant ce dernier des charges correspondant à la mise à disposition de ces locaux ;

• L'**article 13 bis C** autorise le porteur du projet de vie sociale et partagée d'un habitat inclusif constitué en intermédiation locative de sous-louer, au sein de l'habitat inclusif, des logements sociaux à **ses salariés** ou à **des professionnels du secteur médico-social apportant un accompagnement quotidien aux habitants** ;

• L'**article 13 ter** assure la prise en compte par les plans départementaux de l'habitat des objectifs définis par la programmation pluriannuelle de financement de l'habitat inclusif, élaborée par les départements et la CNSA.

La commission a en outre intégré à l'article 1^{er} *bis* A les dispositions de l'**article 13 bis**, qui portait une coordination liée à la substitution de l'aide à la vie partagée (AVP) au forfait pour l'habitat inclusif (FHI), et l'a donc supprimé, de même que l'**article 13 quater**, qui prévoyait la remise au Parlement d'un rapport établissant un cadre juridique et financier pour l'hébergement mixte.

B. ASSOULPIR LE CADRE APPLICABLE AUX RÉSIDENCES AUTONOMIE SANS METTRE EN PÉRIL LA SÉCURITÉ DES RÉSIDENTS

L'**article 13 bis B** visait à supprimer les plafonds d'accueil de personnes âgées dépendantes¹ et de personnes en situation de handicap, d'étudiants et de jeunes travailleurs² applicables aux résidences autonomie.

Compte tenu des révélations de ces dernières années sur la gestion de certains établissements médico-sociaux et dans la mesure où les résidences autonomie ne sont pas des structures médicalisées, **la commission a intégralement réécrit cet article afin de rejeter à la fois :**

- la **suppression des plafonds d'accueil de personnes âgées dépendantes**, qui pourrait se révéler dangereuse, tout en permettant leur assouplissement par décret ;

- la **suppression des plafonds d'accueil d'autres publics**, qui n'est pas justifiée dans la mesure où ces plafonds ne sont généralement pas atteints et où ils peuvent être relevés par décret.

La suppression des plafonds d'accueil de personnes âgées dépendantes constituerait un danger pour les habitants.

¹ La proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 3 est limitée à 15 % de la capacité autorisée et celle de résidents classés dans les GIR 1 à 2 à 10 % de cette capacité.

² La proportion de résidents issus de ces publics est limitée à 15 % au total de la capacité autorisée.

Elle a également **renforcé la sécurité juridique du dispositif**, en garantissant que le dépassement des seuils d'accueil de personnes âgées dépendantes au-delà desquels un établissement relève de la définition de l'Ehpad n'entraînera pas la requalification en Ehpad des résidences autonomie.

Au surplus, la commission a supprimé l'**article 13 bis D**, qui tendait à interdire aux bailleurs d'exiger la remise en l'état de leur logement au départ d'un locataire ayant réalisé **sans leur accord** des travaux d'adaptation des lieux à sa perte d'autonomie ou des travaux de rénovation énergétique, dont l'utilité n'est pas démontrée en pratique. Ces dispositions porteraient, du reste, une atteinte excessive au droit de propriété et présentent par conséquent **un risque majeur de non-conformité à la Constitution**.

Enfin, la commission a modifié l'intitulé de la proposition de loi en « proposition de loi portant diverses mesures relatives au grand âge et à l'autonomie ».

Réunie le mercredi 17 janvier 2024 sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de Jean Sol et Jocelyne Guidez sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France.

Elle a supprimé, suivant l'avis de la commission des lois, les articles 5 *quater* à 5 *sexies*, 5 *octies* et 5 *nonies*, et adopté l'article 5 *decies* dans la rédaction proposée par la même commission, à laquelle l'examen au fond de ces articles a été délégué.

La commission des affaires sociales a examiné au fond les 59 autres articles et adopté la proposition de loi, modifiée par 114 amendements.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE I^{ER}

RENFORCER LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT SOCIAL

Article 1^{er}

Création d'une conférence nationale de l'autonomie

Cet article propose la création d'une conférence nationale de l'autonomie chargée d'assurer le pilotage national de la politique de prévention de la perte d'autonomie. Elle prévoit également l'intégration, au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, d'un centre national de ressources probantes.

La commission a réécrit cet article afin de supprimer la conférence nationale de l'autonomie et de recentrer les missions du centre national de ressources probantes.

I - Le dispositif proposé

A. Le pilotage national de la politique de prévention de la perte d'autonomie

1. Le rôle de la CNSA

a) Les missions de la CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public national à caractère administratif, a été instituée par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie¹. Avec la création de la branche autonomie de la sécurité sociale, elle est devenue la caisse centrale chargée de gérer cette cinquième branche².

L'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale dispose que la CNSA a notamment pour rôle de « *contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement* ».

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

² Ordonnance n° 2021-1554 du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie.

Les missions de la CNSA¹

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche autonomie de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :

- de veiller à l'équilibre financier de cette branche ;
- de piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées ;
- de contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie ;
- de contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants, notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;
- de contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- de contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;
- de contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels.

b) Le conseil de la CNSA

La CNSA est dotée d'un Conseil qui a la particularité d'être plus large que les conseils d'administration des autres caisses de sécurité sociale et de constituer **une forme de « parlement de l'autonomie »**. Il est en effet composé :

- de représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- de représentants des conseils départementaux ;

¹ Article L. 223-5 du code de la sécurité sociale.

- de représentants des organisations syndicales et des organisations professionnelles d'employeurs représentatives ;
- de représentants de l'État ;
- d'un député et d'un sénateur ;
- de représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;
- de personnalités et de représentants d'institutions choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la CNSA¹.

Ce Conseil détermine, par ses délibérations, les orientations de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche autonomie, les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions avec les départements, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes, les principes selon lesquels doit être réparti l'objectif de dépenses pour le financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) ainsi que les orientations des rapports de la CNSA avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers, qui œuvrent dans son champ de compétence.

2. La coordination des conférences des financeurs

La loi « ASV » du 28 décembre 2015² a mis en place, dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie³.

Afin de coordonner au plan national l'action de ces instances, un **comité de pilotage (Copil)** a été mis en place en associant notamment la CNSA, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) et des représentants des départements.

Lors de son audition devant la commission des affaires sociales, la directrice de la CNSA, Virginie Magnant, a indiqué que « *cette instance, technique, a simplement vocation à coordonner le soutien apporté aux acteurs territoriaux des conférences des financeurs. Elle a notamment contribué à doter ces conférences de méthodes leur permettant de définir des programmes concertés de prévention de la perte d'autonomie, ainsi que d'outils d'évaluation. Toutefois, sa composition l'empêche de jouer le rôle d'une véritable instance de pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie.* »⁴

¹ Art. L. 223-7 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement.

³ Pour plus de précisions, le lecteur est invité à se reporter au commentaire de l'article 1^{er} bis A.

⁴ Voir le compte rendu de l'audition du 20 décembre 2023 annexé au présent rapport.

3. La préfiguration d'un centre national de ressources et de preuves

La CNSA s'est vue confier, dans le cadre de sa COG 2022-2026, la responsabilité de préfigurer et mettre en place un « centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie » tel que prévu par la stratégie nationale « Vieillir en bonne santé 2020-2022 ».

Inspiré du modèle britannique des « *What Works Centres* », ce centre vise à étayer l'action publique en mobilisant et en rendant accessibles des conclusions tirées de la recherche, ou « données probantes »¹. Son champ d'intervention prioritaire concerne les actions collectives de prévention financées dans le cadre des conférences des financeurs².

Comme l'a indiqué la CNSA lors de son audition devant la commission, la mission de préfiguration de ce centre a été installée à la fin de l'année 2022, puis il a constitué sa gouvernance, commencé à recruter et noué des partenariats avec les gérontopôles dans le courant de l'année 2023³.

En 2022, le budget dédié à cette structure s'élevait à 3,8 millions d'euros⁴.

Les « *What Works Centres* »⁵

Au Royaume-Uni, les *What Works Centres* sont des structures dédiées au recueil et au transfert de la connaissance – notamment des évaluations d'impact de pratiques de terrain – dans différents champs de l'action publique.

Ces centres ont eu pour modèle le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), fondé en 1999. Grâce à ses méthodes rigoureuses et à son influence sur les pratiques médicales, le NICE est devenu un pionnier de la politique de santé fondée sur la preuve.

À partir de 2011, six nouveaux centres inspirés de ce modèle ont été créés dans divers domaines :

- l'éducation des enfants défavorisés (*Education Endowment Foundation*) ;
- la prévention précoce (*Early Intervention Foundation*) ;
- le développement économique local (*What Works Centre for local economic growth*) ;
- la prévention de la criminalité (*What Works Centre for crime reduction*) ;

¹ Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les données probantes sont des conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé.

² Source : CNSA.

³ Voir le compte rendu de l'audition du 20 décembre 2023 annexé au présent rapport.

⁴ Source : commission des finances du Conseil de la CNSA du 4 mars 2022.

⁵ Source : Agence nouvelle des solidarités actives, *What Works Centres* britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?, mars 2017.

- la promotion du bien-être (*What Works Centre for Wellbeing*) ;
- l'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes (*Centre for Ageing Better*).

Deux centres visent aussi la territorialisation de cette approche, au niveau de deux des nations du Royaume-Uni : l'Écosse (*What Works Scotland*) et le Pays de Galles (*Public Policy Institute for Wales*).

B. La proposition de formaliser une coordination nationale

1. La création de la conférence nationale de l'autonomie

Le **1° de l'article 1^{er}** tend à créer, dans un nouvel article L. 233-1 A du code de l'action sociale et des familles, une **conférence nationale de l'autonomie chargée d'assurer le pilotage national de la politique de prévention** de la perte d'autonomie.

Cette instance serait chargée de définir, dans le cadre d'un plan pluriannuel, les axes prioritaires pour l'élaboration des programmes coordonnés de financement des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie¹.

La composition de la conférence nationale de l'autonomie serait fixée par décret.

2. La création d'un centre national de preuves

La conférence s'appuierait sur un **centre national de preuves de prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques**. Il s'agit de pérenniser le centre qui fait l'objet d'une mission de préfiguration par la CNSA (*cf. supra*).

Piloté par la CNSA, **celui-ci évaluerait et labelliserait les équipements et aides techniques individuelles** favorisant le soutien à domicile ou la prévention de la perte d'autonomie en établissement.

3. L'ajustement des dispositions relatives aux conférences des financeurs

Le **a du 3°** vise à articuler l'action des conférences des financeurs avec le rôle de la conférence nationale de l'autonomie en précisant que **les programmes coordonnés de financements sont définis dans le respect des axes prioritaires du plan pluriannuel** établi par la conférence nationale de l'autonomie.

Le **b du 3°** rattache l'axe d'amélioration de l'accès aux équipements et aides techniques individuelles des programmes coordonnés de financement à l'action du centre national de preuves en matière d'évaluation et de labellisation de ces matériels.

¹ Pour plus de précisions, le lecteur peut se reporter au commentaire de l'article 1^{er} bis A.

En outre, il tend à compléter cet axe en mentionnant la **mise en place de plateformes de location** parmi les dispositifs pouvant être financés.

Le **c du 3°** vise à mettre à jour une référence aux services autonomie à domicile.

Enfin, le **2°** opère une coordination au sein du code de l'action sociale et des familles en créant une section consacrée à la conférence des financeurs comprenant les articles L. 233-1 à L. 233-6.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications adoptées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales a adopté deux amendements de Cyrille Isaac-Sibille (Démocrates) tendant à :

- confier au ministre chargé de la politique de prévention de la perte d'autonomie la présidence de la conférence nationale de l'autonomie ;

- renommer le centre national de preuves de prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques en « **centre national de ressources probantes** ».

À l'initiative de François Gernigon (Horizons), la commission a précisé que **la conférence nationale de l'autonomie assure également le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan pluriannuel dans les conférences des financeurs.**

Par ailleurs, elle a adopté quatre amendements identiques de Yannick Neuder (Les Républicains), Laurent Panifous (LIOT), Sébastien Peytavie (Écologiste) et d'Anne Bergantz (Démocrates) afin d'ajouter un **nouvel axe** aux programmes coordonnés de financement des conférences des financeurs **relatif au développement d'actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées (d du 3°)**.

Enfin, la commission a adopté deux amendements rédactionnels de la rapporteure Laurence Cristol et de Cyrille Isaac-Sibille.

B. Les modifications adoptées en séance publique

1. L'ajout de précisions concernant les missions et le fonctionnement de la conférence nationale de l'autonomie et du centre de ressources probantes

En séance publique, les députés ont adopté un amendement de Cyrille Isaac-Sibille tendant à **préciser les missions de la conférence nationale de l'autonomie et celles du centre de ressources probantes.**

La conférence nationale serait ainsi chargée :

- de **fixer les priorités de la politique de prévention** et d'accompagnement de la perte d'autonomie **et les indicateurs permettant de l'évaluer** ;

- de **coordonner les acteurs** impliqués dans la politique de prévention et d'accompagnement de la perte d'autonomie **ainsi que les stratégies de communication** des politiques publiques en faveur de l'autonomie et contre l'âgisme.

Il est précisé que la conférence nationale s'appuierait notamment sur la CNSA pour la déclinaison de cette politique.

Quant au centre de ressources probantes, il serait également chargé :

- de capitaliser et de diffuser les actions de prévention de la perte d'autonomie ;

- d'élaborer des référentiels d'actions et de bonnes pratiques.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement de Paul Christophe (Horizons) afin de confier à la conférence nationale de l'autonomie une **mission de sensibilisation** à la « *prévention primaire pour le bien-vieillir* ».

À l'initiative de Jérôme Guedj (Socialistes), elle a précisé que la conférence nationale **se réunirait au moins une fois par an**.

2. Des modifications concernant les conférences des financeurs

Deux amendements identiques de Thibaut Bazin (Les Républicains) et de Martine Étienne (La France insoumise) ont **supprimé la référence, ajoutée en commission, à la mise en place de plateformes de location** parmi les dispositifs pouvant être financés par les conférences des financeurs au titre de l'amélioration de l'accès aux équipements et aides techniques individuelles.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement de Stéphanie Rist (Renaissance) précisant que les programmes coordonnés de financement des conférences des financeurs doivent être définis en lien avec le gérontopôle compétent¹ (**aa du 3°**).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Cf. *commentaire de l'article 1^{er} bis B*.

III - La position de la commission : recentrer l'article sur la création du centre national de ressources probantes

De manière symptomatique de l'improvisation dans laquelle cette proposition de loi a été rédigée, **cet article est pour une large part incompatible avec les dispositions d'autres articles du texte**, notamment l'article 1^{er} bis A¹.

Si la politique de l'autonomie souffre d'un défaut de coordination au niveau territorial, force est de constater que la mise en place d'une conférence nationale de l'autonomie, bien qu'elle fasse l'objet de l'article 1^{er} de la proposition de loi, n'a pas été mentionnée au cours des auditions menées par les rapporteurs comme un apport significatif du texte. Cette instance pourrait au contraire complexifier inutilement le paysage.

En revanche, la création d'un centre national de ressources probantes au sein de la CNSA présente l'intérêt de promouvoir une culture de l'expérimentation sociale et de l'évaluation d'impact. Toutefois, lors de son audition par la commission des affaires sociales, Virginie Magnant, directrice de la CNSA, a émis des **réserves sur la mission de labellisation des aides techniques** prévue par le texte, considérant que cette mission représenterait une charge importante, nécessitant une trentaine d'ETP supplémentaires pour le centre, et invoquant un manque de légitimité de la caisse sur ce sujet².

À l'initiative des rapporteurs, la commission a donc adopté un **amendement COM-142 supprimant la conférence nationale de l'autonomie** ainsi que les dispositions de l'article 1^{er} relatives aux conférences des financeurs.

En conséquence, l'amendement rapatrie au sein du code de la sécurité sociale, avec les dispositions relatives à la CNSA, la création en son sein du centre national de ressources probantes. Il supprime enfin la mission de labellisation des aides techniques de ce centre.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ En l'état, cet article ne pourrait prendre effet que jusqu'à la date d'entrée en vigueur du I de l'article 1^{er} bis A, soit au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2025.

² Voir le compte rendu de l'audition du 20 décembre 2023 annexé au présent rapport.

Article 1^{er} bis A

Création du service public départemental de l'autonomie

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à créer dans chaque département un service public départemental de l'autonomie (SPDA) chargé de coordonner les services et les aides au bénéfice des personnes âgées et des personnes handicapées et d'assurer la continuité des parcours.

La commission a modifié cet article afin, notamment, de préciser les objectifs et les missions du SPDA et de prévoir la possibilité d'un pilotage à l'échelle infra-départementale.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : une refonte de la gouvernance et de l'organisation territoriale des politiques d'autonomie

A. La coordination encore inaboutie des politiques de l'autonomie

1. La mise en place de dispositifs de coordination

a) Les conférences des financeurs

Les conférences départementales des financeurs ont été créés par la loi « ASV » du 28 décembre 2015¹.

Dans chaque département, la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire, 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 relatif aux personnes en perte d'autonomie et par le projet régional de santé².

Le programme coordonné de financement défini par la conférence doit répondre à **cinq objectifs** :

- 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 ;

- l'attribution du « forfait autonomie » aux résidences autonomie³ ;

- la coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les services autonomie à domicile intervenant auprès des personnes âgées ;

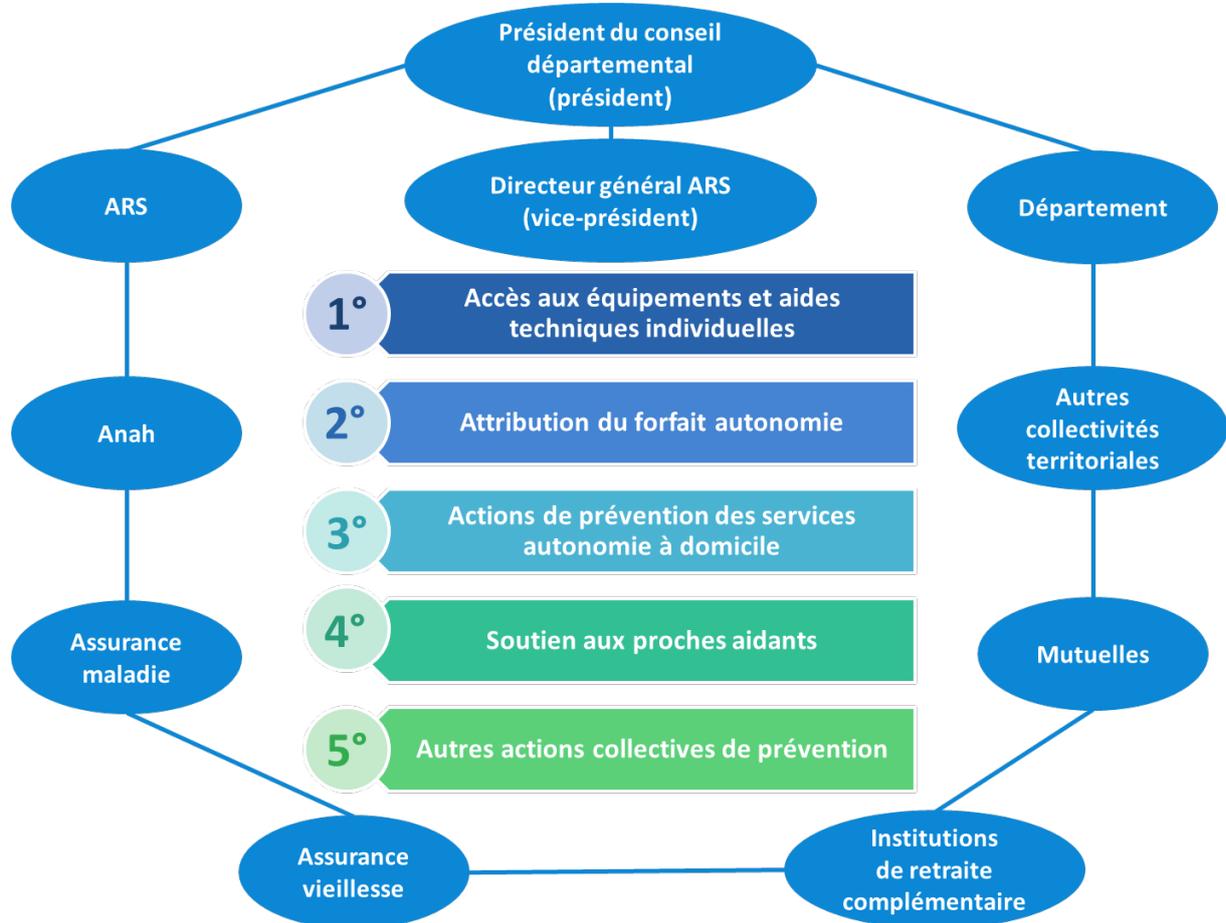
¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement.

² Article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

- le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- le développement d'autres actions collectives de prévention.

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

La conférence des financeurs est présidée par le président du conseil départemental, et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ou son représentant en assure la vice-présidence. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

Réunissant les personnes physiques ou morales qui contribuent au financement d'actions entrant dans son champ de compétence, la conférence des financeurs comporte des représentants¹ :

- du département et, sur décision de leur assemblée délibérante, d'autres collectivités territoriales et d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ;

- de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) dans le département et de l'agence régionale de santé (ARS) ;

¹ Article L. 233-3 du code de l'action sociale et des familles.

- des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire ;

- des organismes régis par le code de la mutualité.

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

La conférence départementale des financeurs est compétente sur le territoire de la métropole créée sur le ressort départemental lorsque celle-ci exerce les compétences relatives aux personnes âgées. Elle est alors dénommée « conférence départementale-métropolitaine de la prévention de la perte d'autonomie », comporte des représentants de la métropole et est présidée par le président du conseil de la métropole¹.

Le périmètre d'intervention de la conférence des financeurs a été élargi par la loi « ELAN » du 23 novembre 2018 au financement de l'habitat inclusif². Lorsqu'elle intervient dans ce domaine, elle est alors dénommée « conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées »³.

Lorsqu'elle se réunit dans cette formation, la composition de la conférence des financeurs est complétée par des représentants des services départementaux de l'État compétents en matière d'habitat et de cohésion sociale⁴.

Elle recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement de l'habitat inclusif, dont le financement par le forfait habitat inclusif⁵, en s'appuyant sur les diagnostics territoriaux existants et partagés entre les acteurs concernés.

Les concours de la CNSA aux départements contribuent au financement des dépenses de la conférence des financeurs⁶.

Les dépenses relatives à l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles ainsi que celles relatives au développement d'autres actions collectives de prévention bénéficient, pour au moins 40 % de leur montant, à des personnes ne remplissant pas les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles. Elles sont gérées par le département, qui peut déléguer cette gestion par convention à l'un des membres de la conférence des financeurs suivant des modalités fixées par décret.

¹ Article L. 233-5 du code de l'action sociale et des familles.

² Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

³ Article L. 233-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Article L. 233-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ Article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles.

⁶ Article L. 233-2 du code de l'action sociale et des familles.

Les aides individuelles accordées dans le cadre des actions visant à favoriser le soutien à domicile et financées par le département par le concours correspondant aux autres actions de prévention doivent bénéficier aux personnes remplissant des conditions de ressources variables selon la zone géographique de résidence et définies par décret. Cette règle s'applique également aux financements complémentaires alloués par d'autres membres de la conférence des financeurs.

Le président du conseil départemental transmet à la CNSA 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, qui comportent des indicateurs présentés par sexe¹.

En 2022, d'après la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), **les membres des conférences des financeurs ont financé plus 415 000 aides et actions de prévention pour un montant de plus de 108 millions d'euros** (contre 95 millions en 2021 et 81 millions en 2020). **Les concours versés par la CNSA**, qui s'ajoutent à ces montants, **ont été mobilisés à hauteur de 152 millions d'euros en 2022** (après 147,4 millions d'euros en 2021 et 144,8 millions d'euros en 2020) **pour financer près de 198 000 aides et actions**. Les concours de la CNSA ont ainsi représenté 58,3 % des financements en 2022 alors que cette part était de 64 % en 2019, ce qui montre leur effet incitatif sur les dépenses des autres financeurs.

Selon la DGCS, **les inégalités territoriales restent toutefois importantes** : l'effort de prévention total par habitant de 60 ans et plus s'échelonnait entre les départements de 2,3 euros à 15,2 euros en 2021.

b) Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé² a créé un **dispositif d'appui à la coordination (DAC)** pour les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux en vue de la coordination des parcours de santé qu'ils estiment complexes, quels que soient l'âge, l'autonomie, ou la pathologie de la personne, afin d'améliorer le service rendu à la population et de concourir à la structuration des parcours de santé. Ils ont vocation à intégrer l'ensemble des dispositifs de coordination existants :

- les réseaux de santé ;
- les « MAIA » (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) ;

¹ Article L. 233-4 du code de l'action sociale et des familles.

² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé – Article 23.

- les plateformes territoriales d'appui (PTA) ;
- les coordinations territoriales d'appui (CTA) de l'expérimentation du parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA).

Les centres locaux d'information et de coordination (Clic) peuvent également rejoindre ce dispositif sur décision du conseil départemental.

Les DAC ont trois missions principales :

- en lien avec le médecin traitant, assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels ;
- contribuer, avec d'autres acteurs et de façon coordonnée, à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en matière d'accueil, de repérage des situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement ;
- participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé¹.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) recensait **132 DAC en novembre 2022**, représentant 4 414 équivalents temps plein (ETP). 55 % étaient des dispositifs départementaux et 38 % des dispositifs infra-départementaux².

Les MAIA

La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants dans une **démarche d'intégration des services d'aide et de soins**.

Elle vise à apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

Elle repose sur la concertation entre les acteurs, un guichet intégré et un suivi intensif au long cours des situations par un gestionnaire de cas.

A l'issue de son déploiement sur le territoire, entre 2011 et 2016, la MAIA comptait, au 1^{er} janvier 2017, 352 dispositifs couvrant 98 % du territoire français, financés à hauteur de 98,6 millions d'euros par la CNSA³.

¹ Article L. 6327-2 du code de la santé publique.

² Source : enquête DGOS menée auprès des ARS, novembre 2022.

³ Source : CNSA.

2. Les appels à la création d'un service public territorial de l'autonomie

a) La mission Libault

En décembre 2020, le Gouvernement a confié à Dominique Libault, qui avait piloté la concertation « Grand âge et autonomie » en 2019, une mission à visée opérationnelle centrée sur trois priorités :

- proposer une méthode de généralisation d'un point d'entrée clairement identifié pour les personnes en perte d'autonomie ;
- formaliser la bonne articulation entre les dispositifs de coordination et les dispositifs d'accompagnement de la personne âgée ;
- créer et animer un comité « autonomie et parcours de soins ».

Selon le rapport remis par Dominique Libault en mars 2022, intitulé « *Vers un service public territorial de l'autonomie* », une partie des difficultés mises en avant par les usagers tient au cloisonnement historique entre d'une part, les politiques d'accompagnement social et médico-social des personnes âgées et en situation de handicap et, d'autre part, les politiques de prise en charge des soins.

Le rapport plaide pour la mise en place, dans tous les départements, d'un véritable service public territorial de l'autonomie (SPTA) ayant pour objectif de « créer les conditions d'un rassemblement des acteurs de l'autonomie, institutionnels et professionnels des structures sanitaire, sociale et médico-sociale existantes, dans un ensemble cohérent, articulé et interdépendant, pour aboutir à une meilleure qualité d'accompagnement de la personne âgée et en situation de handicap ainsi que de ses aidants, que celle obtenue par les acteurs de manière individuelle et/ou sectorielle ».

Ce SPTA s'appuierait sur **un guichet unique pouvant disposer de plusieurs points de proximité** sur le territoire.

Il assurerait **un socle minimum de quatre types d'actions** articulées entre elles :

- l'accueil, l'information, l'orientation et la mise en relation des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap et de leurs aidants ;
- l'instruction, la délivrance et la réévaluation des aides et des prestations ;
- l'appui aux solutions concrètes, comprenant aussi bien les aides et appuis, au profit des professionnels des secteurs social, médico-social, sanitaire ou autres, à la gestion concrète, au suivi et à l'accompagnement dans la durée de l'ensemble des personnes, que la mobilisation de l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs de droit commun pour proposer une réponse concrète globale et inclusive ;
- les actions de prévention, de repérage et d'« aller-vers ».

Le rapport recommande la mise en place d'une **gouvernance décloisonnée et simplifiée** autour d'une **conférence territoriale de l'autonomie**. Dans ce cadre, la gouvernance du SPTA serait exercée **conjointement par le conseil départemental et l'ARS**.

b) Le CNR « bien vieillir »

Le volet « bien vieillir » du Conseil national de la refondation (CNR), lancé le 11 octobre 2022, s'est terminé par un séminaire national de restitution le 4 avril 2023.

Parmi les mesures proposées, et retenues par le ministre des solidarités, figure la création d'un service public territorial de l'autonomie *« ayant pour objet d'apporter une réponse globale et inclusive en mobilisant les acteurs des politiques publiques de droit commun dans une logique de garantie de citoyenneté »*¹.

B. La mise en place d'une coordination unifiée

Cet article a été inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement, modifié par un sous-amendement de Thibaut Bazin (Les Républicains), deux sous-amendements de Cyrille Isaac-Sibille (Démocrates), un sous-amendement de Jérôme Guedj (Socialistes et apparentés - NUPES) et quatre sous-amendements de la rapporteure Laurence Cristol.

1. La création d'un service public départemental de l'autonomie²

Le **1° du I** tend à compléter le chapitre IX du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles d'une section 3 intitulée : « Service public départemental de l'autonomie ».

Il prévoit, dans un nouvel article L. 149-5, la **mise en place, dans chaque département ou chaque collectivité exerçant les compétences des départements, d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA)**. Celui-ci aurait pour **objectif de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et des proches aidants en garantissant que les services et les aides dont ils bénéficient soient coordonnés et que la continuité de leur parcours soit assurée**, dans le respect de leur volonté. À cet effet, ses membres coordonneraient leurs actions respectives et transmettraient les informations nécessaires aux demandes des personnes, quel que soit le service qu'elles sollicitent en première intention.

¹ Axe « Promouvoir le lien social et la citoyenneté », mesure n° 23.

² Cette dénomination a été substituée à celle de « service public territorial de l'autonomie » par le sous-amendement de M. Thibaut Bazin.

a) Les missions du service public départemental de l'autonomie

Ce SPDA exercerait les **quatre missions suivantes**, dans le respect des compétences respectives de ses membres :

- **réaliser l'accueil, l'information, l'orientation** des personnes âgées, des personnes handicapées et des proches aidants, et apporter à leurs demandes, ainsi qu'à celles des professionnels concernés, une réponse complète et coordonnée afin de favoriser un égal accès au service et une coordination dans l'accompagnement et les actions entreprises ;

- **s'assurer de la réalisation de l'instruction, de l'attribution et de la révision des droits** des personnes âgées et handicapées par les services qui en ont la charge dans le respect des délais légaux ;

- **assister les professionnels** des secteurs social, médico-social et sanitaire intervenant auprès des bénéficiaires du SPDA dans l'élaboration de réponses globales et adaptées aux besoins de chaque personne ;

- **diffuser, planifier et réaliser des actions d'information et de sensibilisation** aux démarches de prévention individuelle, des offres de prévention collective ainsi que des actions de repérage et d'une démarche volontaire pour aller vers les personnes en situation de handicap fragiles et les personnes vulnérables âgées. Ces actions et ces offres seraient évaluées et fournies par le centre national de ressources probantes créé par l'article 1^{er} de la présente proposition de loi¹.

Pour l'exercice de ces missions, le SPDA devrait respecter un **cahier des charges national**, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et des personnes handicapées, qui préciserait notamment les modalités de la participation de ses membres. Ce cahier des charges préciserait également le socle commun des missions assumées par le SPDA et définirait un référentiel de qualité de service. Il pourrait faire l'objet d'adaptations dans les départements et collectivités d'outre-mer.

b) La composition du service public départemental de l'autonomie

Dans un nouvel article L. 149-6, seraient mentionnées les personnes assurant conjointement le SPDA :

- **les départements, qui en assureraient le pilotage**, les communes et leurs groupements ainsi que leurs établissements publics ;

- **les agences régionales de santé (ARS) ;**

- les rectorats d'académie ;

- les services de l'État chargés de l'emploi et de l'égalité professionnelle, l'opérateur France Travail (ex-Pôle emploi), l'Afpa et l'Unédic ;

¹ Voir le commentaire de l'article 1^{er}.

- certains établissements et services sociaux et médico-sociaux : établissements et services d'accompagnement par le travail (Ésat) ; établissements de réadaptation et de préorientation professionnelle (ESRP et ESPO) ; établissements et services qui accueillent ou aident à domicile des personnes âgées ; établissements et services qui accueillent ou aident à domicile des personnes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ; centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité ; services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ; services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial ;

- les établissements publics de santé ;

- les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) ;

- les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ;

- les organismes locaux et régionaux de sécurité sociale ;

- les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et maisons départementales de l'autonomie (MDA) ;

- les maisons France services.

Ces organismes et services partageraient les informations strictement nécessaires à l'accomplissement des missions du SPDA dans les conditions fixées par un décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) (nouvel article L. 149-9).

c) La gouvernance du service public départemental de l'autonomie

• **La conférence territoriale de l'autonomie**

De nouveaux articles L. 149-7, L. 149-8, L. 149-10 et L. 149-11 du code de l'action sociale et des familles institueraient dans chaque département une conférence territoriale de l'autonomie. Celle-ci serait chargée :

- de **coordonner l'action des membres du SPDA**. À cette fin, elle élaborerait un programme d'actions annuel déclinant, en fonction des besoins du territoire, les objectifs à atteindre fixés par la conférence nationale de l'autonomie ainsi que les moyens et contributions respectifs des membres. Elle veillerait au respect du cahier des charges du SPDA ;

- **d'allouer des financements** pour prévenir la perte d'autonomie et pour soutenir le développement de l'habitat inclusif.

La conférence territoriale de l'autonomie n'aurait pas la personnalité morale. Elle serait présidée par le président du conseil départemental et la vice-présidence en serait assurée par le directeur général de l'ARS. Elle serait composée d'une partie des membres du SPDA : départements et bloc communal, ARS, rectorats et service public de l'emploi. Toute autre personne physique ou morale concernée pourrait y participer sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit de la conférence.

Elle serait réunie au moins une fois par an, notamment pour consulter ses membres sur le programme d'actions annuel.

Le président de la conférence territoriale de l'autonomie présenterait chaque année, avant le 1^{er} avril, le bilan du programme d'actions de l'année précédente et le programme d'actions pour l'année courante au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA).

• La commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Une formation spécifique de la conférence territoriale de l'autonomie, dénommée « commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie », **reprendrait pour l'essentiel les attributions et le circuit financier de l'actuelle conférence des financeurs.**

Elle réunirait de droit les départements, le bloc communal, les ARS et le service public de l'emploi, ainsi que des représentants :

- de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) dans le département ;
- des mutuelles ;
- des fédérations d'institutions de retraite complémentaire ;
- des organismes locaux et régionaux de sécurité sociale.

Toute autre personne concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie pourrait y participer sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

Le président du conseil départemental en assurerait la présidence et aurait voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

La commission des financeurs serait chargée d'établir un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, dans le respect des axes prioritaires définis dans le plan pluriannuel établi par la conférence nationale de l'autonomie. Les financements alloués interviendraient en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic serait établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie et par le projet régional de santé.

Le programme coordonné de financement défini par la commission des financeurs porterait sur les axes retracés dans le tableau ci-après.

Comparaison du contenu des programmes coordonnés de financement dans le cadre des actuelles conférences des financeurs et des commissions des financeurs des services publics départementaux de l'autonomie

Conférence des financeurs (droit existant)	Commission des financeurs du SPDA (droit proposé)
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	Amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile, notamment ceux évalués et labellisés ou recensés par le centre de ressources probantes¹, par la mise en place de plateformes de location et par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition
Attribution du « forfait autonomie »	Attribution du « forfait autonomie »
Coordination et appui des actions de prévention mises en œuvre par les services autonomie à domicile (SAD) intervenant auprès des personnes âgées	Coordination et soutien des actions de prévention mises en œuvre par les services autonomie à domicile (SAD) intervenant auprès des personnes âgées
	Coordination et soutien des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) intervenant auprès des personnes âgées²
Soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie	Soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie
Développement d'autres actions collectives de prévention	Développement d'autres actions collectives de prévention
	Développement d'actions de lutte contre l'isolement des personnes âgées

Il est précisé que **les concours de la CNSA aux départements contribueraient au financement des dépenses liées à la coordination du SPDA et au fonctionnement de la commission des financeurs.**

¹ Cf. commentaire de l'article 1^{er}.

² Le texte rétablit la référence aux Spasad qui avait été remplacée par la référence aux SAD par l'article 44 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Les dépenses relatives à l'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles ainsi que celles relatives au développement d'autres actions collectives de prévention bénéficieraient, pour au moins 40 % de leur montant, à des personnes ne remplissant pas les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles. Elles seraient gérées par le département, qui pourrait déléguer cette gestion par convention à l'un des membres de la commission des financeurs suivant des modalités fixées par décret.

Les aides individuelles accordées dans le cadre des actions visant à favoriser le maintien à domicile et financées par le département par le concours correspondant aux autres actions de prévention bénéficieraient à des personnes remplissant des conditions de ressources variables selon la zone géographique de résidence et définies par décret. Cette règle s'appliquerait également aux financements complémentaires alloués par d'autres membres de la commission des financeurs.

Le président du conseil départemental transmettrait chaque année à la CNSA, au plus tard le 30 juin, un rapport d'activité et les données nécessaires au suivi de la commission, comportant des indicateurs par sexe. Le défaut de transmission de ces informations après mise en demeure par la CNSA ferait obstacle à tout nouveau versement au département à ce titre.

- **La commission des financeurs de l'habitat inclusif**

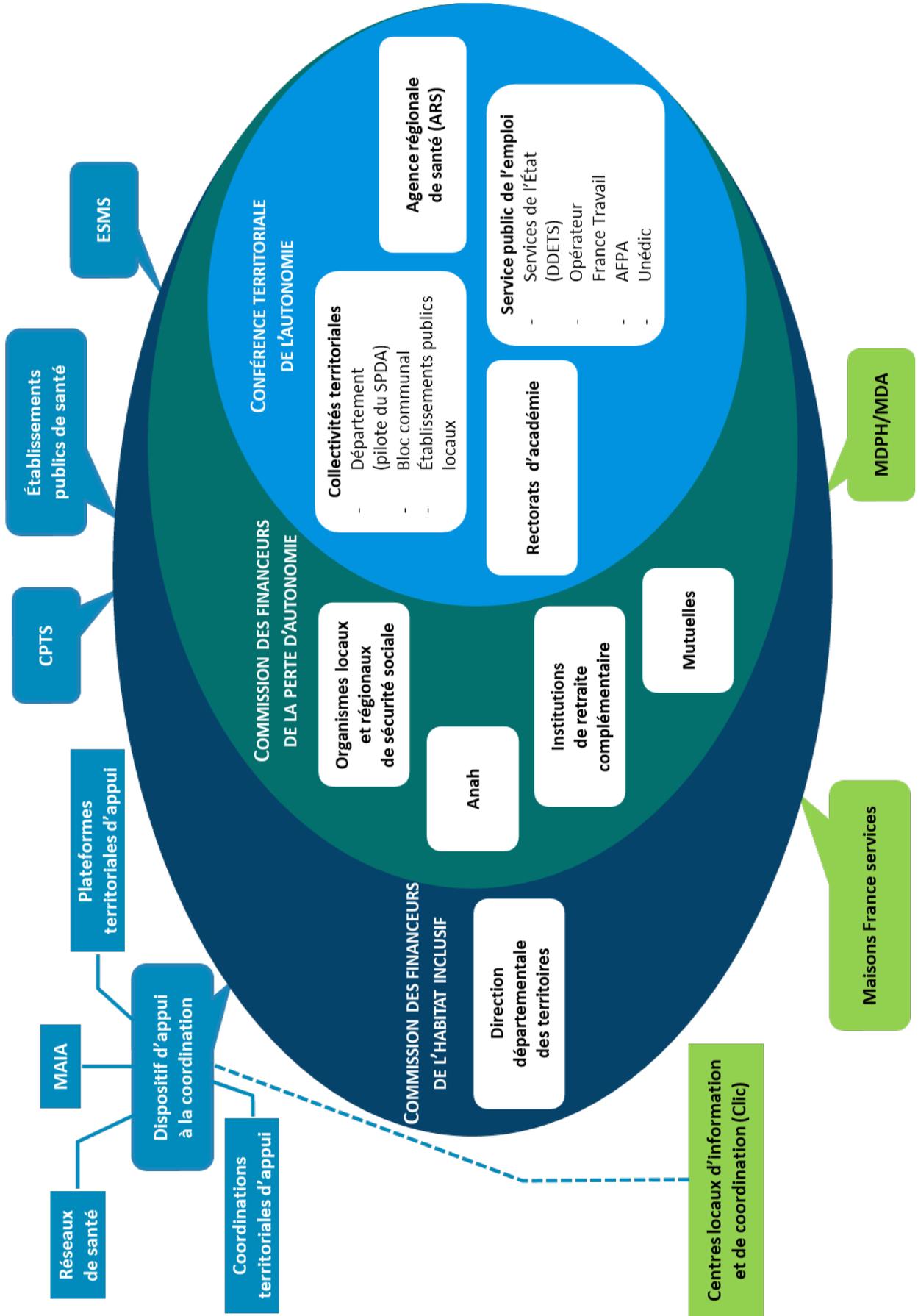
Comme l'actuelle conférence des financeurs, la commission des financeurs serait également **compétente en matière d'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées**. Pour l'exercice de cette compétence, elle serait dénommée « commission des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées ».

Cette formation serait chargée de recenser les initiatives locales et de définir un programme coordonné de financement de l'habitat inclusif, dont le financement serait assuré par le forfait habitat inclusif¹, en s'appuyant sur les diagnostics territoriaux existants et partagés entre les acteurs concernés.

La composition de cette commission serait complétée par des représentants des services départementaux de l'État compétents en matière d'habitat et de cohésion sociale.

¹ Article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service public départemental de l'autonomie (SPDA)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

d) Les dispositions d'application

Les modalités d'application de cette nouvelle section sont renvoyées à un décret en Conseil d'État (nouvel article L. 149-12).

2. Le rôle de coordination de la CNSA

Le II complète la définition du rôle de la CNSA à l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale afin de mentionner le SPDA, dont elle assurerait l'animation et la coordination.

3. L'abrogation de dispositions existantes

En conséquence de l'introduction de ces dispositions, le 2° du I tend à abroger les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'actuelle conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (chapitre III du titre III du livre II).

4. L'entrée en vigueur du dispositif

Cet article entrerait en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le **1^{er} janvier 2025 (III)**.

II - La position de la commission : affirmer la logique de parcours, territorialiser le pilotage du SPDA

Sans attendre l'adoption de la proposition de loi, le ministère chargé des solidarités a adressé aux départements un appel à manifestation d'intérêt afin de préfigurer le SPDA. À l'issue de l'examen des candidatures, **18 départements¹ ont été retenus pour expérimenter le dispositif en 2024².**

Les rapporteurs observent que le dispositif proposé ne supprime rien mais ajoute une couche de coordination supplémentaire avec le SPDA et la conférence territoriale de l'autonomie. En outre, on ne retrouve pas dans le texte la notion de point d'entrée unique pour les usagers qui sous-tend le rapport de Dominique Libault sur le SPTA.

La commission des financeurs du SPDA resterait spécialisée, comme l'actuelle conférence des financeurs, dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, et ne serait pas compétente en matière de soutien de l'autonomie des personnes en situation de handicap (sauf, comme aujourd'hui, en matière d'habitat inclusif).

¹ *Alpes-Maritimes, Aveyron, Corrèze, Finistère, Gironde, Guyane, Hauts-de-Seine, Hérault, Loir-et-Cher, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Nord, Pas-de-Calais, Sarthe, Seine-Maritime, Seine-Saint-Denis, Somme, Yvelines.*

² *« Aurore Bergé, ministre des Solidarités et des Familles, annonce les 18 départements préfigureurs du service public départemental de l'autonomie », communiqué de presse du ministère des solidarités et des familles du 22 décembre 2023.*

Les rapporteurs considèrent que la logique de parcours doit être un pilier du SPDA et doit s'inscrire dans la perspective du virage domiciliaire de nos politiques de soutien à l'autonomie. À leur initiative, la commission a adopté un **amendement COM-145 afin d'ajouter, parmi les objectifs du SPDA, le soutien du maintien à domicile des personnes accompagnées**. De plus, cet amendement tend à préciser que la mission d'accueil, d'information et d'orientation du SPDA s'accompagne du **suivi dans la durée des personnes âgées et des personnes en situation de handicap**.

La commission a également adopté deux amendements de Guylène Pantel précisant que le SPDA apporte une réponse adaptée aux besoins des personnes (COM-122) et individualisée (COM-123). Un autre amendement de Mme Pantel, adopté par la commission, prévoit que le cahier des charges du SPDA sera arrêté après consultation des associations représentatives des usagers (COM-126).

La commission a prévu, à l'initiative des rapporteurs, que les Cap emploi seraient membres du SPDA au même titre que l'opérateur France Travail (ex-Pôle emploi) (COM-148).

Considérant que les politiques territoriales de soutien à l'autonomie devaient pouvoir être menées au plus près du terrain, au niveau des bassins de vie, la commission a adopté l'amendement COM-150 des rapporteurs afin de **permettre au département et à l'ARS de définir conjointement, à l'échelle infra-départementale, des « territoires de l'autonomie » et d'installer à ce niveau la conférence territoriale de l'autonomie**.

Par cohérence avec la suppression, à l'article 1^{er}, de la conférence nationale de l'autonomie, elle a prévu que la commission des financeurs du SPDA établirait elle-même un **plan trisannuel définissant des axes prioritaires de financement (amendement COM-151 des rapporteurs)**.

Par ailleurs, la commission a adopté un amendement COM-143 des rapporteurs afin de mettre en cohérence les compétences du département en matière de politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées avec la création du SPDA.

Elle a supprimé, dans la liste des thèmes du programme coordonné de financement de la commission des financeurs, une référence obsolète aux Spasad (amendement COM-153 des rapporteurs) et remplacé une référence au forfait habitat inclusif par une référence à l'aide à la vie partagée qui l'a remplacé (amendement COM-155)¹.

Elle a enfin adopté six amendements de coordination (COM-144, COM-146, COM-149, COM-152, COM-156, COM-157) et deux amendements rédactionnels (COM-147, COM-154) des rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Cf. *commentaire de l'article 13 bis*.

Article 1^{er} bis B

Association du gérontopôle à la conférence des financeurs

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à intégrer les gérontopôles au sein des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Les gérontopôles, des structures d'initiative locale en quête de reconnaissance nationale

1. Des structures visant à rapprocher les acteurs de la recherche, du soin et de l'économie autour du vieillissement

a) Des structures récemment implantées dans la plupart des régions

Les gérontopôles se sont progressivement implantés sur le territoire à partir de 2007. Leur création a toujours été **le fruit d'une démarche engagée par un ou plusieurs acteurs de terrain.**

Le premier d'entre eux a été créé à Toulouse sous la responsabilité du Pr Bruno Vellas, coordinateur du pôle gériatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse. Sa mission initiale était de développer la recherche clinique sur la maladie d'Alzheimer pendant une période expérimentale de deux ans, domaine dans lequel il a acquis un rayonnement international.

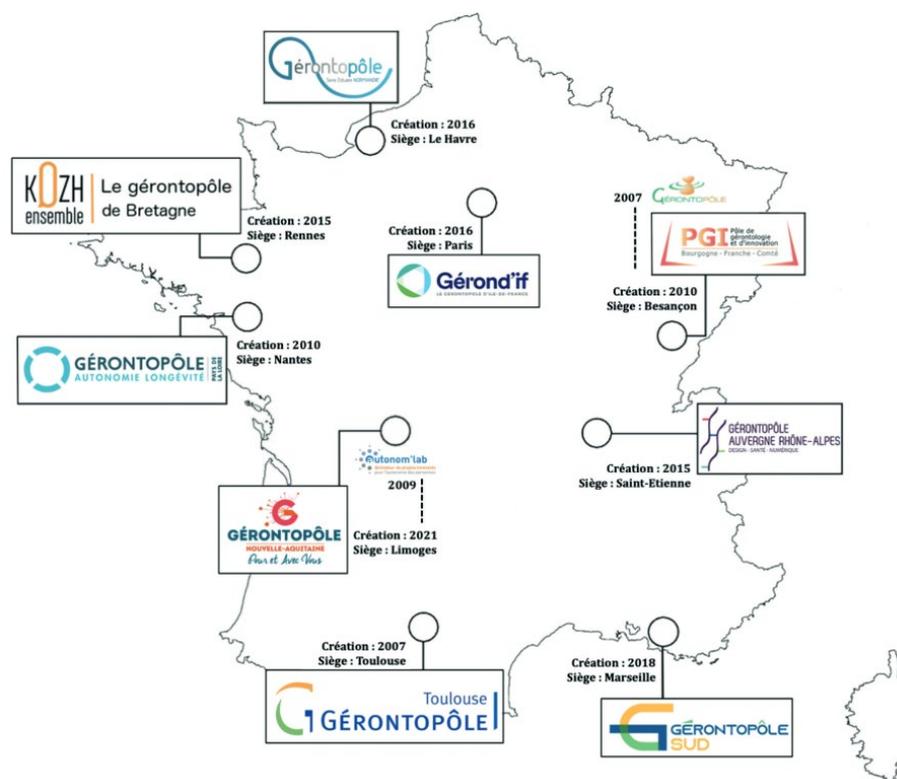
Constitué en 2007, le gérontopôle de Dijon s'est associé en 2010 au pôle de gérontologie et d'innovation (PGI) Bourgogne-Franche-Comté. En 2010 a également été créé à Nantes le gérontopôle des Pays de la Loire par la chambre de commerce et d'industrie (CCI) régionale, le CHU de Nantes et le CHU d'Angers.

Puis ont été créés :

- en 2015, le gérontopôle Auvergne-Rhône-Alpes (AURA) à Saint-Étienne et le gérontopôle « Kozh ensemble » de Bretagne à Rennes ;
- en 2016, le gérontopôle d'Île-de-France (« Géron'd'if ») à Paris ;
- en 2017, le gérontopôle de Normandie au Havre ;
- en 2018, le gérontopôle Sud à Marseille ;
- en 2021, le gérontopôle de Nouvelle-Aquitaine, issu de l'« Autonom'lab » de Limoges créé en 2009¹.

¹ G. Berrut, S. Podevyn-Menant, Cahier des charges des gérontopôles, février 2022.

Carte des gérontopôles au 1^{er} janvier 2022



Source : G. Berrut, S. Podevyn-Menant, Cahier des charges des gérontopôles, février 2022

Un dixième gérontopôle a été constitué à Amiens, dans les Hauts-de-France, en juillet 2023 par la Carsat Hauts-de-France, le CHU d'Amiens-Picardie, le CHU de Lille, la région Hauts-de-France et l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France. D'autres sont en cours de constitution en Corse et en région Centre-Val de Loire¹.

b) Des modèles divers

Généralement constitués sous la forme d'associations « loi de 1901 », les gérontopôles gèrent en même temps des activités prolongeant l'action publique et des prestations à caractère commercial.

Le rapport remis en février 2022 à la ministre Brigitte Bourguignon par le Pr Gilles Berrut, président du Gérontopôle Autonomie des Pays de la Loire, et Sébastien Podevyn-Menant, directeur général de France Silver Economie, observe que les gérontopôles, qui ont été développés sur la base d'initiatives locales d'envergures diverses, répondent à **des modèles d'organisation et de fonctionnement très hétérogènes**². Au modèle « hospitalo-centré » du gérontopôle de Toulouse ont notamment succédé des modèles « holistes » qui « articulent leur action autour de quatre champs d'action (recherche, innovation, territoire et formation) afin d'envisager les enjeux du vieillissement dans une dynamique régionale ».

¹ « Une union nationale pour les gérontopôles », Ehpadia, 14 juin 2023.

² G. Berrut, S. Podevyn-Menant, Cahier des charges des gérontopôles, février 2022.

Selon ces auteurs, les gérontopôles ont néanmoins en commun le projet de « *répondre aux enjeux de la transition démographique dans toute son amplitude avec transversalité et en étant des lieux de collaborations, de rencontres et de ressources de compétences dans le domaine du vieillissement* ».

2. Une reconnaissance progressive

a) Une mention législative en 2015

La loi « ASV » du 28 décembre 2015 a constitué une première forme de reconnaissance, sans caractère normatif, en mentionnant les gérontopôles dans son annexe¹. Celle-ci, définissant l'objectif de « *rapprocher les acteurs du monde de la recherche, du monde social et du monde économique autour du "bien-être" des personnes âgées* », stipule que « *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* ». Elle précise que les gérontopôles « *faciliteront le transfert de la recherche, du développement technologique ("silver économie") vers le soin, le médico-social et les services apportés aux âgés* ».

b) L'élaboration d'un cahier des charges national

En janvier 2022, la ministre déléguée chargée de l'autonomie, Brigitte Bourguignon, a confié au Pr Berrut et à M. Podevyn-Menant la mission de définir le cahier des charges des gérontopôles, précisant leurs objectifs communs en matière de gouvernance, de recherche, de formation, de lien avec la « silver économie » et de communication.

Leur rapport précité de février 2022 répond à cette commande après avoir dressé un état des lieux des gérontopôles existants. **Le cahier des charges proposé n'a pas de valeur juridique mais les gérontopôles veillent à s'y conformer.**

• En matière de recherche

La première mission définie par le cahier des charges est de développer et favoriser une recherche qui réponde aux besoins des personnes âgées et des professionnels. À cette fin, le gérontopôle doit s'appuyer sur « *deux structurations obligatoires* » : un conseil scientifique et un département de recherche. L'articulation entre ces deux éléments doit être précisée dans un règlement intérieur.

• En matière de formation

Le gérontopôle doit proposer des formations à destination des personnes âgées, des aidants, des métiers gérontologiques et des professionnels de manière à œuvrer concrètement à la montée en compétences et à une meilleure reconnaissance des métiers.

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Des collaborations doivent être mises en place avec le conseil régional, les différents organismes de formation et les universités.

- **En matière de « silver économie »**

Les gérontopôles doivent participer à l'évaluation des innovations issues du monde de la recherche afin d'en valider l'usage et d'en mesurer l'acceptabilité. Des moyens humains spécifiques doivent être consacrés à cette mission, menée en relation avec les entreprises.

- **En matière de communication**

Les objectifs de la mission de communication du gérontopôle sont décrits dans un plan de communication décliné en trois volets : institutionnel, scientifique et grand public. La communication est orientée préférentiellement vers les acteurs de la région mais peut être nationale ou internationale et associer les partenaires et le réseau des gérontopôles.

B. La proposition d'intégrer le gérontopôle au sein de la conférence des financeurs

L'article 1^{er} bis B a été introduit en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement de Stéphanie Rist et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance.

Il tend à **ajouter à la liste des membres de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie**, fixée à l'article L. 233-3 du code de l'action sociale et des familles, **des représentants du gérontopôle « compétent dans le département »**.

II - La position de la commission : un dispositif incohérent

Ici encore, les rapporteurs constatent avec surprise que **le dispositif proposé est incompatible avec des modifications proposées par ailleurs**¹. En effet, l'article 1^{er} bis A propose de supprimer les conférences des financeurs pour les refondre dans le service public départemental de l'autonomie². De plus, cet article fait référence à un article L. 233-7 du code de l'action sociale et des familles qui n'existe ni dans le droit existant, ni dans le droit proposé.

¹ Plus précisément, il ne pourrait prendre effet que jusqu'à la date d'entrée en vigueur du I de l'article 1^{er} bis A, soit au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2025.

² Voir le commentaire de l'article 1^{er} bis A pour plus de précisions.

Sur le fond, **cet article introduirait dans la loi des acteurs qui n'ont actuellement pas de définition en droit positif**. Il suggère la présence d'un ressort géographique des gérontopôles qui n'a pas davantage d'existence juridique. En tout état de cause, il serait inapplicable dans les départements situés dans une région qui n'est dotée d'aucun gérontopôle. Enfin, la nature de centres ressources des gérontopôles pourrait poser question au sein d'une instance qui associe les personnes physiques ou morales contribuant au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Tout en reconnaissant l'intérêt des actions menées par ces structures pour relever les défis liés à la transition démographique, la commission a donc adopté l'amendement **COM-158** de suppression des rapporteurs, considérant que ce dispositif devait être entièrement retravaillé.

La commission a supprimé cet article.

Article 1^{er} bis C

Transmission de données relatives au financement de projets pérennes

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, prévoit la transmission par le président du conseil départemental à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de données relatives au nombre de projets pérennes financés par la conférence des financeurs.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. L'obligation de transmission de données sur l'activité de la conférence des financeurs par le département

L'article L. 233-4 du code de l'action sociale et des familles dispose que **le président du conseil départemental doit transmettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**, ainsi qu'aux commissions de coordination des politiques publiques de santé constituées auprès de l'agence régionale de santé (ARS), 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**¹. Ces données, qui comportent des indicateurs présentés par sexe, sont relatives :

- au nombre et au type de demandes ;
- au nombre et au type d'actions financées par les membres de la conférence des financeurs, ainsi qu'à la répartition des dépenses par type d'actions ;
- au nombre et aux caractéristiques des bénéficiaires des actions.

¹ Pour plus de précisions, le lecteur peut se reporter au commentaire de l'article 1^{er} bis A.

Le défaut de transmission de ces informations après mise en demeure de la CNSA fait obstacle à tout nouveau versement de la caisse au département à ce titre.

B. L'ajout de données concernant les financements de projets pérennes

L'article 1^{er} bis C a été introduit en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption, contre l'avis du Gouvernement, d'un amendement de Stéphanie Rist (Renaissance).

Il tend à ajouter à la liste des données devant être transmises par le département le nombre de financements de projets pérennes par la conférence des financeurs.

II - La position de la commission : un dispositif inopérant

Les rapporteurs constatent là encore que **le dispositif proposé est incompatible avec des modifications proposées par ailleurs**¹. Il est rappelé que l'article 1^{er} bis A propose de supprimer les conférences des financeurs pour les refondre dans le service public départemental de l'autonomie².

Sur le fond, **l'ajout proposé est contradictoire avec le mode de fonctionnement des conférences des financeurs**, qui ne peuvent pas attribuer de financements pérennes. En effet, la doctrine d'emploi des crédits des concours de la CNSA est d'utiliser ces crédits comme levier d'innovation par effet d'amorçage, et non de financer des projets de manière pérenne.

Du reste, la transmission annuelle de données concernant le nombre et le type d'actions financées permet le cas échéant de retracer la continuité du financement de ces actions ou, au contraire, de mettre en évidence le caractère ponctuel des financements octroyés.

La commission a donc adopté l'amendement **COM-159** de suppression des rapporteurs.

La commission a supprimé cet article.

¹ Plus précisément, il ne pourrait prendre effet que jusqu'à la date d'entrée en vigueur du I de l'article 1^{er} bis A, soit au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2025.

² Voir le commentaire de l'article 1^{er} bis A.

Article 1^{er} bis D

Généralisation des équipes locales sur les aides techniques

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, tend à généraliser l'expérimentation des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).

La commission a modifié cet article afin de garantir le caractère pluridisciplinaire des équipes locales.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Un dispositif expérimenté depuis 2021

1. Les aides techniques et leur prise en charge

Les aides techniques désignent les matériels spécialement conçus ou directement disponibles sur le marché permettant aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées de réaliser des activités avec plus d'autonomie, de sécurité ou une meilleure performance. Elles peuvent aussi être un outil pour les proches aidants et les professionnels en contribuant à la qualité des soins ou de l'aide apportée et à la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) liés à ces actes.

Les aides techniques figurant dans la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) sont remboursées par l'assurance maladie sur prescription. En outre, la prestation de compensation du handicap (PCH), pour les personnes handicapées, et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour les personnes âgées de 60 ans et plus, peuvent contribuer à financer les charges liées à ces aides techniques. Par ailleurs, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) permet de compenser le coût des aides techniques liées à la situation de handicap d'un enfant.

Enfin, 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, sont un axe d'intervention des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées¹.

¹ Pour plus de précisions, le lecteur peut se reporter au commentaire de l'article 1^{er} bis A.

2. L'expérimentation d'équipes locales d'accompagnement

La nécessité de renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en matière d'aides techniques en France a été mise en évidence par un rapport remis au Gouvernement en 2020 par Philippe Denormandie et Cécile Chevalier¹. Les lacunes actuelles de l'accompagnement expliquent l'inadaptation et la sous-utilisation fréquentes des aides techniques.

La proposition 8 du rapport Denormandie-Chevalier invite ainsi à « renforcer l'offre d'évaluation des besoins et d'accompagnement au choix et à l'usage des aides techniques pour les personnes par des équipes dédiées dans chaque département, intervenant sur la base d'un cahier des charges national, et financées par des crédits pérennes de la sécurité sociale ».

Afin de traduire cette proposition, **l'expérimentation des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) a été lancée en février 2021**, dans le cadre prévu par l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (dit « article 51 »), pour une durée initialement fixée à deux ans².

Cette expérimentation, mise en œuvre par la CNSA, vise à faire émerger des équipes de professionnels, indépendantes de toute activité commerciale relative aux aides techniques, afin d'offrir aux personnes handicapées et aux personnes âgées un accompagnement de proximité dans le choix d'aides techniques et leur prise en main, notamment par des temps sur les lieux de vie des personnes. À cette fin, les porteurs de projet retenus ont mis en place des équipes comprenant au minimum des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux. L'expérimentation est financée par des forfaits d'accompagnement.

Un nouveau cahier des charges a été arrêté en septembre 2021, à nouveau pour une durée de deux ans, donnant le coup d'envoi effectif de l'expérimentation, que **24 équipes locales** ont été autorisées à mener dans douze régions métropolitaines et deux collectivités d'outre-mer³. Ce cahier des charges a été modifié par un arrêté du 22 juillet 2022⁴. Enfin, un arrêté du 4 août 2023 a prolongé de 7 mois la durée de l'expérimentation⁵.

¹ Dr Philippe Denormandie et Cécile Chevalier, Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable, octobre 2020.

² Arrêté du 18 février 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).

³ Arrêté du 30 juillet 2021 abrogeant l'arrêté du 18 février 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).

⁴ Arrêté du 22 juillet 2022 modifiant l'arrêté du 30 juillet 2021 abrogeant l'arrêté du 18 février 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).

⁵ Arrêté du 4 août 2023 modifiant l'arrêté du 30 juillet 2021 relatif à l'expérimentation nationale d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT).

Au 31 août 2023, selon les informations fournies par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'expérimentation concerne 7 768 personnes accompagnées. Elle a fait l'objet d'un rapport intermédiaire confirmant que le dispositif répond à un réel besoin.

B. La proposition de généraliser le dispositif

L'article 1^{er} bis D a été inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement de François Gernigon et de plusieurs de ses collègues du groupe Horizons.

Il a pour objet de **généraliser et de pérenniser les équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques**.

Il complète à cette fin le titre VIII du livre II du code de l'action sociale et des familles, relatif à l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées, en l'intitulant : « *Dispositions communes aux personnes handicapées et aux personnes âgées* » (1^o du I).

Le 2^o du I tend à ajouter dans ce titre VIII un nouveau chapitre II relatif à la compensation technique, comprenant un nouvel article L. 282-1.

Celui-ci prévoit que **des équipes locales sur les aides techniques seront mises en œuvre dans chaque département**. Elles auraient pour mission :

- d'accompagner individuellement les personnes âgées et les personnes handicapées dans l'évaluation de leurs besoins, le choix et la prise en main des aides techniques et dans la définition des aménagements de logement correspondant à leurs besoins ;

- de soutenir des actions de sensibilisation, l'information et la formation des personnes handicapées, des personnes âgées, des proches aidants et des professionnels sur les aides techniques.

Comme dans le cadre de l'expérimentation des EqLAAT, ces équipes seraient indépendantes de toute activité commerciale relative aux aides techniques ou à l'adaptation du logement.

Un décret fixerait le cahier des charges national que devront respecter ces équipes ainsi que leurs modalités d'organisation, leur composition et leurs ressources.

Le II fixe au **1^{er} janvier 2025** l'entrée en vigueur du dispositif. D'après la DGCS, entre avril 2024 (date de fin de l'expérimentation) et janvier 2025, une période transitoire serait mise en place dans le cadre de l'« article 51 » afin d'assurer une transition sans rupture vers la généralisation.

II - La position de la commission : une généralisation bienvenue

La généralisation à tous les départements des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques, dont l'expérimentation est concluante, apparaît pertinente.

À l'initiative des rapporteurs, la commission a précisé que ces équipes locales devraient être **pluridisciplinaires** (amendement COM-161).

Elle a par ailleurs adopté un amendement rédactionnel (COM-160) des rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 1^{er} bis E

Alignement de la temporalité des schémas régionaux de santé et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, propose que le schéma régional de santé et les schémas d'organisation sociale et médico-sociale soient établis selon le même calendrier.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article a été inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption, contre l'avis du Gouvernement, de cinq amendements identiques déposés respectivement par Laurent Panifous (LIOT), Thibaut Bazin (Les Républicains), Emmanuelle Ménard (non inscrite), Caroline Colombier (Rassemblement national) et Sébastien Peytavie (Écologiste).

Il propose que soient élaborés selon la même temporalité deux types de schémas qui doivent actuellement être établis en cohérence les uns avec les autres et pour la même durée de cinq ans :

- le **schéma régional de santé** prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique : celui-ci est établi dans le cadre du projet régional de santé (PRS) arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ;

- les **schémas d'organisation sociale et médico-sociale** prévus à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles : ceux-ci sont établis, selon les cas, au niveau national par les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, au niveau régional par le préfet de région ou au niveau départemental par le président du conseil départemental¹.

¹ Article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

II - La position de la commission : une rigidification excessive

Les rapporteurs partagent les réserves émises lors de l'examen de ces amendements en séance publique à l'Assemblée nationale par l'ancien ministre des solidarités Jean-Christophe Combe : aligner les calendriers de ces deux types de schémas conduirait les départements d'une même région à s'aligner sur le calendrier d'élaboration du schéma régional de santé (SRS). Cette mesure serait donc source de complexité et de rigidité pour les départements.

Dans la mesure où ces différents schémas doivent déjà être établis en cohérence les uns avec les autres, cette complexification n'apparaît pas nécessaire compte tenu du caractère peu opérationnel des SRS.

La commission a donc adopté l'amendement **COM-162** de suppression des rapporteurs.

La commission a supprimé cet article.

Article 1^{er} bis FA (nouveau)

Adaptation à Saint-Martin de la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et du statut de la maison départementale des personnes handicapées

Cet article additionnel, inséré par la commission, propose d'adapter la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie dans la collectivité de Saint-Martin. Par ailleurs, il vise à reconnaître en tant que maison départementale des personnes handicapées le service compétent de la collectivité.

A. Les spécificités de la situation à Saint-Martin

1. La composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie n'est pas adaptée à la collectivité

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA), prévu à l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles, a pour objet d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes handicapées à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

Sa composition, fixée à l'article L. 149-2 du même code, intègre un grand nombre de parties prenantes de ces politiques.

La composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

Le CDCA, présidé par le président du conseil départemental, rassemble des représentants :

1° des personnes âgées, des personnes retraitées issues notamment des organisations syndicales représentatives, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants ;

2° du département ;

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

4° de l'agence régionale de santé (ARS) ;

5° des services départementaux de l'État ;

6° de l'Agence nationale de l'habitat (Anah) dans le département ;

7° du recteur d'académie ;

8° de la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) ;

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

10° des fédérations des institutions de retraite complémentaire ;

11° des organismes régis par le code de la mutualité ;

12° des autorités organisatrices de transports ;

13° des bailleurs sociaux ;

14° des architectes urbanistes ;

15° des organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

16° des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette composition large n'est pas adaptée à la dimension de la collectivité de Saint-Martin, ce qui empêche la mise en place effective de ce conseil dans l'île.

2. Les missions des maisons départementales des personnes handicapées sont exercées par un service de la collectivité

Les articles L. 146-3 et L. 146-4 du code de l'action sociale et des familles prévoient que, dans chaque département, une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) dont le département assure la tutelle administrative et financière.

Un concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) contribue au financement des dépenses liées à l'installation et au fonctionnement des MDPH¹.

À Saint-Martin, alors que l'article L. 581-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit l'existence d'une maison territoriale des personnes handicapées (MTPH), il n'a pas été créé de GIP car ce statut a été considéré comme démesuré au regard de la taille du territoire.

C'est un service de la collectivité de Saint-Martin qui assure les missions d'une MTPH. En conséquence, même si les services prévus par la loi sont assurés au bénéfice des personnes en situation de handicap, la collectivité ne peut bénéficier du concours MDPH de la CNSA.

B. Un dispositif déjà adopté dans le PLFSS pour 2024

L'amendement COM-1 d'Annick Petrus reprend un dispositif adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024, ce qui assure sa recevabilité financière. Il avait toutefois été censuré par le Conseil constitutionnel en tant que « cavalier social »².

Il convient également de rappeler qu'un dispositif semblable a été prévu pour Saint-Barthélemy dans la loi « 3DS » du 21 février 2022³.

• **Cet amendement propose d'abord d'adapter la composition du conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie (CTCA) à Saint-Martin.** Ce conseil serait présidé par le président du conseil territorial et composé d'un représentant :

- du conseil territorial ;
- de l'ARS ;
- du recteur d'académie ;
- de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de la Guadeloupe et de Saint-Martin ;
- des intervenants qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- des bailleurs sociaux ;
- des organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- des personnes âgées, des personnes retraitées issues notamment des organisations syndicales représentatives, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants.

¹ Article L. 223-8 du code de la sécurité sociale.

² Décision n° 2023-860 DC du 21 décembre 2023.

³ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale - Article 138.

Il est précisé que les modalités de désignation des membres et de fonctionnement du CTCA seront fixées par un arrêté du représentant de l'État à Saint-Martin.

• L'amendement vise en outre à **reconnaître qu'un service de la collectivité territoriale de Saint-Martin peut, dans le cadre d'une convention passée avec l'État, exercer les missions d'une MDPH.**

Il prévoit que ce service puisse organiser des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées.

La collectivité territoriale pourrait passer une convention avec les organismes de sécurité sociale ainsi qu'avec d'autres personnes morales, notamment celles représentant les organismes gestionnaires d'établissements ou de services destinés aux personnes handicapées, celles assurant une mission de coordination en leur faveur ou celles participant au fonds départemental de compensation.

L'objectif de cette disposition est de permettre à la collectivité territoriale de bénéficier du concours MDPH de la CNSA.

La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 1^{er} bis F

Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, a pour objet d'imposer aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées publics autonomes de coopérer dans le cadre d'un groupement territorial.

La commission a modifié cet article afin de prendre en compte, dans le cadre du projet d'accompagnement partagé des groupements, le sujet de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Des modalités de regroupement insuffisamment incitatives

1. Les divers outils permettant la coordination entre les établissements et services médico-sociaux

L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles prévoit **plusieurs modalités afin de favoriser la coordination**, la complémentarité et de garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement entre les établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESMS), les personnes physiques ou morales gestionnaires et les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions :

- conclure des **conventions** entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement (EPL) et des établissements d'enseignement privés ;

- créer des **groupements d'intérêt économique (GIE)** et des **groupements d'intérêt public (GIP)** ;

- créer des **groupements de coopération sociale ou médico-sociale** ;

- procéder à des **regroupements** ou à des fusions.

2. Les groupements de coopération sociale ou médico-sociale

a) Un outil offrant une large gamme de possibilités

Les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ont été introduits par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale¹.

¹ Loi n° 2002-02 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – Article 21.

Il s'agit d'outils de coopération dotés, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé et poursuivant un but non lucratif. Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, ainsi qu'entre ces professionnels, des ESMS et personnes gestionnaires et des établissements de santé. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

Outre les missions dévolues aux GIE et aux GIP, le GCSMS peut :

- permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

- être autorisé, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des ESMS et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

- être chargé de procéder à des fusions et regroupements ;

- créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique ;

- être chargé, pour le compte de ses membres, des activités de pharmacie à usage interne¹.

b) Un outil encore peu utilisé et perfectible

Au 31 décembre 2022, selon la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), **22,9 % de l'ensemble des ESMS coopéraient au sein d'une forme de groupement** (GIP, GIE, GCSMS, groupement hospitalier de territoire ou groupement de coopération sanitaire). Cette part est plus importante parmi les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (59,2 %) en raison du rattachement d'une partie d'entre eux à un établissement public hospitalier. Cependant, selon une enquête de l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap), seuls 11,5 % des Ehpad déclarent faire partie d'un GCSMS.

Globalement, ces outils restent donc peu utilisés. Pourtant, selon l'Anap, ils représentent un levier de performance pour le secteur médico-social dans son ensemble.

En particulier, **le parc d'Ehpad publics**, qui représente près de 50 % des places en Ehpad et assure un maillage du territoire complémentaire de celui des Ehpad privés, **apparaît particulièrement atomisé.**

¹ Article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

Dans un récent rapport, l'Anap préconisait de simplifier le recours aux GCSMS pour les établissements et de prévoir des mesures incitatives, telles que la valorisation financière du rôle d'administrateur de GCSMS¹.

B. L'introduction d'une obligation d'appartenir à un groupement pour les établissements publics autonomes

L'article 1^{er} bis F a été inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement de Freddy Sertin et de plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance.

Il a pour objet d'obliger les Ehpad publics autonomes à coopérer dans le cadre d'un groupement territorial.

1. L'obligation d'adhérer à un groupement

Le 1^o du I crée une nouvelle section relative aux coopérations au sein du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles, dont la sous-section unique est consacrée au groupement territorial social et médico-social.

Aux termes du nouvel article L. 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles, **les Ehpad, les petites unités de vie, les accueils de jour autonomes et les services à domicile publics autonomes** – à l'exception de ceux gérés par un centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CIAS) – **auraient l'obligation d'adhérer :**

- soit à un groupement hospitalier de territoire (GHT) ;
- soit à un nouveau type de groupement dénommé « **groupement territorial social et médico-social** » (GTSMS).

¹ Renforcer le GCSMS pour accélérer l'évolution de l'offre d'Ehpad publique, *rapport Anap, mars 2023.*

Les groupements hospitaliers de territoire

Les GHT ont été créés par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016¹ en lieu et place des communautés hospitalières de territoire, qui étaient fondées sur une démarche de volontariat. En application de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, **tout établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de GHT.**

Le GHT, qui n'est pas doté de la personnalité morale, a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

La loi de 2019 d'organisation et de transformation du système de santé² a institué, **dans chaque GHT, une commission médicale de groupement** chargée d'élaborer la stratégie médicale du groupement et le projet médical partagé du groupement, de participer à leur mise en œuvre et de contribuer à l'élaboration de la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Un **établissement support**, désigné par la convention constitutive, assure pour le compte des établissements parties au groupement³ :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et interopérable ;
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement ;
- la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, dans les limites des compétences des établissements parties à l'égard de ces personnels.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

³ Article L. 6132-3 du code de la santé publique.

Les Ehpad publics relevant d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) mentionné à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les accueils de jour autonomes publics et les services à domicile publics gérés par un CCAS ou un CIAS auraient la possibilité d'adhérer à l'un de ces groupements après approbation de leur organisme gestionnaire.

Les établissements publics relevant d'un CPOM, les accueils de jour autonomes publics et les services à domicile publics gérés par un établissement public de santé pourraient adhérer, après approbation de ce dernier, à un GTSMS.

Enfin, **les établissements publics autonomes accompagnant ou accueillant des personnes en situation de handicap pourraient adhérer à un GTSMS** sous réserve de l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétente.

2. La création de groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux

a) La constitution des GTSMS

Le GTSMS serait constitué à l'initiative des établissements et services mentionnés ci-dessus, à « *un niveau territorial suffisant, tout en assurant une proximité, pour permettre la mise en œuvre d'un parcours coordonné des personnes âgées accompagnées* ».

Les établissements publics mentionnés ci-dessus pourraient déroger, avec l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), à l'obligation d'adhérer à un groupement s'ils étaient issus de la fusion de plusieurs établissements publics ou s'ils présentaient une spécificité dans l'offre départementale d'accompagnement des personnes âgées.

Le directeur général de l'ARS apprécierait la conformité de la convention constitutive du groupement avec le projet régional de santé (PRS).

b) Forme et objet des GTSMS

Le GTSMS prendrait la forme juridique d'un groupement de coopération sociale ou médico-social (GCSMS).

Il aurait pour objet, d'une part, de mettre en œuvre une stratégie commune d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours matérialisée dans le projet d'accompagnement partagé et, d'autre part, de rationaliser les modes de gestion par la mise en commun de fonctions et d'expertises.

Les établissements et services membres d'un GTSMS élaboreraient un projet d'accompagnement partagé garantissant l'accès à une offre d'accompagnement coordonnée et la transformation des modes d'accompagnement au bénéfice des personnes âgées.

Aux termes d'un nouvel article L. 312-7-3 du code de l'action sociale et des familles, **chaque GTSMS pour personnes âgées serait partenaire d'un GHT ou d'un établissement de santé**. Ce partenariat prendrait la forme d'une convention prévoyant l'articulation entre le projet d'accompagnement partagé du GTSMS et le projet médical du GHT ou de l'établissement de santé.

Il est précisé que tout établissement ou service qui accueille ou aide à domicile des personnes âgées ainsi que tout établissement ou service qui accueille ou aide à domicile des personnes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, ou bien qui leur assure un accompagnement médico-social en milieu ouvert, pourrait être partenaire d'un GTSMS dans le cadre d'une convention.

c) Missions des GTSMS

Aux termes d'un nouvel article L. 312-7-4 du code de l'action sociale et des familles, le GTSMS élaborerait une **stratégie commune d'accompagnement des personnes accueillies** pour assurer la cohérence du parcours des personnes âgées au sein du territoire. Cette stratégie pourrait prévoir la détention ou l'exploitation par le groupement d'autorisations, dans les conditions prévues au *b* du 3° de l'article L. 312-7 du même code.

Le GTSMS assurerait pour le compte de ses membres **au moins une fonction parmi les suivantes** :

- la « fonction système d'information », consistant en la convergence des systèmes d'information des membres et la mise en place d'un dossier usager permettant une prise en charge coordonnée ;
- la formation continue des personnels ;
- la démarche qualité et la gestion des risques ;
- la gestion des ressources humaines ;
- la gestion des achats ;
- la gestion budgétaire et financière ;
- les services techniques.

D'autres fonctions, mentionnées dans la convention constitutive, pourraient être confiées au groupement pour le compte de tout ou partie de ses membres. Les membres d'un GTSMS pourraient notamment mutualiser certains marchés et partager des compétences relatives à la passation des marchés publics. Le GTSMS pourrait assurer les missions pouvant être confiées aux GCSMS.

d) Direction des GTSMS

Le GTSMS pour personnes âgées serait **dirigé par un directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social nommé par le directeur général de l'ARS**, après avis du président du conseil départemental, sur proposition de l'assemblée générale. Ce directeur pourrait diriger un ou plusieurs établissements membres du groupement (nouvel article L. 312-7-5).

Le directeur du GTSMS :

- assurerait le pilotage des fonctions exercées par le groupement pour le compte de ses membres et représenterait le groupement ;
- élaborerait le budget du groupement, qui serait approuvé par l'assemblée générale ;
- serait compétent pour recruter les agents fonctionnaires et contractuels affectés au groupement.

L'indemnité du directeur serait votée par l'assemblée générale du groupement.

e) Dispositions financières

Sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS, les établissements publics membres d'un GTSMS pourraient mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État (nouvel article L. 312-7-6).

Le GTSMS pourrait se constituer des fonds propres et recourir à l'emprunt.

Sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS, il pourrait présenter un plan pluriannuel d'investissement, ainsi que son plan de financement, pour le compte d'un ou plusieurs de ses membres. Ces plans seraient soumis à l'approbation de l'autorité de tarification compétente, qui pourrait déroger au délai de 60 jours prévu à l'article R. 314-20 du code de l'action sociale et des familles si l'instruction de la demande présentait une difficulté particulière.

Le GTSMS pourrait conclure un CPOM unique pour l'ensemble des établissements et services relevant de son périmètre. Ce contrat porterait alors sur les fonctions mutualisées, les axes stratégiques du projet d'accompagnement partagé sur son territoire et les activités gérées par les membres du groupement.

Les modalités d'application de ces dispositions sont renvoyées à un décret en conseil d'État (nouvel article L. 312-7-7).

Par ailleurs, le **2° du I** modifie l'article L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles relatif aux règles budgétaires et de financement des ESMS.

Le *a* tend à préciser que, lorsque un établissement ou un service relève de l'état des prévisions de recettes et de dépenses, l'approbation des emprunts dont la durée est supérieure à un an, des programmes d'investissement et de leurs plans de financement s'effectue dans le cadre d'un plan global de financement dont le modèle serait fixé par arrêté ministériel.

Le *b* soumet à l'accord de l'autorité compétente en matière de tarification les emprunts d'une durée supérieure à un an ainsi que les programmes d'investissement et leurs plans de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées habilités au titre de l'aide sociale.

f) Exécution et contrôle des délibérations des groupements

Le **3° du I** étend aux délibérations des GTSMS les dispositions applicables à l'exécution et au contrôle des délibérations des conseils d'administration des établissements publics sociaux et médico-sociaux¹.

g) Exécution et contrôle des délibérations des groupements

Le **4° du I** prévoit qu'un comptable public unique est désigné pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux relevant d'un GTSMS.

Les règles applicables aux comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux leur sont applicables.

h) Statut du personnel

Le **II** modifie l'article L. 5 du code de la fonction publique afin de qualifier de fonctionnaires hospitaliers les personnes qui ont été nommées dans un emploi permanent au sein d'un GTSMS et ont été titularisées dans un grade de la hiérarchie administrative.

3. Entrée en vigueur et dispositions transitoires

Le **III** prévoit que les dispositions de cet article entreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2025**.

Toutefois, il instaure **une période transitoire de trois ans** à compter de cette date afin de permettre la mise en place des GTSMS pour personnes âgées sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Au terme de la première année, soit le 1^{er} janvier 2026 au plus tard, le directeur général de l'ARS arrêterait, avec les présidents des conseils départementaux de la région, la liste des GTSMS.

Les GCSMS existants pourraient être transformés en GTSMS.

Il est précisé que l'obligation d'adhérer à un groupement prévue au présent article **ne s'appliquerait pas dans les territoires et collectivités d'outre-mer**.

¹ Article L. 315-14 du code de l'action sociale et des familles.

II - La position de la commission : un outil à utiliser dans une perspective de décloisonnement

Les rapporteurs considèrent que l'évolution proposée, soutenue par les représentants du secteur, est de nature à renforcer la structuration de l'offre médico-sociale.

Selon les informations fournies par la DGCS, environ **300 GTSMS pourraient se mettre en place** au cours de la phase de déploiement, ce qui permettrait une résorption significative de la fragmentation du secteur public autonome.

Pour la DGCS, les établissements accueillant des personnes en situation de handicap ne sont pas confrontés à la même atomité, ce qui justifie que l'obligation d'adhérer à un groupement ne leur soit pas applicable. Lorsqu'ils sont de statut public, ces établissements pourraient cependant adhérer à un GTSMS pour personnes âgées sous réserve de l'accord du directeur général de l'ARS compétente.

Ce nouveau type de groupement pourrait ainsi, dans une perspective de décloisonnement, investir également le champ du handicap. Aussi, la commission a adopté l'amendement **COM-163** des rapporteurs supprimant, dans la dénomination du GTSMS, les termes « *pour personnes âgées* ».

Elle a également souhaité que le projet d'accompagnement partagé du groupement comporte un volet relatif à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes : un récent rapport de la Cour des comptes a en effet souligné les lacunes de leur prise en charge¹. Elle a donc adopté l'amendement **COM-164** des rapporteurs en ce sens.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ *Cour des comptes, L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, septembre 2023.*

Article 1^{er} bis G

Mission nationale d'audit et d'évaluation de la CNSA

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à confier à la CNSA une mission d'audit et d'évaluation des acteurs départementaux participant à la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement visant à circonscrire le rôle d'évaluation de la CNSA aux maisons départementales des personnes handicapées et aux maisons départementales de l'autonomie.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Le rôle de coordination, d'accompagnement et d'appui de la CNSA

L'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale dispose que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a notamment pour rôle de piloter et d'assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre.

Dans ce cadre, elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un **rôle d'accompagnement et d'appui** aux maisons départementales de l'autonomie (MDA) et aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ainsi qu'un **rôle d'évaluation de leur contribution** à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées.

Les maisons départementales de l'autonomie

La maison départementale de l'autonomie (MDA), prévue par l'article L. 149-4 du code de l'action sociale et des familles, est une organisation mise en place à titre facultatif à l'initiative du président du conseil départemental. Elle vise à **réunir les moyens de la MDPH et ceux des services du département** en matière d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et le cas échéant d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide, **tant au profit des personnes âgées que des personnes handicapées.**

La loi « ASV »¹ a confié à la CNSA la mission de labelliser les MDA sur saisine des présidents de conseils départementaux. La CNSA délivre le label de MDA quand l'organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges fixé par décret².

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Décret n° 2016-1873 du 26 décembre 2016 fixant le cahier des charges et la procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie.

Le président du conseil départemental doit transmettre chaque année à la CNSA les données relatives à l'activité et aux moyens de la MDA en vue de son évaluation.

Selon les informations fournies par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), **une seule MDA, celle de la Mayenne, a été labellisée à ce jour.** Toutefois, en pratique, nombre de départements ont choisi se rapprocher d'une organisation de type MDA sans demander de labellisation.

B. Une nouvelle mission nationale d'audit et d'évaluation

L'article 1^{er} bis G a été inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement de Freddy Sertin et de plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance.

Il a pour objet de confier à la CNSA une **mission nationale d'audit et d'évaluation des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie** des personnes âgées et des personnes handicapées.

À cette fin, le 1^o modifie l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que la CNSA assure, « *au bénéfice des départements* », **des MDPH et des MDA**, une mission nationale d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation en vue de déployer des outils de contrôle interne et de maîtrise des risques, de garantir la qualité du service - notamment celle du service public départemental de l'autonomie (SPDA) créé par l'article 1^{er} bis A¹ - et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie.

Le 2^o tend à introduire, dans un nouvel article L. 223-17 du code de la sécurité sociale, **l'obligation pour les départements et les MDPH de communiquer à la CNSA tous les documents et les renseignements utiles** à la conduite de ses travaux et d'autoriser la tenue de missions sur place. Un décret préciserait les modalités d'application de ces nouvelles obligations.

II - La position de la commission : une nouvelle mission à recentrer

Lors de son audition devant la commission des affaires sociales, Virginie Magnant, directrice de la CNSA, s'est montrée très favorable à la création de cette mission d'audit et d'évaluation de la qualité, qui donnerait à la CNSA la capacité de mieux accompagner l'ensemble des services départementaux chargés de l'autonomie. Elle a considéré que cette disposition ne bouleverserait pas la relation entre la CNSA et les conseils départementaux, la caisse n'ayant pas vocation à exercer une autorité hiérarchique sur leurs services.

¹ Pour plus de précisions, voir le commentaire de l'article 1^{er} bis A.

Il convient de rappeler que cette mesure avait déjà été inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 avant d'être censurée en tant que « cavalier social » par le Conseil constitutionnel¹. Lors de l'examen de ce texte, le Sénat avait, à l'initiative du rapporteur pour la branche autonomie Philippe Mouiller, modifié le dispositif afin de limiter le rôle de la CNSA à l'égard des services départementaux à l'accompagnement et au conseil, et de supprimer l'obligation pour les départements et les MDPH d'autoriser la tenue de mission sur place.

Afin de mettre ces dispositions en conformité avec les principes de la décentralisation, la commission a souhaité **limiter le rôle de la CNSA à l'égard des départements à l'accompagnement, au conseil et à l'audit**, et réserver le rôle d'évaluation aux MDPH et aux MDA. Elle a donc adopté l'amendement COM-165 des rapporteurs en ce sens.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 1^{er} bis

**Désignation d'un référent prévention dans les établissements
et services sociaux et médico-sociaux**

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à imposer aux responsables d'établissements et services sociaux et médico-sociaux la désignation d'un « référent prévention ».

La commission a supprimé cet article.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la désignation obligatoire d'un référent prévention

Cet article a été inséré en commission à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement de Cyrille Isaac-Sibille (groupe Démocrate).

Il prévoit, dans un nouvel article L. 312-2 du code de l'action sociale et des familles, que les responsables d'établissements ou services sociaux et médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées doivent **désigner en qualité de « référent prévention » soit un salarié compétent, soit une personne compétente exerçant à titre bénévole** pour s'occuper des activités de prévention.

Il est précisé que ce salarié ou cette personne exerçant à titre bénévole devrait bénéficier, dans des conditions déterminées par décret, d'une **formation en matière de santé publique**.

Les modalités d'application du dispositif seraient déterminées par décret.

¹ Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, paragraphes 54 et 63.

II - La position de la commission : un dispositif à la valeur ajoutée douteuse

Il ressort des auditions menées par les rapporteurs que cet article suscite davantage d'interrogations et de réserves qu'il n'apporte de solutions.

Le dispositif interroge d'abord par le **caractère très large de la mission** qui serait confiée au nouveau référent, faute de précision sur les risques dont il assurerait la prévention.

En outre, la prévention irrigue tous les métiers de l'accompagnement et du soin aux personnes vulnérables et doit en principe être l'affaire de tous les professionnels de l'établissement ou du service. La désignation d'un référent pour s'occuper des activités de prévention porte le **risque de diluer cet objectif** aux yeux des autres professionnels.

À cet égard, **la multiplication des référents ne semble pas probante**. Ainsi, la création du référent sport par la loi du 2 mars 2022¹ aurait eu pour effet de détourner les autres professionnels du sujet. De manière générale, il n'est pas attribué de ressources spécifiques aux référents, qui n'ont pas toujours la capacité de dégager du temps pour s'acquitter de cette mission. En l'occurrence, le texte ne prévoit pas d'autre ressource qu'une formation sommaire en matière de santé publique.

Enfin, les rapporteurs soulignent les **risques que comporterait la désignation d'un référent bénévole**, alors que l'expertise que demande le sujet de la prévention nécessiterait le recours à un professionnel.

À leur initiative, la commission a adopté l'amendement **COM-166** de suppression.

La commission a supprimé cet article.

¹ Loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France – Article 1^{er}.

Article 1^{er} ter

**Rapport annuel au Parlement sur l'activité de la conférence nationale
de l'autonomie et du centre de ressources probantes**

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, prévoit la remise chaque année au Parlement par le Gouvernement d'un rapport d'évaluation de la conférence nationale de l'autonomie et du centre de ressources probantes.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption en commission à l'Assemblée nationale d'un amendement de Cyrille Isaac-Sibille (groupe Démocrate).

Il dispose que le Gouvernement remet chaque année au Parlement un rapport d'évaluation détaillé de l'activité de la conférence nationale de l'autonomie et du centre national de preuves de prévention de la perte d'autonomie et de ressources gérontologiques créés à l'article 1^{er} de la proposition de loi.

En séance publique, deux amendements identiques d'Emmanuelle Anthoine (Les Républicains) et de la rapporteure Laurence Cristol ont été adoptés afin de faire référence au « *centre de ressources probantes* », par coordination avec la dénomination retenue à l'article 1^{er}.

II - La position de la commission

Conformément à sa position constante sur les demandes de rapport, la commission a adopté un amendement **COM-167** de suppression de l'article.

La commission a supprimé cet article.

Article 2

**Utilisation des registres nominatifs pour lutter
contre l'isolement social des personnes vulnérables**

Cet article vise à étendre l'utilisation des registres des personnes vulnérables tenus par les maires afin de lutter contre l'isolement social.

L'Assemblée nationale l'a modifié afin de permettre la transmission des données contenues dans ces registres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle a également prévu la transmission aux maires des données concernant les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap et de prestations d'action sociale de la branche vieillesse.

La commission a adopté cet article modifié par deux amendements visant à préciser les modalités de la transmission et de l'utilisation des données.

I – Le dispositif proposé : utiliser les registres « canicule » afin de lutter contre l'isolement social

A. Les registres « canicule » tenus par les maires : un dispositif constitué sur la base du volontariat et d'accès restreint

En réaction à la canicule de l'été 2003, la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie¹ a prévu la création de **registres municipaux de personnes vulnérables** permettant, en cas de canicule, d'appeler les personnes inscrites pour vérifier qu'elles vont bien et, si besoin, leur apporter conseil ou aide. Les données, qui contiennent des éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap, sont recueillies dans ces registres **à la demande des personnes concernées**, ou à la demande d'un tiers à la condition que la personne concernée ou son représentant légal ne s'y soient pas opposés².

Une enquête publiée par Santé publique France en 2019 montre cependant que nombre de personnes, y compris parmi les plus vulnérables, ne sont pas recensées dans ces registres³.

En outre, ces données nominatives ne peuvent être consultées que par les agents chargés de la mise en œuvre de ce recueil et de celle du plan d'alerte et d'urgence canicule départemental.

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

² Article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ « Canicule et personnes vulnérables : enquête sur les registres municipaux », La Santé en action, n° 448, juin 2019.

B. La proposition d'élargir l'utilisation de ces registres nominatifs

L'article 2 de la proposition de loi vise à élargir l'utilisation des registres « canicule » en vue de faciliter le repérage par les services sanitaires et sociaux des personnes âgées ou en situation de handicap qui pourraient être concernées par l'isolement social.

Il prévoit ainsi, dans sa rédaction initiale, que les données du registre soient notamment utilisées par les services sociaux et sanitaires pour **proposer aux personnes répertoriées des actions visant à lutter contre l'isolement social.**

L'isolement social

L'isolement social est la situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes par leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Pour le Conseil économique, social et environnemental (CESE), « *les relations d'une qualité insuffisante sont celles qui produisent un déni de reconnaissance, un déficit de sécurité et une participation empêchée. Le risque de cette situation tient au fait que l'isolement prive de certaines ressources impératives pour se constituer en tant que personne et accéder aux soins élémentaires et à la vie sociale.* »¹

Selon le Baromètre solitude et isolement des Petits Frères des pauvres, **2 millions de personnes âgées de 60 ans et plus étaient, en 2021, isolées des cercles familiaux et amicaux**, contre 900 000 en 2017. Parmi elles, 530 000 personnes, vivant dans un isolement extrême et ne rencontrant quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes, seraient en situation de « mort sociale »².

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications adoptées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission a adopté deux amendements identiques de Josiane Corneloup (Les Républicains) et de Thibault Bazin (Les Républicains) visant à permettre la **transmission des données recueillies** dans le registre des personnes vulnérables **aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) prenant en charge des personnes âgées ou en situation de handicap.**

¹ Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité, *Avis du Conseil économique, social et environnemental*, juin 2017.

² Baromètre solitude et isolement : Quand on a plus de 60 ans en France en 2021, *rapport Petits Frères des pauvres #6*, septembre 2021.

La commission a également adopté un amendement de Jérôme Guedj (Socialistes et apparentés) permettant la **transmission aux maires des données relatives aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et aux personnes relevant des groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6** bénéficiaires de prestations d'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) afin de les inscrire sur le registre des personnes vulnérables. Un sous-amendement de la rapporteure Laurence Cristol est venu préciser que ces données ne pourraient être transmises qu'avec accord du bénéficiaire ou, le cas échéant, de la personne chargée à son égard d'une mesure de protection juridique (*d du 1°*).

En outre, à l'initiative de François Gernigon (Horizons), la commission a prévu que les services sociaux et sanitaires puissent également **utiliser le registre des personnes vulnérables pour informer les personnes âgées et leurs proches des dispositifs d'aide et d'accompagnement existants et de leurs droits.**

La commission a enfin adopté trois amendements rédactionnels de la rapporteure.

B. Les modifications adoptées en séance publique

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Sébastien Peytavie (Écologiste) visant à **étendre l'utilisation des données du registre au repérage des situations de perte d'autonomie et à l'information des personnes en perte d'autonomie** (et non plus seulement des personnes âgées) sur les dispositifs d'aide et d'accompagnement existants.

En outre, un amendement de Thibaut Bazin (Les Républicains), sous-amendé par la rapporteure, a étendu la transmission de données concernant les bénéficiaires de l'APA, de la PCH et des bénéficiaires de prestations d'action sociale de la branche vieillesse aux présidents d'intercommunalité gérant un centre intercommunal d'action sociale (CIAS).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : préciser les modalités de transmission et d'utilisation des données

Si la mesure proposée était initialement très modeste, **sa réécriture par l'Assemblée nationale peut lui permettre de répondre aux limites actuelles des registres des personnes vulnérables.**

Sa rédaction laisse toutefois subsister des ambiguïtés sur l'origine et sur la destination des données.

D'abord, si le texte prévoit la transmission de données relatives aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et aux personnes relevant des GIR 5 et 6, il ne précise pas quelles personnes sont chargées de cette transmission.

Ensuite, il indique que ces données seraient transmises aux présidents d'établissement public de coopération intercommunale gérant un CIAS alors que seuls les maires gèrent le registre des personnes vulnérables.

Sur la proposition des rapporteurs, la commission a donc adopté **l'amendement COM-168** visant à :

- préciser que les données concernant les bénéficiaires de l'APA, de la PCH et les GIR 5 et 6 seraient transmises par le président du conseil départemental et les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) ;

- prévoir que ces données sont transmises aux maires ;

- garantir qu'elles puissent être utilisées par les centres communaux d'action sociale (CCAS) et les CIAS ;

- permettre l'utilisation de ces données pour informer les personnes en situation de handicap, et non seulement les personnes âgées et en perte d'autonomie, des dispositifs d'aide et d'accompagnement existants ainsi que de leurs droits.

Par ailleurs, considérant qu'un régime d'autorisation préalable pourrait compromettre l'efficacité du dispositif, la commission a adopté **l'amendement COM-169 des rapporteurs visant à permettre la transmission des données aux maires sans l'accord exprès des bénéficiaires** mais en l'absence d'opposition de leur part.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 bis A

Programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à généraliser un programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées basé sur la démarche « ICOPE ».

La commission a modifié cet article afin de préciser l'articulation de ce programme avec les rendez-vous de prévention et d'encadrer la collecte, la transmission et l'utilisation des données nominatives.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Le développement d'outils de dépistage de la perte d'autonomie ciblés

1. L'expérimentation du programme ICOPE

La démarche « ICOPE »¹ se base sur les recommandations de prévention de la perte d'autonomie des seniors publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2019. Ces travaux ont identifié la mobilité, la mémoire, la vue, l'audition, la santé psychique et la nutrition comme les six fonctions essentielles au maintien de l'autonomie.

Le programme ICOPE consiste en une démarche de dépistage multidimensionnel en **cinq étapes**, ciblé sur les personnes âgées de 60 ans et plus (*cf.* encadré ci-après). Il permet une prévention de la dépendance selon une **approche participative et personnalisée**.

Les étapes du programme ICOPE

• Étape 1 : le repérage du déclin d'une ou plusieurs fonctions

Ce repérage est basé sur un questionnaire simple, réalisable en une dizaine de minutes et utilisable par tout professionnel formé (même extérieur au monde de la santé) ou en auto-évaluation.

Il est recommandé de réitérer ce test tous les ans.

• Étape 2 : l'évaluation approfondie des capacités identifiées comme « altérées »

Cette évaluation, réalisée par un professionnel de santé formé, n'est pas uniquement médicale mais intègre l'environnement, la situation et les habitudes de la personne.

¹ Acronyme anglais de « Integrated Care for Older People » (« Soins intégrés aux personnes âgées »).

- **Étape 3 : le plan personnalisé de soins (PPS)**

Basé sur l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire, sur les résultats de l'étape 2 ainsi que sur les motivations de la personne, ce PPS comprend des interventions à composantes multiples, la prise en charge des pathologies sous-jacentes, l'auto-prise en charge ainsi que des soins socio-médicaux.

- **Étape 4 : la mise en place du parcours de soins avec un suivi régulier**

Cette mise en œuvre effective peut comprendre la prise en charge par un ou plusieurs professionnels de santé, la participation à des ateliers collectifs ou individuels ou encore un accompagnement social.

- **Étape 5 (étape transversale) : l'intégration des aidants, de la communauté et des politiques publiques**

Cette étape correspond à la mise en place sur le territoire de toutes les ressources nécessaires pour prévenir la dépendance. Elle vise à prendre en compte le proche aidant dans les ressources qu'il peut apporter mais aussi dans la prévention de son épuisement. Elle inclut aussi la communauté de manière à placer le parcours dans une réelle dynamique de gérontologie sociale¹.

L'ambition du programme ICOPE est donc d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité et de diminuer la prévalence de la perte d'autonomie. Le rapport « grand âge et autonomie » de Dominique Libault préconisait ainsi de déployer ce programme et d'en faire « *la matrice d'une approche renouvelée et systémique de la prévention de la perte d'autonomie* »².

En France, le programme est mis en œuvre à titre expérimental depuis octobre 2019 dans le cadre des expérimentations en santé prévues par l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (dit « article 51 »). Initialement lancé dans la région Occitanie, au sein du gérontopôle de Toulouse, il est actuellement mis en œuvre par 13 porteurs dans 9 régions françaises.

Une évaluation de cette expérimentation est en cours et ses résultats restent attendus.

¹ Source : « ICOPE : Un exemple de parcours intégré de prévention pluridisciplinaire pour faire face aux enjeux de la dépendance », Regards 2023/1 (n° 61), juin 2023.

² Concertation grand âge et autonomie, rapport de M. Dominique Libault, mars 2019.

Questionnaire de la première étape du programme ICOPE

Fonctions	Tests	Résultats
Cognition	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?	
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nutrition	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	Poids actuel : Kg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cognition	Rappel des trois mots: Mot 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Audition	Test de Whisper (test de chuchotement)* :	
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots - Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychologie	Au cours des deux dernières semaines:	
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Mobilité	Test de lever de chaise** :	Temps en sec.....
	1. Réalisation des cinq levers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés? 3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Source : Livret de présentation du dispositif « Mon bilan prévention »

2. L'introduction de rendez-vous de prévention à certains âges clés de la vie

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023¹ a prévu que tous les adultes de 18 ans et plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale comportant notamment des **rendez-vous de prévention** proposés aux assurés à certains âges clés². Ces « rendez-vous » peuvent donner lieu à des consultations de prévention mais aussi à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention.

¹ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 – Article 29.

² Article L. 1411-6-2 du code de la santé publique.

Un de leurs objectifs, fixés par la loi, est la **détection des premières fragilités liées à l'âge en vue de prévenir la perte d'autonomie**. Il s'agit, concernant les personnes âgées de 60 à 65 ans, de pérenniser et de créer un cadre juridique pour les « rendez-vous de prévention jeunes retraités », priorisant ceux en situation de vulnérabilité et déjà déployés par les caisses d'assurance maladie et retraite afin de prévenir la perte d'autonomie selon une approche globale des grandes capacités fonctionnelles¹.

L'article L. 1411-7 du code de la santé publique renvoie à un arrêté ministériel la fixation du nombre et la périodicité des rendez-vous de prévention, consultations et séances. **Cet arrêté n'a pas encore été publié.**

Le dispositif a cependant été ajusté par la LFSS pour 2024 afin, d'une part, d'y intégrer la possibilité de recourir au télésoin et, d'autre part, de prévoir la fixation par arrêté du ministre chargé de la santé de la liste des professionnels habilités à réaliser les rendez-vous de prévention, du montant des tarifs de ces rendez-vous ainsi que des conditions de facturation de ces rendez-vous et des actes ou prestations complémentaires éventuellement réalisés à cette occasion. En outre, elle a ajouté, suivant la recommandation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), un rendez-vous de prévention pour les assurés âgés de 70 à 75 ans².

B. Le dispositif proposé : une généralisation de la démarche ICOPE

Cet article a été inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement de François Gernigon et de plusieurs de ses collègues du groupe Horizons.

Il a pour objet de généraliser le programme ICOPE.

Le **I** insère à cette fin dans le code de la santé publique un nouvel article L. 1411-6-3 instaurant un **programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 60 ans**. Ce programme devra respecter un cahier des charges national fixé par voie réglementaire.

Un décret en Conseil d'État devra prévoir les modalités de pilotage du programme ainsi que les conditions dans lesquelles les différents acteurs concourant à sa mise en œuvre coopèrent et partagent des données.

Le **II** fixe au **1^{er} janvier 2025** l'entrée en vigueur du dispositif.

¹ Cf. rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le PLFSS pour 2023 (commentaire de l'article 17).

² Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 – Article 41.

II - La position de la commission

A. Articuler les dispositifs de prévention

Le programme ICOPE suscite de légitimes espoirs en matière de prévention de la perte d'autonomie et sa généralisation est bienvenue à condition que des moyens suffisants y soient consacrés.

Toutefois, cet article prévoit la généralisation de ce programme sans aucune indication sur les modalités de sa mise en œuvre.

Le livret de présentation du dispositif « Mon bilan prévention », publié par l'assurance maladie en décembre 2023, indique cependant que **la première étape de la démarche ICOPE serait réalisée à l'occasion des rendez-vous de prévention à 60-65 ans puis à 70-75 ans.**

Ce rendez-vous **pourrait également être l'occasion de conduire l'évaluation approfondie (étape 2)** lorsque des fragilités ont été identifiées avec le test ou l'autotest.

Afin de garantir la bonne articulation de ces dispositifs, la commission a adopté l'amendement **COM-170** des rapporteurs précisant que **les rendez-vous de prévention proposés à partir de l'âge de 60 ans contribueraient au programme ICOPE.**

En outre, les rapporteurs étant convaincus que la grippe est un facteur de perte d'autonomie, cet amendement prévoit également que ces rendez-vous donnent lieu à une information sur les conséquences de la grippe.

B. Encadrer l'usage des données

Le texte issu de l'Assemblée nationale ne prévoit pas quels seront les acteurs chargés de la mise en œuvre du programme et n'évoquent que les conditions dans lesquelles ceux-ci partageraient des données, en les renvoyant à un décret en Conseil d'État.

Les rapporteurs considèrent qu'en renvoyant au pouvoir réglementaire l'ensemble des modalités du partage de données entre ces acteurs, y compris des informations relatives à la santé des personnes, le législateur court le risque de ne pas épuiser sa compétence et de ne pas apporter de garantie suffisante afin de protéger le droit au respect de la vie privée.

La commission a donc adopté, à l'initiative des rapporteurs, l'amendement **COM-171** précisant que le décret prévu à cet article devra définir les acteurs concourant à la mise en œuvre du programme ICOPE et **préciser les conditions dans lesquels ceux-ci coopèrent et collectent, transmettent et utilisent des données nominatives** dans des conditions garantissant leur confidentialité.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 bis B

Loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, prévoit l'adoption, avant le 31 décembre 2024 puis tous les cinq ans, d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la promesse d'une loi de programmation quinquennale

Cet article est issu de l'adoption en séance publique de six amendements identiques déposés par Jérôme Guedj (Socialistes et apparentés), Stéphane Viry (Les Républicains), Vincent Descoeur (Les Républicains), Anthony Brosse (Renaissance), Xavier Breton (Les Républicains) et Pierre Dharréville (Gauche démocratique et républicaine).

Dans sa rédaction initiale, il prévoyait l'adoption, avant le 1^{er} septembre 2023 puis tous les cinq ans, d'une **loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge déterminant la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie des personnes âgées** pour une période minimale de cinq ans.

Cette loi de programmation définirait les objectifs de financement public nécessaires pour assurer le bien-vieillir des personnes âgées à domicile et en établissement et le recrutement des professionnels, ainsi que les moyens mis en œuvre par l'État pour atteindre ces objectifs.

Dans le cadre d'une seconde délibération¹, un amendement du Gouvernement a décalé au **31 décembre 2024** la date limite d'adoption de la première loi de programmation du genre.

II - La position de la commission : un affichage sans portée normative

Demandée par l'ensemble des groupes de l'Assemblée nationale, la loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge a fait l'objet, depuis le retour à l'ordre du jour de la proposition de loi en novembre 2023, d'engagements clairs de la Première ministre et de la ministre des solidarités et des familles. Un projet de loi de programmation serait ainsi présenté par le Gouvernement avant l'été 2024 puis adopté d'ici la fin de l'année.

¹ Celle-ci a eu lieu, à la demande du Gouvernement, sept mois après l'adoption des amendements initiaux, lors de la seconde phase de l'examen du texte en séance publique, le 23 novembre 2023.

Ce projet de loi est très attendu par l'ensemble des acteurs du grand âge et, malgré les limites de l'exercice, les rapporteurs reconnaissent l'intérêt d'une programmation pluriannuelle de la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie. Le président du Conseil de la CNSA, Jean-René Lecerf, a quant à lui considéré, lors de son audition par la commission des affaires sociales, que « *ce n'est certes pas la grande loi autonomie dont nous rêvions, notamment parce que ce texte sera contraint par l'aspect financier, mais cela s'en approche* »¹.

Ce texte s'inscrirait dans le cadre de l'article 34 de la Constitution, qui permet à des lois de programmation de déterminer les objectifs de l'action de l'État. En l'espèce, la loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge n'aurait de sens que si elle intégrait également les objectifs et la trajectoire financière d'autres acteurs, notamment la branche autonomie de la sécurité sociale et les départements.

Toutefois, une loi ordinaire ne saurait contraindre le Gouvernement à déposer un projet de loi de programmation, ni le Parlement à l'adopter avant une date déterminée.

En effet, le Conseil constitutionnel a déjà expressément jugé qu'imposer le dépôt d'un projet de loi avant une date donnée est **une injonction au Gouvernement contraire à la Constitution**².

Il a tout aussi expressément jugé, « *considérant que le législateur ne peut lui-même se lier* », qu'**une injonction du législateur à lui-même est dépourvue de toute normativité**³ et, depuis 2005, censure les dispositions législatives manifestement dépourvues de portée normative⁴.

Lorsqu'ils ont échappé à la vigilance du Conseil constitutionnel, les précédents tendent à démontrer l'absence de caractère contraignant d'une telle disposition. Ainsi, l'article L. 100-1 A du code de l'énergie, introduit par la loi « Énergie-Climat » du 8 novembre 2019⁵, prévoit l'adoption, avant le 1^{er} juillet 2023 puis tous les cinq ans, d'une loi déterminant les objectifs et fixant les priorités d'action de la politique énergétique nationale pour répondre à l'urgence écologique et climatique⁶. Un tel projet de loi n'a toujours pas été déposé à ce jour.

Dès lors, les rapporteurs considèrent que l'article 2 bis B ne relève pas du domaine de la loi. **Sa portée est donc uniquement morale et symbolique mais nullement juridique.**

¹ Cf. *compte rendu de l'audition du 20 décembre 2023 annexé au présent rapport.*

² *Décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990.*

³ *Décision n° 82-142 DC du 27 juillet 1982.*

⁴ *Décision n° 2005-512 DC du 21 avril 2005.*

⁵ *Loi n° 2019-1147 du 8 novembre 2019 relative à l'énergie et au climat.*

⁶ *Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2019-791 DC du 7 novembre 2019, ne s'était pas prononcé sur l'introduction de cette disposition.*

Cependant, la commission n'entend pas remettre en cause l'engagement répété du Gouvernement à présenter une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge¹ et sera attentive à la concrétisation de cette promesse. Elle a souhaité conserver cet article en l'état afin que cet engagement lui soit rappelé.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 2 bis

Rapport au Parlement d'évaluation de l'article 2

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation de l'article 2 de la proposition de loi.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption en commission de deux amendements identiques de Yannick Neuder (Les Républicains) et Thibault Bazin (Les Républicains).

Il prévoit la remise par le Gouvernement, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi, d'un rapport au Parlement d'évaluation de l'article 2 de la proposition de loi relatif à l'élargissement de l'utilisation des registres des personnes vulnérables tenus par les maires². Ce rapport devrait préciser les actions de lutte contre l'isolement social menées, leurs résultats et le profil des publics accompagnés.

II - La position de la commission : supprimer cet article

Fidèle à sa position constante concernant les demandes de rapport, la commission a adopté, à l'initiative des rapporteurs, un amendement COM-172 de suppression.

La commission a supprimé cet article.

¹ L'ancienne ministre des solidarités et des familles, Mme Aurore Bergé, a notamment déclaré devant l'Assemblée nationale, le 20 novembre 2023 : « La loi de programmation que vous, parlementaires, avez demandée – je l'avais moi-même demandée lorsque j'étais députée – constitue une fondation essentielle. Au nom du Gouvernement et avec l'appui de la Première ministre, je m'engage à ce qu'une telle loi vous soit présentée. Vous êtes libres de me croire ou non, mais je ne peux pas être plus claire : l'arbitrage a été rendu, l'engagement est pris. J'irais presque jusqu'à le tatouer sur ma peau, s'il fallait cela pour vous convaincre ! ».

² Voir le commentaire de l'article 2 pour plus de précisions.

Article 2 ter
**Rapport au Parlement sur la trajectoire financière
de la branche autonomie jusqu'en 2030**

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement la remise d'un rapport sur la trajectoire financière de la branche autonomie de la sécurité sociale jusqu'en 2030.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption en commission d'un amendement de Yannick Neuder (Les Républicains).

Il dispose que le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, un rapport sur la trajectoire financière de la branche autonomie jusqu'en 2030 au regard des évolutions de la démographie et des besoins. Ce rapport formulerait des propositions pour affecter progressivement de nouvelles ressources au financement de la branche autonomie et pour garantir la pérennité des financements destinés au fonctionnement et à l'investissement de l'ensemble des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (ESMS).

En séance publique, cet article a été modifié par deux amendements rédactionnels de la rapporteure Laurence Cristol.

II - La position de la commission : supprimer cet article

Les demandes de rapport ne constituent pas une bonne méthode de législation : dépourvues de caractère normatif, elles restent souvent lettre morte. En outre, le Parlement dispose de pouvoirs de contrôle qui lui permettent de réaliser ses propres rapports d'information.

S'agissant de la demande d'informations formulée par cet article, le rapport de Laurent Vachey de 2020 sur la création de la branche autonomie¹ avait déjà examiné en détail les différentes pistes pour accroître les ressources de la branche autonomie. Elle devrait également être satisfaite au cours des prochains mois dans le cadre de l'examen du projet de loi de programmation promis par le Gouvernement et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. La commission a donc adopté un amendement de suppression des rapporteurs (COM-173).

La commission a supprimé cet article.

¹ La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement, *rapport de M. Laurent Vachey, septembre 2020.*

TITRE II

PROMOUVOIR LA BIENTRAITANCE EN LUTTANT CONTRE LES MALTRAITANCES DES PERSONNES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET GARANTIR LEURS DROITS FONDAMENTAUX

Article 3

Amélioration de la lutte contre la maltraitance et renforcement du droit au respect de la vie privée et familiale

Cet article propose de consacrer un droit légal des résidents et des patients de recevoir des proches en établissement médico-social et en établissement de santé. Il vise également à élargir les missions de l'action sociale et médico-sociale à la lutte contre la maltraitance.

L'Assemblée nationale a complété le dispositif en prévoyant la reconnaissance de nouveaux droits aux résidents, la modification du régime de la personne de confiance en matière médico-sociale et la création d'un comité d'éthique dans les établissements hébergeant des personnes âgées.

La commission a adopté cet article en rehaussant les garanties du droit du patient ou résident de recevoir ses proches et en encadrant les dérogations possibles à ce droit. Elle a également supprimé l'obligation incombant aux établissements d'hébergement des personnes âgées de disposer d'un comité d'éthique.

I - Le dispositif proposé

A. Le cadre juridique en vigueur ne suffit pas à garantir, toujours et partout, le droit effectif de recevoir de la visite en établissement médico-social ou en établissement de santé

La commission des affaires sociales et le Sénat ont déjà examiné une proposition de loi tendant à créer un droit de visite pour les malades, les personnes âgées et handicapées qui séjournent en établissement, déposée par le président Bruno Retailleau et adoptée par le Sénat le 12 octobre 2021. Sur ce sujet, il ne pourra donc qu'être conseillé de consulter le rapport, plus complet, de Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales sur cette proposition de loi¹.

¹ Rapport n° 18 (2021-2022) de Mme Corinne Imbert, déposé le 6 octobre 2021.

1. Les limites des fondements juridiques actuels

Aucun texte de valeur législative ou supra-législative ne reconnaît expressément au résident d'un ESMS ou au patient d'un établissement de santé le droit de recevoir ses proches. Ce droit peut toutefois être déduit de plusieurs fondements à commencer par le droit à la vie privée et familiale consacré à l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles reconnaît également aux personnes prises en charge par les ESMS que « *l'exercice des droits et libertés individuels* » leur est garanti et notamment que leur est assuré le respect de leur vie privée.

Si le juge trouverait donc matière à reconnaître aux patients et résidents un droit de recevoir des proches dans leur établissement¹, il faut toutefois noter, comme l'a fait Corinne Imbert dans son rapport précité, que porter un contentieux pour être autorisé à voir un proche, en cas de litige, ne peut être satisfaisant.

Si la loi n'est pas explicite, si les grands principes constitutionnels ou conventionnels restent « *lointains et imprécis* », selon les termes de Corinne Imbert², les textes de valeur infra-législative ne donnent pas beaucoup plus de contentement ; ces derniers étant trop souples quant à leur normativité. Les circulaires, chartes et autres instructions souffrent donc d'une application trop dépendante des interprétations des directeurs d'établissements. La charte des personnes hospitalisées, annexée à une circulaire du 2 mars 2006 du ministre de la santé et des solidarités, énonce pourtant que « *la personne hospitalisée peut recevoir dans sa chambre les visites de son choix en respectant l'intimité et le repos des autres personnes hospitalisées [...]* »³.

Encore faut-il également noter que l'article 8 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, laquelle a une reconnaissance législative et une valeur réglementaire par l'arrêté du 8 septembre 2003⁴ qui la définit, reconnaît qu'« *il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. À cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées* ».

2. Un droit qui s'est effacé devant les circonstances, emportant des conséquences désastreuses

La faible protection juridique du droit de recevoir ses proches a été suspendue par le temps d'exception qu'a constitué la crise sanitaire.

¹ Voir le rapport précité de Corinne Imbert.

² *Compte rendu des débats en commission des affaires sociales du mercredi 6 octobre 2021.*

³ *Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, qui actualise la charte du patient hospitalisé de 1995.*

⁴ *Arrêté relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.*

La première phase de l'épidémie de covid-19 et le premier confinement passés, des mesures restrictives de liberté ont continué à s'appliquer dans les Ehpad et ont mis à mal le souhait des familles et des résidents de se retrouver dans les établissements.

La gestion de la crise sanitaire dans les Ehpad s'est faite, en grande partie, par des protocoles de recommandations émis par le ministère de la santé et relayés par les ARS. Le rapport de novembre 2023, intitulé « *Lieux entravés, adieux interdits* » de la mission présidée par Laurent Frémont, fondateur du collectif « *Tenir ta main* », pointe ainsi que « *les ARS recevaient des instructions du ministère qu'elles appliquaient, tout en précisant que les décisions in fine étaient laissées à l'appréciation des directions. Ce "flou artistique" a conduit les directeurs d'Ehpad à accentuer ou à alléger ces préconisations* »¹. Les restrictions au droit de recevoir de la visite en Ehpad ont donc été plus ou moins sévères selon les établissements. Toutefois, les protocoles ont pu être assez impératifs, à l'instar du protocole du 1^{er} novembre 2020, paru en période de reprise épidémique et de second confinement.

Exemple de recommandations émises par le protocole du 11 novembre 2020

Le protocole de novembre 2020 résume la teneur des recommandations qu'il comporte en indiquant que « *les visites extérieures sont strictement encadrées afin que les résidents puissent continuer à recevoir leurs proches. Il est absolument indispensable que tous les établissements mettent en place ces mesures d'encadrement des visites.* » Il prévoit des recommandations plus précises :

- « *Les sorties dans les familles sont suspendues temporairement.* » ;

- « *La ministre estime que les résidents, quel que soit leur statut vaccinal et immunitaire, doivent retrouver les mêmes droits que le reste de la population, comme la possibilité de voir leurs proches, à l'extérieur ou à l'intérieur de l'établissement.* » ;

- « *Les visites des proches sont organisées uniquement sur rendez-vous, en semaine et le week-end. Les directions des établissements peuvent fixer un nombre limité de visiteurs par résident et/ou un nombre maximal de visiteurs simultanément par plage de RDV* » ;

- « *Les visites des proches dans les chambres sont suspendues sauf accord de la direction (exceptions des résidents ne pouvant pas se déplacer, ayant impérativement besoin de leurs proches aidants pour accomplir certains actes de la vie quotidienne, ou pour les situations de fin de vie)* » ;

- « *En cas de survenue de cas de Covid-19, les visites des proches sont suspendues temporairement, sur tout ou partie de l'établissement en fonction de sa configuration et de la situation sanitaire.* » ;

- « *Il convient de s'assurer que chaque résident dispose d'un moyen numérique/téléphonique pour garder un lien à sa famille.* »

¹ Rapport de la mission « *Droit de visite et lien de confiance* », p. 56.

Des protocoles d'assouplissement se sont enchaînés au cours de l'année 2021. Le 12 mars 2021, dans un communiqué de presse à l'appui d'un nouveau protocole, la ministre Brigitte Bourguignon estimait que « *les résidents, quel que soit leur statut vaccinal et immunitaire, doivent retrouver les mêmes droits que le reste de la population, comme la possibilité de voir leurs proches, à l'extérieur ou à l'intérieur de l'établissement* ». Il faut toutefois attendre un protocole du 20 juillet 2021 pour que les visites des proches puissent se faire sans rendez-vous, en chambre comme dans les espaces collectifs.

Cette coupure des liens sociaux, et l'isolement même au sein de l'établissement, a pu avoir pour les résidents des conséquences désastreuses allant jusqu'au syndrome de glissement. Dès le premier confinement, en mars 2020, le CCNE mettait ainsi en garde le Gouvernement sur le fait que « *l'environnement familial ou amical dont les résidents ne peuvent plus momentanément profiter est, pour nombre d'entre eux, le lien qui les rattache au monde extérieur et leur raison essentielle de vivre [...]. Les en priver de manière trop brutale pourrait provoquer une sérieuse altération de leur état de santé de façon irréversible et même enlever à certains le désir de vivre.* »¹

En outre, ce parti pris prolongé du « *tout-sanitaire au détriment de l'humain et du lien social* »², selon l'expression du rapport précité de Laurent Frémont, a été dur à vivre pour les proches eux-mêmes. L'impossibilité pour les familles d'accompagner leur proche avant la mort a été particulièrement traumatisante et s'est, pendant un temps, prolongé par des restrictions de l'accès au défunt³. Ces mesures ont pu générer des symptômes post-traumatiques et une incapacité de faire le deuil.

B. Le dispositif proposé

1. Une reconnaissance modeste d'un droit de visite des proches

- Le **a)** du 2^o vise à reconnaître au résident d'un établissement social ou médico-social (ESMS), à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles, que lui sont assurés le droit de visite de ses proches et le droit au maintien d'un lien social et à une vie familiale normale.

- Le **II** prévoit ce même droit de visite pour les patients accueillis en établissements de santé. À cette fin, il propose de créer un article L. 1110-14 au sein du code de la santé publique qui préciserait que le patient « *bénéficie d'un droit de visite de ses proches, sauf à ce que ce patient s'y oppose* ».

¹ CCNE, Réponse à la saisine du ministère des solidarités et de la santé sur le renforcement des mesures de protection dans les Ehpad et les USLD, 30 mars 2020.

² Rapport précité p. 76.

³ Décret du 1^{er} avril 2020 qui interdit la toilette mortuaire et impose une « mise en bière immédiate », souvent interprétée au sens strict.

2. D'autres dispositions relatives à la protection des résidents

- Le 1° du I du présent article propose d'ajouter expressément, au sein des missions assignées à l'action sociale et médico-sociale énumérées à l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles, la prévention et la lutte contre les maltraitances.

- Le b) du 2° vise à modifier l'article L. 311-3 précité afin de prévoir que lorsque la personne est en incapacité de s'exprimer, aux fins de sa participation à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement, elle est assistée ou représentée par la personne qui exerce la mesure de protection juridique, la personne de confiance ou, à défaut, un proche.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

a) *En commission*

- La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de la rapporteure Annie Vidal modifiant l'intitulé du titre II.

- La commission a adopté un amendement de Sébastien Peytavie au 1° du I visant à ajouter la prévention des situations d'isolement aux missions de l'action sociale et médico-sociale.

- Un amendement de précision a également été adopté (au 1° du I).

- Un amendement de la rapporteure Annie Vidal a substitué à la reconnaissance d'un droit de visite des proches et d'un droit au maintien d'un lien social et à une vie familiale normale la reconnaissance du respect de sa vie familiale, « *et notamment la visite de sa famille et de ses proches et le maintien d'un lien social* ».

L'amendement procède à un ajustement similaire au II de l'article qui concerne la reconnaissance d'un droit de visite des proches au patient d'un établissement de santé¹.

Cet amendement a également prévu la reconnaissance d'un droit de visite des proches et de la famille au bénéficiaire d'un usager d'un ESMS pour les îles Wallis et Futuna², en Polynésie française³ et en Nouvelle-Calédonie⁴. Il convient de souligner que dans ces trois territoires les dispositions de l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles concernées ne sont applicables qu'en raison d'une mention expresse et seulement en ce qu'elles garantissent des libertés.

¹ Article L. 1110-14 du code de la santé publique.

² Article L. 554-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 564-1 du même code.

⁴ Article L. 574-1 dudit code.

En matière d'aide et d'action sociale, l'Assemblée des îles de Wallis et Futuna¹, les autorités de Polynésie française² demeurent compétentes. De même, la collectivité de Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale et de santé³.

- Par un amendement de la rapporteure, la commission a supprimé le **b)** du 2° prévoyant l'assistance ou la représentation de la personne en incapacité de s'exprimer. L'objet de l'amendement motive cette suppression par la confusion qu'elle peut entraîner « *entre, d'un côté, la mission de la personne en charge de la mesure de protection et, d'un autre, celle de la personne de confiance car la personne de confiance n'exerce pas de missions d'assistance et de représentation* », ainsi que par le risque de conflits si plusieurs proches demandent à exercer cette mission de représentation ou d'assistance.

- Un amendement de Sébastien Peytavie, adopté par la commission, prévoit, à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, que le livret d'accueil, auquel sont annexés une charte des droits et libertés de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement, peut être remis à la personne de confiance.

- Enfin, la commission des affaires sociales – au 4° du I – a adopté un amendement de Freddy Sertin, sous-amendé par la rapporteure Annie Vidal, précisant, à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, le régime de désignation et les missions de la personne de confiance. Les modifications apportées sont toutefois assez marginales et se bornent à intriquer un peu plus les régimes juridiques existants s'agissant de la personne de confiance dans les champs médical, d'une part, et médico-social, d'autre part.

Les régimes de la personne de confiance en matière de santé et d'action médico-sociale

Les articles L. 311-5-1 du code de l'action sociale et L. 1111-6 du code de la santé publique régissent les régimes juridiques de la personne de confiance respectivement en matière d'action-sociale et de santé.

Dans le champ médico-social, « *la personne de confiance est consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. 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.* » D'autres articles du code de l'action sociale et des familles prévoient les missions de la personne de confiance.

¹ En application du décret n° 57-811 du 22 juillet 1957 relatif aux attributions de l'assemblée territoriale, du conseil territorial et de l'administrateur supérieur des îles Wallis-et-Futuna.

² En vertu de la combinaison des articles 13 et 14 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004.

³ Conformément à l'article 22 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie.

Dans le champ médical, la personne de confiance est celle « *qui sera consultée au cas où [la personne désignant] serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.* »

La désignation de la personne de confiance, dans un cas, comme dans l'autre, en vertu de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, « *est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.* »

Dans le champ médical, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance « *lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, ou dans un hôpital des armées ou à l'Institution nationale des invalides* » tandis que la même proposition est faite « *lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social.* »

b) En séance publique

- L'Assemblée nationale a adopté un amendement de Josiane Corneloup, sous-amendé par la rapporteure, qui a apporté - au *aa)* du 2° du I - des modifications rédactionnelles et de coordination.

- Trois amendements de Sébastien Peytavie ont été adoptés afin de préciser que le droit, dont bénéficient les personnes prises en charge par un ESMS ou par un établissement de santé, de recevoir de la visite de leurs proches s'exerce si le bénéficiaire ne s'y oppose pas.

- Un amendement de Jérôme Guedj, adopté par l'Assemblée nationale, malgré un double avis défavorable, propose de consacrer, au sein de l'article L. 311-3, le droit des personnes prises en charge d'être informées, ainsi que leurs proches, de leurs droits et des recours en cas de maltraitance.

- L'Assemblée nationale a retenu un amendement de Laurent Croizier, ayant reçu un double avis défavorable de la commission et du Gouvernement, proposant - au III du présent article - d'imposer la création dans chaque Ehpad d'un comité d'éthique dont les modalités de mise en œuvre sont déterminées par décret.

- En outre, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels de sa rapporteure.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III – La position de la commission

1. Le droit salubre de recevoir la visite de ses proches en Ehpad comme en établissement de santé

Ainsi qu'il a déjà été indiqué, le Sénat, à l'initiative du président Bruno Retailleau, a déjà examiné des dispositions tendant à créer un droit de visite en établissements. La proposition de loi a été adoptée le 12 octobre 2021 et transmise à l'Assemblée nationale.

Les rapporteurs font pleinement leurs les propos de Corinne Imbert, rapporteure de la commission sur cette proposition de loi, qui, à l'issue d'une démonstration rigoureuse, concluait que « *la loi semble donc un véhicule approprié pour clarifier un principe important de gestion des établissements prenant en charge un public fragile* ». C'est pourquoi, ils accueillent favorablement l'intention portée au présent article 3. Les rapporteurs se réjouissent également que le Gouvernement, qui estimait en 2021 au Sénat que le droit de recevoir ses proches en ESMS ne nécessitait pas de reconnaissance législative, ait exposé cette fois, lors des débats à l'Assemblée nationale, par la voix de Jean-Christophe Combe, alors ministre des solidarités, que « *la disposition inscrite à l'article 3 est utile et fait l'unanimité : elle va changer profondément la vie des résidents des ESMS. [...] Manifestement, ces établissements n'étaient pas considérés dans l'esprit de tous comme des lieux de vie où les personnes hébergées pouvaient exercer leurs droits et libertés* »¹.

Cependant, les rapporteurs constatent que les dispositions de la proposition de loi approuvée par le Sénat apportent une meilleure garantie au résident d'un établissement d'accueil pour personnes âgées ou pour personnes handicapées et au patient d'un établissement de santé quant à son droit d'accueillir dans les murs de l'établissement tout visiteur qu'il consent à recevoir. Ils craignent au contraire que la rédaction du présent article, en affirmant un droit de visite général mais succinct provoque nécessairement des accommodements pratiques dans les établissements, qui, dès lors, seraient à la libre appréciation des directeurs.

La rédaction déjà retenue par le Sénat en 2021 précise, et en cela les encadre, les dérogations possibles au droit de recevoir ses proches. La décision motivée du directeur ne pourrait reposer que sur la menace que comporterait la venue du visiteur pour l'ordre public ou pour la santé de la personne, des autres patients ou résidents ou des personnes travaillant dans l'établissement.

De plus, l'article 5 de la proposition de loi sénatoriale prévoit que les mesures prises par le Gouvernement, en période de crise sanitaire, à des fins de restriction du droit de recevoir des proches ne peuvent être décrétées qu'après avis motivé du comité consultatif national d'éthique.

¹ JORF, *Compte rendu intégral 2^e séance du jeudi 13 avril 2023, Année 2023. – No 48 [2] A.N. (C.R.)*

En outre, l'article 4 de la même proposition de loi consacre un droit absolu du patient en fin de vie de recevoir des visites quotidiennes de ses proches, y compris en cas de crise sanitaire. Ainsi, même en période d'état d'urgence, seul le législateur pourrait lever cette disposition, ce qui ne peut être que souhaitable eu égard à l'expérience passée de la gestion de la crise de la covid-19 et au problème éthique majeur que soulève la privation des liens sociaux et familiaux dans ces ultimes moments.

Pour toutes ces raisons, les rapporteurs ont proposé un **amendement COM-174**, que la commission a adopté, remplaçant la simple reconnaissance législative d'un droit de visite par les dispositions du texte n° 4 (2021-2022) adopté par le Sénat le 12 octobre 2021.

2. La création d'un comité d'éthique : une obligation disproportionnée

Dans ses réponses au questionnaire des rapporteurs, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) indique que « *le questionnement éthique [...] trouve souvent sa place dans les projets d'établissement ou de service* ». Ainsi, prévoir systématiquement un comité d'éthique dans tous les établissements n'est pas nécessaire, « *ceux-ci pouvant organiser la réflexion éthique sous des formes différentes, seuls ou avec des partenaires* ».

Les rapporteurs constatent en complément que, sans disposition législative, certains Ehpad ont déjà mis en place un tel comité. En revanche, l'imposer à tous, y compris aux établissements de petite taille, induirait une organisation trop lourde et disproportionnée dans certains cas.

La commission a donc adopté un **amendement COM-176** des rapporteurs, ainsi que deux **amendements identiques COM-9 d'Anne-Sophie Romagny et COM-15 de Laurence Muller-Bronn**, supprimant l'obligation faite aux établissements de créer un comité d'éthique.

3. Le régime de la personne de confiance : un droit encore à clarifier

Les rapporteurs ont accueilli avec circonspection les dispositions apportant des modifications peu lisibles au régime de la personne de confiance. La DGCS, ayant confirmé qu'une mise en cohérence du droit pourrait être pertinente, les rapporteurs estiment qu'une évolution de la rédaction de ces dispositions serait nécessaire en séance publique.

4. Le droit à être informé des droits et recours en cas de maltraitance : un dispositif déjà satisfait

Enfin, les rapporteurs constatent que la consécration, à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles, d'un droit du résident à « *être informé, ainsi que ses proches, de ses droits et des recours en cas de maltraitance* » est satisfaite par ce même article qui dispose qu'est assurée au résident « *une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition* ».

La commission a donc adopté un amendement **COM-175** de ses rapporteurs supprimant cette disposition.

Au demeurant, dans le contexte de création d'une cellule départementale de recueil des signalements de maltraitance à l'article 4, il conviendrait plutôt que le Gouvernement communique davantage sur les canaux de signalement à la disposition des personnes comme le numéro national 3977¹.

Enfin, la commission a adopté un amendement rédactionnel **COM-129** de Maryse Carrère.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3 bis A

Prise en compte de l'intégrité psychique et du droit à une vie sexuelle et affective des résidents dans l'annexe au contrat de séjour encadrant les restrictions de liberté

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à élargir les droits des personnes âgées résidentes en soutien desquels des mesures particulières individuelles peuvent être définies par une annexe au contrat de séjour. Seraient ainsi consacrés l'intégrité psychique du résident, ainsi que son droit à une vie affective et sexuelle.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Le droit en vigueur : une annexe au contrat de séjour pouvant être établie pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir

En vertu de l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles, dans les établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées², une annexe au contrat de séjour peut définir « 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 ».

¹ Voir infra le commentaire de l'article 4.

² Relevant du 6° du 1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1 du même code.

La rédaction de ces dispositions législatives, issues de l'article 27 de la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)¹, a beaucoup varié au cours des lectures successives du projet de loi à l'Assemblée nationale et au Sénat². Derrière les termes nuancés, progressivement introduits au fil de la navette et rendant compte de la difficile conciliation entre liberté et sécurité du résident, **l'intention du législateur est bien d'autoriser l'établissement à mettre en œuvre des mesures restrictives de la liberté d'aller et venir, autres que les règles collectives, pour le bien de la personne prise en charge.**

Ces dispositions législatives permettent toutefois un encadrement juridique de ces restrictions, qui ne préexistait pas à la loi ASV. En vertu de ces dispositions législatives, **les mesures ne doivent être prévues que si elles répondent à une triple condition : elles sont prises dans l'intérêt des personnes accueillies, elles sont strictement nécessaires et elles ne sont pas disproportionnées par rapport aux risques encourus.**

Les conditions et modalités de définition de ces mesures sont déterminées par l'article L. 311-4-1 précité dont l'application est précisée par voie réglementaire³. La procédure est mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement⁴ ou, à défaut, du médecin traitant.

**Modalités de définitions des mesures particulières prises
pour « assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne
et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir »**

La procédure de détermination des mesures comprises dans l'annexe au contrat de séjour, prévue à l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles, s'avère collégiale et comporte :

- l'examen du résident par le médecin ;
- l'évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées par l'équipe médico-sociale de l'établissement ;
- la transmission des mesures proposées par le médecin coordonnateur ou, à défaut, par le médecin traitant, au directeur d'établissement.

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015.

² Le dispositif proposé de l'article 22 du projet de loi initial indiquait que le contrat de séjour pouvait comporter « une annexe précisant les adaptations apportées aux contraintes prévues par le règlement de fonctionnement et susceptibles de limiter les possibilités d'aller et venir du résident, aux seules fins d'assurer son intégrité physique et la sécurité des personnes ».

³ Articles R. 311-0-5 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Ce dernier exerce cependant cette fonction, aux termes de l'article D. 312-58 du même code, « sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement ».

Le directeur d'établissement arrête le projet d'annexe au contrat de séjour qui doit respecter un modèle fixé par décret¹. La notice explicative de cette annexe-type indique ainsi que « *l'annexe au contrat de séjour intervient au regard des responsabilités de l'établissement vis-à-vis du résident. [...] Dans le cadre du soutien à l'exercice de la liberté d'aller et venir du résident au sein de l'établissement, l'établissement s'engage à privilégier les réponses adaptées face aux risques identifiés pour l'intégrité physique et la sécurité du résident en maintenant le contact avec lui et en l'accompagnant, autant que faire se peut, dans ses déplacements. Toutes les réponses apportées par l'établissement sont préventives.* » Ce modèle d'annexe enjoint également les établissements à fixer les mesures individuelles en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques élaborées par les agences sanitaires².

Une fois l'annexe arrêtée, le directeur en avise le résident et, dans le cas d'une mesure de protection juridique, la personne chargée de la protection. Le résident peut s'entretenir avec le médecin en vue de bénéficier d'explications complémentaires.

Quinze jours au moins après réception du projet d'annexe, le résident et, le cas échéant, la personne chargée de la mesure de protection juridique et, après accord du résident, sa personne de confiance, sont reçus en entretien par le directeur d'établissement ou son représentant. Celui-ci doit « *s'assurer de la compréhension, par le résident, des mesures envisagées dans le projet d'annexe et recherche son consentement sur chacune d'entre elles* »³. À l'issue de cet entretien a lieu la signature conjointe de cette annexe au contrat de séjour.

Enfin, l'article L. 311-4-1 précité prévoit que « *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 [...] du médecin traitant, ou sur proposition de la personne de confiance* ».

B. Le dispositif proposé : un élargissement du périmètre des mesures particulières à prendre définies en annexe au contrat de séjour

Le présent article, qui propose de modifier l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles, a été introduit en séance publique à l'Assemblée nationale par deux amendements de Jérôme Guedj (groupe Socialistes et apparentés), ayant tous deux reçus un double avis défavorable de la rapporteure et du Gouvernement.

¹ Annexe 3-9-1 prévue par le décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées.

² Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), Recommandations de la conférence de consensus : liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité, décembre 2004. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009. Anesm, Qualité de vie en Ehpad (volet 2), septembre 2011.

³ Article R. 311-0-5 du même code.

1. Assurer l'intégrité psychique du résident

En premier lieu, le 1° du présent article propose d'adjoindre l'intégrité psychique du résident aux objectifs en vue desquels des mesures particulières peuvent être définies par l'annexe au contrat de séjour décrite plus en amont.

Selon l'amendement ayant introduit cette disposition, le dispositif proposé « *vise à prendre en compte l'intégrité psychique des résidents dans le contrat de séjour signé avec le résident. Cette mesure vise à garantir la protection et le bien-être psychologique des résidents, en plus de leur santé physique. Les personnes âgées sont en effet particulièrement vulnérables à la maltraitance psychologique, alors que cette dernière cause des dommages psychologiques graves. »*

2. Assurer le droit de la personne âgée résidente à une vie affective et sexuelle

Le 2° du présent article propose de compléter les finalités des mesures particulières pouvant être prises par l'annexe au contrat de séjour d'un objectif d'assurer le droit du résident à une vie affective et sexuelle.

Selon l'amendement ayant introduit cette disposition, le dispositif proposé « *vise à reconnaître le droit des personnes âgées à une vie affective et sexuelle [...] »*.

II - La position de la commission : des dispositions bancales qui traduisent mal l'intention qui leur est prêtée

1. La protection de l'intégrité psychique du résident contre la maltraitance n'est pas mieux assurée par les présentes dispositions

Ainsi qu'il a été mentionné plus en amont, la disposition proposée au 1° de l'article a été présentée et discutée lors des débats à l'Assemblée nationale comme renforçant l'arsenal législatif contre la maltraitance psychologique en Ehpad. En réalité, son introduction se fait au sein du dispositif législatif régissant l'annexe encadrant les restrictions de la liberté d'aller et venir des résidents, ce qui ne paraît pas pertinent aux rapporteurs.

En effet, il ne semble pas utile d'élargir le champ des mesures particulières pouvant être prises pour assurer l'intégrité psychique d'un résident alors que la définition de la maltraitance, à l'article L. 119-1 du code de l'action sociale et des familles, englobe les aspects psychologiques.

De même, le code de l'action sociale et des familles garantit à la personne prise en charge par une structure médico-sociale le « *respect de sa dignité, de son intégrité [...]* »¹. La charte des droits et libertés de la personne accueillie énonce que « *lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins [...]* »².

2. Une seconde disposition inadaptée pour améliorer le respect de la vie affective et sexuelle des résidents

a) *La vie affective et sexuelle des personnes âgées accueillies en Ehpad : les difficultés pratiques et éthiques soulevées*

Les rapporteurs saluent l'intention du présent article de mettre en lumière la question, encore largement taboue et impensée, de la vie affective et sexuelle des personnes âgées hébergées en établissement. Aux préjugés sociaux sur la sexualité des personnes âgées, s'ajoutent les complexités découlant de l'hébergement en structure médico-sociale et des situations qu'il peut comporter : vie collective, séparation avec le conjoint, incapacités physiques, troubles psychiques, irruption, même strictement nécessaire, du personnel de l'établissement dans l'intimité (notamment lors de la toilette)...

Comme l'expose très bien le guide réalisé par l'association belge *Espace Seniors*³, au mal-être pouvant, le cas échéant, être ressenti par les résidents, peut s'adjoindre, devant ces situations concrètes, le sentiment des soignants d'être désarmés, de ne pas savoir comment bien réagir voire être mal à l'aise... Ces derniers peuvent aussi se trouver au cœur d'injonctions contradictoires entre la volonté exprimée par un résident et une famille réagissant par l'incompréhension ou le refus catégorique de savoir leur proche avoir une vie sexuelle en établissement. Enfin, le respect du consentement est également un point de vigilance particulièrement complexe alors que, comme le note la HAS, « *les troubles cognitifs et la vulnérabilité physique peuvent aussi faciliter les abus de faiblesse et les violences sexuelles chez les personnes âgées vulnérables* »⁴.

b) *Le dispositif proposé ne répond pas à ces difficultés*

Les rapporteurs estiment que l'intention vertueuse de respecter la vie affective et sexuelle des personnes âgées accueillies en établissement ne semble pas trouver la meilleure des traductions au sein d'une annexe initialement pensée pour encadrer les restrictions aux libertés d'aller et venir.

¹ Article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles.

² Article 7 de la charte prévue par l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

³ *Espace seniors, Intimité et sexualité des seniors en maison de repos, 2014.*

⁴ HAS, *Vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS, Note de cadrage, validée le 31 mai 2022.*

La procédure, collégiale et à la seule initiative du médecin coordonnateur, de définition par l'annexe des mesures particulières à prendre ne semble pas adaptée au respect de l'intimité des résidents.

En outre, la protection de la vie affective et sexuelle est déjà garantie par le droit en vigueur, comme le soulignait la rapporteure de la commission et le Gouvernement lors des débats à l'Assemblée nationale¹. L'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles garantit à une personne accueillie que lui sont assurés le « *respect [...] de sa vie privée, de son intimité* ». L'article 11 de la charte précitée indique : « *hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé* ». Enfin, mentionnons également que l'article 1^{er} de la charte rappelle explicitement que « *nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison [...] de son orientation sexuelle [...] lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social* ».

Si des guides à l'usage des professionnels existent au Canada² ou en Belgique³, les recommandations font encore largement défaut en France ; la Haute Autorité de santé s'est, fort opportunément, saisie de ces enjeux en 2022 et, des travaux sur la « *vie affective et sexuelle dans le cadre de l'accompagnement en ESSMS* » devraient combler ce manque en 2024. En tout état de cause, des recommandations de bonnes pratiques sont certainement plus attendues dans les établissements qu'une consécration législative redondante.

Sur ces deux dispositions, le présent article paraît donc mal adapté dans son dispositif juridique et satisfait dans son intention. En conséquence, la commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un **amendement COM-177** de suppression de cet article.

La commission a supprimé cet article.

¹ JORF, *Compte rendu intégral de la 2^e séance du jeudi 13 avril 2023, No 48 [2] A.N. (C.R.), vendredi 14 avril 2023.*

² *Vancouver Coastal Health Authority, « Supporting Sexual Health and Intimacy in Care Facilities: Guidelines for Supporting Adults Living in Long-Term Care Facilities and Group Homes in British Columbia », 2009.*

³ *Guide mentionné réalisé par l'association Espace seniors.*

Article 3 bis B

Composition du conseil de la vie sociale des structures médico-sociales

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à préciser que les conseils de la vie sociale (CVS) comportent le maire de la commune, les conseillers départementaux du canton et des membres du conseil territorial de santé (CTS) sur les ressorts desquels l'établissement ou le service est implanté.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Le conseil de la vie sociale

1. La loi du 2 janvier 2002 a prévu un conseil de la vie sociale

Par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le législateur a souhaité renforcer le droit des usagers des structures médico-sociales. À cette fin, il a notamment prévu les conseils de la vie sociale (CVS)¹, lesquels se sont dès lors substitués aux conseils d'établissement, mis en place par la loi du 30 juin 1975 afin d'associer « les usagers, les familles et les personnels » au fonctionnement des établissements.

L'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles dispose ainsi que le conseil vise à « associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service ». L'article D. 311-3 du même code prévoit qu'il doit être mis en place lorsque l'établissement ou le service assure un hébergement ou un accueil de jour continu ou une activité d'aide par le travail - établissements et services d'aide au travail (Ésat). Lorsqu'une même personne publique ou privée gère plusieurs structures, un CVS commun peut être mis en place.

L'article D. 311-15 dudit code assigne au conseil les prérogatives de donner son avis et de formuler des propositions sur « toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service » qu'il s'agisse, par exemple, des droits et libertés des personnes accompagnées, de l'organisation intérieure et la vie quotidienne ou bien encore la nature et le prix des services rendus, etc.

En vertu de l'article L. 311-8 du même code, le CVS est nécessairement associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement ou du service. Enfin, il doit être consulté lors de la procédure d'évaluation et être « informé des résultats et associé aux mesures correctrices à mettre en place ».

¹ Article 10 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

2. La composition du conseil a récemment été précisée par décret

La composition du conseil est définie par décret à l'article D. 311-5 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte du décret du 25 avril 2022¹. La répartition et le nombre des sièges au conseil sont fixés par la décision l'instituant². Toutefois, en application de l'article D. 311-5 précité, le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil. Enfin, le président du conseil est élu parmi les membres représentant les personnes accueillies, sauf en cas d'impossibilité³.

Composition du conseil de la vie sociale aux termes de l'article D. 311-5 CASF

I. - Le conseil de la vie sociale comprend au moins :

1° Deux représentants des personnes accompagnées ;

2° Un représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D. 311-13 ;

3° Un représentant de l'organisme gestionnaire.

II. - Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :

1° Un représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services au sens du I de l'article L. 312-1 ;

2° Un représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ;

3° Un représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ;

4° Un représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services relevant du 14° du I de l'article L. 312-1 ;

5° Un représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ;

6° Le médecin coordonnateur de l'établissement ;

7° Un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

¹ Décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale et autres formes de participation.

² Article D. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article D. 311-9 du même code.

Par ailleurs, par le décret du 25 avril 2022, le pouvoir réglementaire a souhaité élargir la liste des personnes pouvant assister aux réunions des CVS. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2023, le conseil « *peut appeler toute personne à participer à ses réunions à titre consultatif en fonction de l'ordre du jour* ». En outre, peuvent demander à assister aux débats du conseil de la vie sociale :

- un représentant élu de la commune d'implantation de l'activité ou un représentant élu d'un groupement de coopération intercommunal ;
- un représentant du conseil départemental ;
- un représentant de l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation ;
- un représentant du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- une personne qualifiée à laquelle il a été fait appel par une personne prise en charge en vertu de l'article L. 311-5 ;
- le représentant du Défenseur des droits.

Ces personnes ne sont pas membres du CVS et leur participation reste donc soumise à l'accord du conseil.

B. Le dispositif proposé : une composition du conseil complétée

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement de Jérôme Guedj, vise à préciser que le conseil de la vie sociale des établissements ou services comporte comme membre de plein droit le maire de la commune d'implantation, les conseillers départementaux du canton d'implantation, ainsi que des membres du conseil territorial de santé (CTS) d'implantation.

II - La position de la commission : un article de nature réglementaire dont l'intention principale est satisfaite

La composition des CVS étant précisée par décret, conformément au dernier alinéa de l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles, **les rapporteurs constatent que les dispositions proposées au présent article relèvent manifestement du pouvoir réglementaire.**

Cet article visant principalement à permettre aux élus locaux de participer aux réunions du CVS, **son intention paraît, en outre, satisfaite depuis que le décret du 25 avril 2022 a permis à un représentant élu de la commune et un représentant du conseil départemental d'assister aux réunions du conseil.** Ce même décret a, par ailleurs, renforcé la présence des professionnels de santé du territoire au sein du CVS en incluant dans sa composition le médecin coordonnateur de l'établissement et un représentant des membres de l'équipe médico-soignante.

Au demeurant, les rapporteurs notent que le ministère des solidarités et de la santé a accompagné les modifications introduites par le décret du 25 avril 2022, d'une recommandation tendant à rappeler qu'il est « *préférable de limiter l'assistance des personnes extérieures aux réunions du CVS pour garantir la qualité des échanges* »¹. Ainsi que l'indique, le conseil départemental du Nord, dans sa contribution écrite aux rapporteurs : « *Le CVS est [une] instance pour et par les usagers. S'il est légitime que les élus souhaitent [être] informés et acteurs de la vie des ESMS de leurs administrés, leur intégration au sein de cette instance risque de la dénaturer.* »

Pour toutes ces raisons, la commission a adopté un **amendement COM-178 de ses rapporteurs** supprimant le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 3 bis

Élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à ce qu'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé soit élaboré dans un délai de deux mois à compter de la conclusion du contrat de séjour entre le résident et la structure.

La commission a supprimé cet article.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : une élaboration et actualisation annuelle obligatoire d'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé

A. Un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé, prévu dans la loi depuis 2002, qui s'articule avec le contrat de séjour

Depuis la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le 7° de l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit que doit être assurée « *la participation directe de la personne prise en charge à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* ». Le législateur, pas plus que le pouvoir réglementaire, ne détaille toutefois la forme que doit revêtir la conception de ce projet d'accueil et d'accompagnement ni les éléments constitutifs de ce projet.

¹ <https://solidarites.gouv.fr/foire-aux-questions-conseil-de-la-vie-sociale-et-autres-formes-de-participation-dans-les>

Il est vrai que d'autres outils, à savoir le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, permettent, lors de l'admission d'une personne, de concevoir les contours de la prise en charge ou de l'accompagnement par la structure. Prévu à l'article L. 311-4 du même code, le contrat de séjour ou, à défaut, le document individuel de prise en charge (DIPC) doit ainsi, aux termes de cet article, « *défini[r] les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement [...]. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.* » Le détail des éléments que le contrat ou le document doit comporter est énoncé par décret¹. En outre, il est spécifié que les objectifs et les prestations adaptés à la personne sont précisés dans un avenant établi dans le délai maximum de six mois après l'admission de la personne. Leur définition doit être réactualisée chaque année.

L'article L. 311-4 précité indique que le contrat ou document est élaboré avec la participation de la personne accueillie ; les dispositions réglementaires précisant que « *la participation de la personne admise et, si nécessaire, de sa famille ou de son représentant légal est obligatoirement requise pour l'établissement du contrat ou document, à peine de nullité de celui-ci* »².

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), dont les compétences sont désormais exercées par la Haute Autorité de santé (HAS), en déduit donc que le projet personnalisé et le contrat de séjour ou document individuel « *se chevauchent, mais ne se recouvrent pas : le projet personnalisé est avant tout une démarche, répondant à des principes [...], le projet personnalisé a son propre rythme [...] et pour certains projets, le réajustement des objectifs pourra être plus intensif que le rythme annuel de révision du contrat de séjour/DIPC* »³. Enfin, le projet personnalisé doit prendre en compte des éléments qui, s'ils peuvent figurer dans le contrat de séjour ou DIPC, ne sont pas automatiquement mentionnés par ces derniers (« *analyse préalable de la situation, modalités de mise en œuvre* »⁴).

B. Le dispositif proposé : formaliser l'élaboration du projet personnalisé et prévoir son actualisation annuelle

Le présent article a été inséré en commission à l'Assemblée nationale par un amendement de Pascal Lecamp (MoDem et Indépendants). Il vise, par un ajout au sein de l'article L. 311-4 précité qui définit le contrat de séjour, à prévoir qu'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé est élaboré dans un délai de deux mois à compter de la conclusion du contrat de séjour. Ce projet d'accueil devrait être réévalué et adapté chaque année, à tout le moins. Un décret définirait les conditions d'élaboration du projet.

¹ Article D. 311 du code de l'action sociale et des familles.

² Article D. 311 précité.

³ ANESM (HAS), Les attentes de la personne et le projet personnalisé, décembre 2008.

⁴ Idem.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel de la rapporteure Annie Vidal.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

II - La position de la commission : un risque encouru de redondance avec le contrat de séjour et de formalité administrative excessive

Si les rapporteurs partagent l'intention du présent article, ils estiment que les dispositions proposées sont satisfaites par le droit en vigueur qui prévoit, au niveau législatif, l'élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé en sus du contrat de séjour. De cette base légale découlent des obligations pour les structures médico-sociales comme l'indique l'ANESM : « *L'établissement du contrat de séjour ou du DIPC ne dispense pas d'élaborer un projet personnalisé : ce sont, par ailleurs, dans un cas comme dans l'autre, des obligations pour l'établissement* »¹. D'ailleurs, les rapporteurs notent que les recommandations de bonnes pratiques émises par l'ANESM ou la HAS, sont particulièrement précises et étayées ; elles démontrent, *a contrario*, l'inutilité de disposer d'une base légale plus étendue.

L'enquête nationale sur la bientraitance, conduite par l'Anesm en 2015², fait ressortir que 84 % des Ehpad ont conçu des projets personnalisés tandis que 34 % des établissements ont effectivement réévalué les projets personnalisés alors que les changements de situation du résident le rendaient nécessaire. L'application des dispositions juridiques prévoyant le projet d'accueil et d'accompagnement dépendra donc des bonnes application et appropriation des recommandations de la HAS.

Il ne paraît donc pas pertinent aux rapporteurs de prévoir de nouvelles dispositions législatives formalisant davantage la procédure d'élaboration du projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé. En conséquence, la commission a adopté un **amendement COM-179** des rapporteurs supprimant le présent article.

La commission a supprimé cet article.

¹ ANESM (HAS), Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet Ehpad), août 2018.

² ANESM, Enquête : bientraitance des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, 2015.

Article 3 ter

Amélioration du recueil du consentement des personnes accueillies en ESMS en ce qui concerne le contrôle de leur espace de vie privatif

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à formaliser le recueil du consentement des personnes accueillies en ESMS quant au contrôle des autorités de tutelle réalisés dans leurs espaces privés, ainsi que pour la collecte par l'établissement de leurs données personnelles.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. L'état du droit : des dispositions déjà précises

1. Le contrôle des espaces privés des ESMS soumis à l'accord écrit de l'occupant ou, à défaut, d'une autorisation judiciaire

Les articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles définissent le régime des contrôles administratifs des ESMS par les autorités de tutelle (agence régionale de santé, conseil départemental, préfet). Les dispositions législatives précisent notamment le champ des contrôles, les agents habilités pour effectuer ces contrôles et l'étendue de leurs compétences, ainsi que les sanctions applicables à l'issue des contrôles.

Par le truchement de l'article L. 313-13-1 du code de l'action sociale et des familles, les dispositions du code de la santé publique régissant les contrôles sanitaires s'appliquent également aux contrôles des ESMS.

L'article L. 1421-2 du code de santé publique distingue les locaux à usage collectif ou professionnel des locaux à usage privé (chambres, studios des ESMS). S'agissant des premiers, les agents habilités sont autorisés à pénétrer dans les lieux concernés entre 8 heures et 20 heures et même au-delà de ces horaires si les locaux sont encore accessibles au public ou si une activité est en cours. En revanche, concernant les espaces privés - désignés par le code de santé publique comme « *les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation* », le contrôle ne peut être effectué qu'entre 6 heures et 21 heures. **Si l'occupant s'oppose au contrôle, la visite des lieux ne peut être réalisée qu'après autorisation du juge des libertés et de la détention du tribunal judiciaire.**

Plus précis, les articles L. 313-13-1 et R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles disposent que le contrôle - inopiné ou annoncé préalablement - des espaces privés des ESMS peut se faire sans autorisation de l'autorité judiciaire lorsque la visite a lieu « *en présence de l'occupant et avec son accord écrit ou celui de son représentant légal, recueilli par un agent habilité et assermenté* » au moyen d'un formulaire CERFA annexé au rapport de contrôle.

Le modèle de ce formulaire est défini par un arrêté du ministre en charge des affaires sociales du 31 mars 2022¹.

En somme, ainsi que l'explique une instruction de la DGCS² à destination des préfets et des directeurs généraux d'ARS, **l'absence d'accord écrit à un contrôle d'un espace privatif s'assimile donc à un refus de l'occupant et requiert l'habilitation de l'autorité judiciaire pour passer outre**. Dans cette situation, l'article L. 1421-2-1 du code de santé publique prévoit que l'ordonnance du juge est notifiée sur place au moment de la visite à l'occupant du lieu ou à son représentant légal qui peuvent demander au juge une suspension ou un arrêt de cette visite. Aux termes de cet article, *« la visite est effectuée en présence de l'occupant des lieux ou de son représentant, qui peut se faire assister d'un conseil de son choix. En l'absence de l'occupant des lieux, les agents chargés de la visite ne peuvent procéder à celle-ci qu'en présence de deux témoins requis à cet effet par eux, qui ne sont pas placés sous leur autorité. »*

2. Le recueil de consentement pour la collecte des données personnelles : l'application du droit commun

Par la nature des missions qu'ils exercent, les ESMS sont amenés à collecter certaines données personnelles des personnes qu'elles prennent en charge. En vertu de l'article L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles, les ESMS *« se dotent de systèmes d'information conçus de manière à assurer le respect de la protection des données à caractère nominatif »*. Par ailleurs, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique dispose que toute personne prise en charge par un ESMS *« a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant »*.

Surtout, les ESMS sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi qu'au règlement général sur la protection des données (RGPD)³. À ce titre, les données personnelles des usagers des ESMS doivent être *« traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée »*. La licéité du traitement dépend, en application de l'article 6 du RGPD, de l'existence d'une base légale listée à cet article. Le recueil du consentement fait partie de ces critères de licéité, au côté d'autres conditions (voir encadré ci-après).

¹ Arrêté du 31 mars 2022 fixant le modèle de formulaire prévu à l'article R. 313-25 du code de l'action sociale et des familles relatif au recueil de l'accord écrit de l'occupant ou de son représentant légal lors du contrôle dans les locaux, lieux, installations et moyens de transport à usage d'habitation.

² Instruction n° DGCS/SD4C/2022/240 du 7 décembre 2022 relative aux modalités de mise en œuvre de l'ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018 relative au contrôle de la mise en œuvre des dispositions du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 412-2 du code du tourisme.

³ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

Les conditions de licéité d'un traitement de données (article 6 du RGPD)

« Le traitement n'est licite que si, et dans la mesure où, au moins une des conditions suivantes est remplie :

a) la personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques ;

b) le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci ;

c) le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis ;

d) le traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne physique ;

e) le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement ;

f) le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement ou par un tiers, à moins que ne prévalent les intérêts ou les libertés et droits fondamentaux de la personne concernée qui exigent une protection des données à caractère personnel, notamment lorsque la personne concernée est un enfant. »

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) a publié, en 2021, un référentiel à usage des ESMS¹ pour les aider à se conformer à la réglementation concernant les données. Dans ce référentiel, elle invite les organismes à choisir, selon la finalité du recueil de données, la base légale la plus appropriée. Toutefois, « dans le cadre de l'accompagnement social et/ou médico-social des personnes âgées, en situation de handicap ou en difficulté, la [Cnil] appelle l'attention des organismes sur la nécessité de faire preuve de la plus grande prudence dans l'usage du consentement comme base légale de leurs traitements de données à caractère personnel. Les personnes concernées peuvent en effet souffrir d'altération du discernement pouvant rendre le consentement non valable. »²

Enfin, les usagers des ESMS bénéficient des autres droits reconnus par le RGPD comme le droit d'accès et de rectification de leurs données personnelles, ainsi qu'un droit d'opposition à leur recueil et à leur traitement³.

¹ Cnil, Référentiel relatif aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social et médico-social des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de celles en difficulté, adopté le 11 mars 2021.

² Cnil, référentiel précité, p. 7.

³ Dans les conditions prévues à l'article 21 du RGPD.

Exemples de base légale selon la finalité

Finalité du recueil et traitement des données	Base légale envisageable
Fourniture des prestations définies dans le cadre du contrat conclu entre l'organisme et la personne concernée et gestion administrative des personnes concernées	Exécution du contrat ou mission d'intérêt public dès lors que le traitement mis en œuvre excède ce qui est nécessaire au contrat
Accompagnement social et médico-social adapté aux difficultés rencontrées ayant notamment pour objet d'élaborer un projet personnalisé d'accompagnement, d'assurer le suivi des personnes dans l'accès aux droits et, le cas échéant, d'orienter les personnes vers les structures compétentes susceptibles de les prendre en charge	Organismes publics : Mission d'intérêt public Organismes privés : Intérêts légitimes
Cas particulier concernant les droits relatifs à la fin de vie	Consentement

Source : Cnil, référentiel précité

En pratique, les auditions ont révélé que les ESMS s'efforçaient de recueillir le consentement. D'ailleurs, la mission permanente d'inspection et de contrôle de l'Igas, dans son guide à usage des contrôleurs d'ESMS¹, précise que l'existence de procédure de recueil du consentement quant à la collecte et traitement des données personnelles des usagers est un point que le contrôle doit s'efforcer de vérifier. La société Orpéa a ainsi indiqué aux rapporteurs que les modalités de collecte et de traitement des données personnelles étaient définies dans le livret d'accueil du nouveau résident et que le consentement du résident était recherché, ou à défaut son assentiment s'il ne peut l'exprimer. De même la société LNA Santé a mis en place un recueil de consentement, matérialisé par la signature d'un formulaire.

B. Le dispositif proposé

Le présent article a été introduit à l'Assemblée nationale en commission par un amendement de Freddy Sertin (groupe Renaissance).

Le 1^o propose de compléter l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir que la conclusion du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge doit donner lieu au recueil de l'accord de principe de la personne prise en charge par un ESMS sur :

- le contrôle, réalisé par des agents habilités des autorités de tutelle, effectué dans son espace privatif ;

¹ Mission permanente inspection-contrôle de l'Igas, Guide pour la préparation d'un contrôle d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux, juin 2021.

- la collecte des données personnelles, leur conservation et leur traitement éventuel.

L'accord ou le refus devra être consigné par écrit dans le contrat ou le document individuel de prise en charge. Un décret définira les conditions dans lesquelles le traitement des données personnelles pourra s'effectuer.

Le 3° propose d'ajouter les mêmes dispositions à l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles qui énumère les établissements autorisés à pratiquer une liberté tarifaire, lesquels ne peuvent héberger une personne âgée sans qu'au préalable un contrat écrit ait été passé avec cette personne.

Le 2° vise à apporter une coordination à l'article L. 313-13-1 en prévoyant que l'autorisation de l'autorité judiciaire pour le contrôle de l'espace privatif n'est pas nécessaire lorsque l'occupant a donné son accord écrit, dans les cas prévu au 1° et au 3° du présent article.

Selon l'objet de l'amendement, le contrat de séjour comme le document individuel de prise en charge devront comporter la mention expresse de l'accord ou du refus, révocables à tout moment, de la personne accueillie ou accompagnée, ce qui facilitera le respect de l'accord au moment d'un éventuel contrôle. Il précise également que la collecte des données personnelles recueillies au cours de sa prise en charge et leurs conservation et traitement éventuel, devront se faire dans le respect des droits et libertés garanties aux personnes prises en charge. Il s'agit donc de renforcer le respect des fondamentaux des personnes accueillies ou accompagnées.

II - La position de la commission : un ajustement à la portée limitée

Le présent article, sans apporter de modifications de grande ampleur, propose des ajustements tout de même bienvenus au cadre existant. Les rapporteurs constatent que ce dernier ne précisait pas les formalités de recueil de consentement par écrit pour la collecte des données personnelles. Ils souscrivent donc aux précisions proposées qui renforcent la garantie des droits des personnes accueillies en ESMS.

La commission a adopté un **amendement de clarification rédactionnelle COM-180** de ses rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4

Renforcement du dispositif de signalement des cas de maltraitance dans le secteur social et médico-social

Cet article propose de créer une instance départementale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance envers les personnes âgées ou handicapées. Cette instance regrouperait l'agence régionale de santé (ARS), le conseil départemental et les autres partenaires locaux. Après la centralisation des signalements, elle transmettrait à l'autorité compétente pour l'évaluation, ARS ou département.

L'Assemblée nationale a adopté le présent article en plaçant l'instance auprès de la seule ARS.

La commission a adopté cet article en remplaçant cette instance par une cellule placée sous l'autorité conjointe du directeur général de l'ARS et du président du conseil départemental. Elle inclurait également les centres ALMA et centraliserait les appels adressés au numéro national 3977. La commission a également adopté un amendement prévoyant une obligation d'information des suites données au signalement de la situation de maltraitance.

I - Le dispositif proposé

A. Les dispositifs actuels de signalement des cas de maltraitance

1. Les événements indésirables graves

Dans les établissements médico-sociaux, les signalements des cas pouvant être qualifiés de maltraitance se fait à partir des événements indésirables graves (EIG) signalés aux autorités de tutelle des structures. L'article L. 331-8-1 du code de l'action sociale et des familles, dans sa rédaction résultant de la loi ASV de 2015, dispose en effet que « les établissements et services et les lieux de vie et d'accueil informent sans délai [...] les autorités administratives compétentes [...] 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 événement 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 ».

Les dispositions réglementaires¹ précisent les modalités de transmission des EIG qui doit être effectuée selon un formulaire fixé par arrêté².

¹ Article R. 331-8 du CASF.

² Arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales.

Ce même arrêté prévoit les informations que doit contenir le signalement d'EIG (voir encadré ci-après) ; il ne peut comporter aucune donnée nominative et doit garantir par son contenu l'anonymat des personnes accueillies et du personnel.

**Exemples d'événements indésirables graves en Ehpad
aux termes de l'article 1^{er} de l'arrêté du 28 décembre 2016**

- Les accidents ou incidents liés à une erreur ou à un défaut de soin ou de surveillance ;
- Les décès accidentels ou consécutifs à un défaut de surveillance ou de prise en charge d'une personne ;
- Les suicides et tentatives de suicide, au sein des structures, de personnes prises en charge ou de personnels ;
- Les situations de maltraitance à l'égard de personnes accueillies ou prises en charge ;
- Les disparitions de personnes accueillies en structure d'hébergement ou d'accueil, dès lors que les services de police ou de gendarmerie sont alertés ;
- Les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu d'hébergement ou d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ;
- Les actes de malveillance au sein de la structure.

En parallèle de ces EIG, coexistent les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) prévus par l'article L. 1413-14 du code de la santé publique, dont la rédaction inclut aussi les structures médico-sociales depuis la loi Santé de 2016, et qui dispose que « *tout professionnel de santé, établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté soit une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale, soit tout événement indésirable grave associé à des soins, dans le cadre de soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux y compris à visée esthétique ou d'actions de prévention en fait la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé* ».

Les dispositifs des EIG et EIGS se trouvent donc à la main de la direction des établissements. Toutefois, les usagers ont également la possibilité de saisir, par appel, courrier postal ou électronique, les services qualité et inspection-contrôle des autorités administratives locales (ARS, préfets, conseils départementaux...) pour toute réclamation concernant un événement indésirable compromettant la santé, la sécurité et le bien-être des personnes accompagnées. Ils disposent en outre, comme tout citoyen, du numéro national 3977.

2. Le canal du numéro national 3977

La *Fédération 3977 contre les maltraitances*, dont les rapporteurs ont entendu en audition le président Régis Gonthier et le directeur général, Vincent Le Scornet, gère, depuis 2014, une plateforme nationale d'écoute avec un numéro d'appel unique (le 39 77). Ce numéro est désormais accessible sept jours sur sept et dispose d'un accès spécifique aux personnes sourdes et malentendantes.

La fédération regroupe également un maillage territorial de 52 centres départementaux ou interdépartementaux associatifs ALMA couvrant 74 départements et une collectivité d'outre-mer. Ces centres réceptionnent les appels. Dans les 25 départements dépourvus de centre ALMA, une convention de coopération entre la fédération et, généralement, le conseil départemental permet de couvrir le territoire pour le recueil des signalements de maltraitance.

Les pouvoirs publics, et notamment la DGCS, coopèrent depuis longtemps avec la *Fédération 3977* avec qui une convention pluriannuelle d'objectifs a été conclue.

Le dispositif 3977 est financé par des crédits budgétaires de l'État, votés au sein du programme n° 157 « Handicap et dépendance ». Selon le projet annuel de performance, c'est ainsi 1,4 million d'euros (en autorisations d'engagement comme en crédits de paiement) qui sont crédités pour 2024 pour le dispositif national tandis que 0,6 million d'euros sont délégués aux services déconcentrés de l'État pour subventionner le réseau territorial de la *Fédération 3977 contre les maltraitances*.

Selon les informations transmises par la fédération aux rapporteurs, **en 2022, sur les 6 674 situations d'alertes dont l'appelant a été identifié, dans 40 % des cas, l'appelant appartenait à la famille de la victime tandis que dans 17 % des cas, il s'agissait de la victime elle-même.** Le restant des appelants se partagent entre l'entourage autre que la famille, les services sociaux, les professionnels de santé, les intervenants à domicile, les mandataires judiciaires, les usagers de la même structure, ainsi que les personnels des établissements. Il convient également de noter que les victimes appelantes sont plus souvent des personnes en situation de handicap que des personnes âgées.

B. Les lacunes du dispositif de signalement des cas de maltraitance

Outre les difficultés de suivi statistique des EIG et EIGS, le rapport de juillet 2022 de la commission des affaires sociales sur le contrôle des Ehpad¹ pointait l'absence de culture du signalement dans les établissements comme principal faiblesse du circuit des EIG.

¹ Rapport d'information n° 771 (2021-2022) de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 12 juillet 2022.

Il convient donc de garder à l'esprit que les EIG font l'objet, comme les auditions l'ont fait ressortir, d'une sous-déclaration importante, notamment, par peur de représailles dans les établissements.

Le canal du 3977 pâtit des mêmes difficultés auquel s'ajoute la diffusion encore lacunaire du numéro auprès des personnes en situation de vulnérabilité. Le rapport précité de Bernard Bonne et Michelle Meunier notait ainsi que « *tous les acteurs s'accordent pour dénoncer sa sous-utilisation* ».

Si les ARS ont souligné aux rapporteurs que la coordination entre le conseil départemental et leurs services était satisfaisante lors que l'EIG concernait un établissement ou un service à compétence conjointe. Il n'en demeure pas moins que **l'éparpillement des moyens de remontée des cas de maltraitance constitue une autre faille majeure**. Selon Jean-Luc Gleyze, président du conseil départemental de la Gironde, cité par le même rapport : « *Les outils de détection des maltraitances sont trop éclatés, avec trois canaux : l'ARS, le département et le 3977. Ainsi les saisines sont-elles assez rares, même si elles sont aujourd'hui en augmentation. Nous observons une grande difficulté à recouper les informations pour analyser correctement les signaux faibles.* »

C. Le dispositif proposé

Le présent article proposait initialement d'insérer un nouvel article L. 116-2-1 au sein du chapitre du code de l'action sociale et des familles consacré aux principes généraux de l'action sociale et médico-sociale.

Il s'agissait d'**instaurer une instance départementale chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation des « alertes relatives aux personnes majeures en situation de vulnérabilité [...] et victimes de maltraitance »**. Cette instance regrouperait des représentants du président du conseil départemental, du préfet, de l'ARS, ainsi que des partenaires institutionnels ou associatifs concernés. Elle conduirait des enquêtes pluridisciplinaires. Sa composition et ses modalités de fonctionnement plus précis seraient déterminés par décret.

Toutes choses égales par ailleurs, la création d'une telle instance n'est pas sans rappeler les cellules de recueil des informations préoccupantes (Crip) gérées par les départements, en coopération avec leurs partenaires et dont le fonctionnement, sans être parfait, donne de réels motifs de satisfaction¹.

Par ailleurs, le dispositif proposé à cet article est proche de la teneur de l'objectif n° 4.1 du rapport issu des états généraux des maltraitances d'octobre 2023 qui préconise d'« *établir une instance départementale reliant agences régionales de santé, conseils départementaux et préfets pour recueillir, évaluer et traiter les alertes de maltraitance de manière coordonnée* ».

¹ Voir le rapport d'information de Bernard Bonne, au nom de la commission des affaires sociales, n° 837 (2022-2023), déposé le 5 juillet 2023.

De même, le rapport du Gouvernement de novembre 2023 présentant la « stratégie Bien vieillir » annonce-t-il qu'un « *point d'entrée unique sera créé dans chaque département pour faciliter le recueil et le traitement des alertes de maltraitance* ».

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

a) Des modifications substantielles apportées en commission

En commission, un amendement de réécriture globale de l'article, présenté par la rapporteure Annie Vidal, a été adopté. Le dispositif qui en résulte diverge sensiblement.

- Le **II** du présent article amendé propose de créer une instance départementale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance placée, quant à elle, auprès de l'agence régionale de santé. À cette fin, l'article L. 1432-1 du code de la santé publique, qui énumère les conférence, commission ou guichet constitués auprès de chaque ARS, serait complété. Cette nouvelle instance serait chargée des cas de maltraitance envers les personnes majeures en raison de leur âge ou de leur handicap.

- Le **I** du présent article, tel que modifié par l'amendement, vise à déterminer, dans un nouvel article L. 119-2 du code de l'action sociale et des familles, les missions et modalités de fonctionnement de la nouvelle instance.

Celle-ci aurait pour fonction de recueillir les signalements que « toute personne ayant connaissance de faits constitutifs d'une maltraitance, au sens de l'article L. 119-1 [du même code] » devrait réaliser auprès d'elle.

La maltraitance au sens de l'article L. 119-1 du CASF

Inséré par la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, l'article L. 119-1 définit la maltraitance selon la formulation émanant de la commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, présidée par Alice Casagrande :

« La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

Une fois le signalement adressé, l'instance transmettrait « *sans délai, pour leur évaluation et leur traitement* » :

- à l'ARS lorsque le signalement « *implique un professionnel, un établissement ou un service au titre d'une activité financée au moins partiellement par l'assurance maladie* » ;

- au conseil départemental lorsque le signalement « *implique un professionnel, un établissement ou un service au titre d'une activité financée exclusivement par le conseil départemental ou toute autre personne* » ne relevant pas de la compétence de l'ARS définie ci-dessus.

L'ARS et le conseil départemental devraient tenir informée l'instance des actions qu'ils ont entreprises afin que cette dernière présente annuellement à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, elle-même constituée auprès de l'ARS, un compte rendu de l'activité de recueil, d'évaluation et de traitement des signalements de maltraitance.

Par ailleurs, l'ARS ou le conseil départemental sont tenus, « *lorsque cela paraît utile ou dans les cas prévus par la loi* », d'adresser un signalement au procureur de la République.

Enfin, le dispositif proposé prévoit un décret d'application du présent article.

• Deux différences majeures existent entre la proposition initiale et le présent article tel qu'amendé par la commission de l'Assemblée nationale.

D'une part, la cellule ne serait plus d'une composition quadripartite (conseil départemental, préfet, ARS, partenaires institutionnels ou associatifs) mais serait placée auprès de la seule ARS. Dans les réponses au questionnaire des rapporteurs, la DGCS indique que cette constitution auprès de l'ARS « *permet de donner à l'État une vraie visibilité sur les phénomènes de maltraitance sur l'ensemble du territoire, ainsi qu'une capacité de pilotage. Ce positionnement permet en effet de déployer plus aisément un SI dédié [sic].* »

D'autre part, une seconde différence notable tient au fait que l'instance ne serait plus chargée de l'évaluation et du traitement des signalements mais se contenterait de les recueillir et de les transmettre à l'autorité compétente, celle-ci pouvant demeurer l'ARS. La DGCS explique que « *comme l'ARS ne dispose pas des compétences et des moyens ad hoc pour évaluer les situations de maltraitance à domicile, il est essentiel que les conseils départementaux puissent déployer leurs propres équipes pour qualifier les situations et les traiter de manière adéquate. C'est la raison pour laquelle la cellule placée auprès de l'ARS ne peut pas traiter par elle-même l'ensemble des signalements.* »

b) *En séance publique*

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel de la rapporteure.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : un dispositif utile dont le positionnement et la composition doivent être revus

1. Inclure toutes les parties prenantes à une cellule départementale de recueil et de suivi des situations de maltraitance

Le présent article prévoit que toute personne ayant connaissance d'un cas de maltraitance envers des personnes âgées ou handicapées devra signaler cette situation à une instance placée auprès de l'agence régionale de santé (ARS). Cette instance centralisatrice aurait pour rôle de transmettre le signalement aux services de l'ARS ou au conseil départemental en fonction du contexte de la situation et des compétences de chaque autorité.

La DGCS, dans sa contribution écrite aux rapporteurs, estime que la création de cette instance placée auprès de l'ARS répond à de nombreux objectifs, comme « *instaurer des responsabilités claires et explicites pour le traitement des alertes de maltraitance sur les territoires, désigner un chef de file territorial, faciliter des coopérations entre tous les acteurs impliqués pour apporter des réponses plus rapides et plus coordonnées et garantir un suivi du traitement effectif des signalements* ».

Les rapporteurs souscrivent à l'intention de ces dispositions d'améliorer les dispositifs de repérage, de remontée et de traitement des cas de maltraitance envers les personnes majeurs vulnérables. Il a été rappelé, plus en amont, les insuffisances des circuits actuels. **Cependant, les rapporteurs s'interrogent sur le positionnement proposé de cette instance, ses moyens et son articulation avec les acteurs départementaux de l'aide et de l'action sociale.**

L'Assemblée des départements de France indique ainsi : « *La création d'une cellule sous l'égide de l'ARS questionne les moyens actuels des ARS et leur capacité à traiter, à planifier les contrôles des ESMS en lien avec les départements.* » Les rapporteurs souscrivent à cette remarque qui a été, à plusieurs reprises, exprimée lors des auditions. Dans sa contribution aux rapporteurs, la Fédération 3977 indique ainsi redouter que l'instance gérée par les seuls services de l'ARS se retrouve engorgée, retardant alors la réponse des autorités à des signalements de maltraitance.

Par conséquent, en lieu et place d'une instance dans le seul giron de l'ARS, les rapporteurs ont proposé à la commission un amendement visant à créer, dans chaque département, **une cellule de recueil, de traitement et de suivi des cas de maltraitance sous l'autorité conjointe du conseil départemental et de l'agence régionale de santé.**

Sous ce co-pilotage, davantage respectueux du rôle de chef de file du département en matière d'aide et action sociale, la cellule inclurait également les centres ALMA ayant déjà un savoir-faire dans le recueil et l'évaluation des signalements de maltraitance. Le fonctionnement de cette cellule serait prévu par une convention regroupant l'ARS, le département et les partenaires institutionnels ou associatifs concernés, au premier rang desquels donc, les centres ALMA.

Enfin, chaque cellule départementale aurait pour mission de centraliser les remontées de signalements, concernant son territoire et émanant des appels au numéro national 3977, qui serait ainsi consacré dans la loi.

La commission a adopté l'**amendement COM-181** de ses rapporteurs prévoyant un tel dispositif.

2. Prévoir une obligation d'information des suites données au signalement de la situation de maltraitance

La *Fédération 3977* a relayé, dans sa contribution écrite, « *le constat partagé par l'ensemble des [centres ALMA] de la difficulté des parties prenantes (ARS, conseil départemental, parquet...) à assurer une bonne information du requérant qui bien souvent s'en retourne soit vers le 3977 ou vers le centre ALMA pour avoir une information sur l'avancement du dossier* ». Les auditions ont pu confirmer aux rapporteurs ce constat. Le rapport de la commission des affaires sociales sur le contrôle des Ehpad préconisait d'ailleurs de rendre obligatoire un retour d'information à la personne ayant émis l'alerte.

Aussi les rapporteurs ont-ils proposé un **amendement COM-182**, qui a été adopté par la commission, prévoyant que la cellule créée au présent article devra informer la personne ayant signalé la situation des suites qui ont été données à son information.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5

Précision des missions de la protection juridique des majeurs notamment face à des cas de maltraitance

Cet article propose de définir plus précisément les missions du mandataire de protection judiciaire, en y ajoutant explicitement la favorisation de l'autonomie de la personne protégée. Il vise également à introduire une charte éthique pour les mandataires, ainsi qu'une obligation de formation continue et de déclaration au procureur de toute maltraitance constatée.

La commission a adopté cet article en précisant les missions des mandataires et en supprimant la charte éthique. Elle a par ailleurs adopté un amendement visant à préciser le champ de l'obligation de formation continue, ainsi qu'un amendement visant à supprimer les obligations de déclaration au procureur.

I - Le dispositif proposé

A. Le statut de mandataire de la protection judiciaire est principalement défini par les mesures qui lui sont confiées, ce qui n'exclut pas un accompagnement plus global de la personne dans les faits

1. Les mandataires de la protection judiciaire des majeurs exercent les mesures de protection décidées par le juge en raison de leur vulnérabilité

• **Les mesures de protection juridiques des majeurs visent à répondre aux situations** où la maladie, le handicap ou un accident altèrent **les facultés d'une personne, la rendant incapable de défendre ses intérêts**. Le juge du contentieux de la protection peut alors décider d'une mesure de protection juridique, par laquelle **une autre personne l'aide à protéger ses intérêts et, le cas échéant, le représente dans sa vie civile**. Elles visent concrètement à éviter la mise en danger de la personne concernée ou d'autrui, à garantir que la gestion de son patrimoine ne lui soit pas préjudiciable, et à prévenir tout abus de faiblesse.

Le code civil¹ prévoit différentes protections afin de s'adapter à la situation de la personne et de son entourage familial :

- **des mesures de protection non judiciaires**, telles que **le mandat de protection future²** qui permet de désigner les personnes qui exerceront sa protection et d'en définir l'étendue, et **l'habilitation familiale³** qui autorise un proche à représenter une personne et à l'assister ;

¹ Articles 425 à 494-12 du code civil.

² Articles 477 à 494 du code civil.

³ Articles 494-1 à 494-12 du code civil.

- **des mesures de protection judiciaires**, qui suivent une gradation selon la situation de la personne, avec la **sauvegarde de justice**¹ qui est une mesure provisoire, les mesures **de curatelle et de tutelle**², qui visent respectivement à l'assistance et au contrôle d'une part, et à la représentation d'autre part.

Il revient au juge des contentieux de la protection³ de choisir la mesure la plus adaptée, et d'en définir la durée⁴, dans le respect des **principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité**.

Données statistiques sur les mesures de protection des majeurs

Les mesures de protection juridiques ordonnées par la justice font l'objet d'une communication annuelle, mais demeurent incomplètes. **Au 31 décembre 2021**, le ministère de la Justice dénombrait **713 700 majeurs étant soit sous curatelle soit sous tutelle**.

Le vieillissement de la population a un effet direct sur le nombre de mesures de protection exercées. Ainsi, entre 2010 et 2015, le nombre de mesure a augmenté de 15 %. Suivant cette évolution, les projections du réseau des Centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (ANCREAI)⁵ conduisent, à niveau de protection égal, à un **doublément du volume de ces mesures d'ici 2040**.

Le code civil fixe le principe de priorité familiale⁶, et c'est seulement lorsqu'il ne peut pas désigner un membre de la famille comme tuteur, curateur ou mandataire, que le juge fait appel à un mandataire judiciaire.

La profession de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) a été créée par la **loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 réformant le statut des majeurs protégés**.

¹ Article 439 du code civil.

² Articles 440 à 476 du code civil.

³ En application de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, la fonction de juge des tutelles a été remplacée depuis le 1^{er} janvier 2020 par celle de juge des contentieux de la protection. Il s'agit d'un magistrat spécialisé du siège, rattaché au tribunal judiciaire.

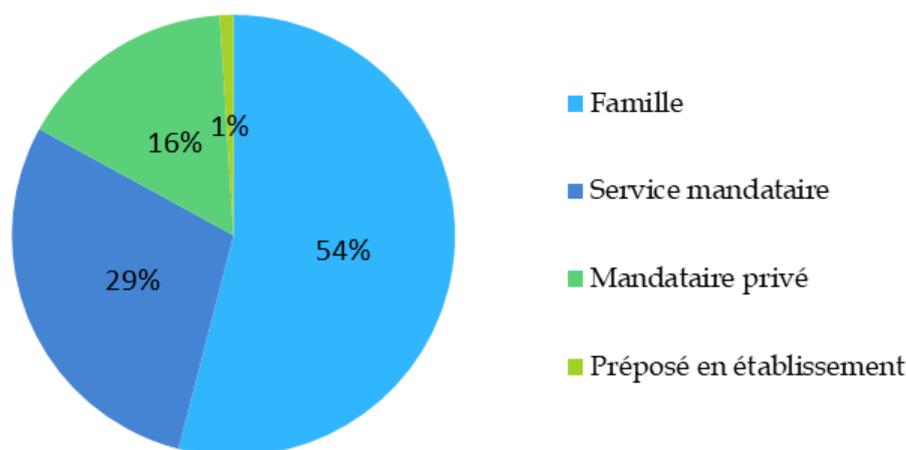
⁴ Article 428 du code civil.

⁵ ANCREAI, Étude relative à la population des majeurs protégés - Profils, parcours et évolutions, 2017.

⁶ Articles 449 et 450 du code civil.

Le MJPM est désigné à partir d'une liste départementale établie par le préfet¹, et est rémunéré par la personne sous mesure de protection ou, à défaut, par l'État². Il peut s'agir d'une personne morale, souvent sous la forme d'association de services mandataires qui sont autorisés selon la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS)³, d'un mandataire exerçant à titre individuel ou d'un préposé dans un établissement d'hébergement⁴.

Mode d'exercice des mesures juridiques ouvertes en 2020



- Quel que soit le statut du MPJM, il doit être titulaire d'un **certificat national de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs**. Ce dernier est accessible, après une formation de 300 heures théoriques et 250 heures de pratique professionnelle auprès d'un mandataire, à toute personne de plus de 25 ans titulaire d'un diplôme de niveau III et ayant occupé pendant au moins trois ans un poste dans le domaine juridique, patrimonial ou social⁵.

2. Dans les faits, la diversité des pratiques des MPJM relève le plus souvent d'un accompagnement global des majeurs protégés

- **Les missions des MPJM sont définies implicitement, par rapport aux seules mesures de protection confiées**. Le code de l'action sociale et des familles prévoit en effet qu'ils « *exercent à titre habituel les mesures de protection des majeurs que le juge des tutelles leur confie* »⁶.

¹ Article L. 471-2 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 471-5 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Au-delà de 80 places, les établissements sont tenus de désigner un mandataire judiciaire préposé d'établissement.

⁵ Article D. 471-3 du code de l'action sociale et des familles.

⁶ Article L. 471-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cependant, **la réalisation effective de ces mesures suppose le plus souvent un accompagnement global**. Le mandataire peut donc aussi bien intervenir **sur le plan financier** (gestion des biens, du budget, paiement des factures) que **juridique** (représentation de la personne dans les actes de la vie civile) **et même social** (accompagnement dans les démarches administratives, coordination avec les assistants de service social et le personnel médical).

- Compte tenu de la vulnérabilité accrue des personnes protégées, mais aussi du pouvoir important dont sont investis les MJPM, une attention particulière au **respect des droits des majeurs protégés** est nécessaire. **L'article 415 du code civil** dispose ainsi que la protection apportée aux majeurs vulnérables « *est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne* » et qu'elle « *favorise, dans la mesure du possible, l'autonomie de celle-ci* ».

Cette attention se retrouve particulièrement dans les **obligations qui incombent au MPJM** :

- **afin d'assurer une bonne information de la personne protégée et de son entourage**, il leur remet une notice d'information¹ à laquelle est annexée une charte des droits de la personne protégée. Il leur remet également **un document individuel de protection des majeurs**², institué par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui présente les objectifs et la nature de la mesure de protection ainsi que les principes déontologiques et éthiques afférents ;

- **afin de lutter contre les risques de maltraitance**, le MJPM a une obligation de les signaler à l'autorité judiciaire. **L'article 434-3 du code pénal** prévoit en effet que la non-information des autorités judiciaires ou administratives en cas de connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

¹ Article L. 471-6 du code de l'action sociale et des familles.

² Idem.

La Charte des droits et libertés de la personne majeure protégée
Article annexe 4-3 du code de l'action sociale et des familles

Article 1^{er}

Respect des libertés individuelles et des droits civiques

Conformément à l'article 415 du code civil, la mesure de protection juridique est exercée dans le respect des libertés individuelles et des droits fondamentaux et civiques de la personne.

Conformément à l'article L. 5 du code électoral, le droit de vote est garanti à la personne sous réserve des décisions de justice.

[...]

Article 7

Droit à l'autonomie

Conformément à l'article 458 du code civil, « *sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi, l'accomplissement par la personne des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation* ». Conformément à l'article 459 du code civil, « *dans les autres cas, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet* ».

Conformément à l'article 459-2 du code civil, la personne a la possibilité de choisir son lieu de résidence, sauf décision contraire du conseil de famille ou du juge.

[...]

Article 9

Consentement éclairé et participation de la personne

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires ainsi que des décisions du conseil de famille ou du juge :

CE- le consentement éclairé de la personne est recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation et en veillant à sa compréhension, des conditions d'exercice et des conséquences de la mesure de protection juridique ;

CE- le droit de participer à la conception et à la mise en œuvre du projet individuel de protection est garanti.

[...]

Article 12

Protection des biens dans l'intérêt exclusif de la personne

La protection des biens est exercée en fonction de la situation ou de l'état de la personne et, conformément à l'article 496 du code civil, dans son seul intérêt.

Conformément au même article du code civil, les actes relatifs à la protection des biens de la personne font l'objet de soins prudents, diligents et avisés.

Sauf volonté contraire exprimée par la personne protégée, les comptes ou les livrets ouverts à son nom, et sous réserve des dispositions légales et réglementaires ainsi que des décisions du conseil de famille ou du juge sont maintenus ouverts.

Conformément à l'article 427 du code civil, « les opérations bancaires d'encaissement, de paiement et de gestion patrimoniale, effectuées au nom et pour le compte de la personne, sont réalisées exclusivement au moyen des comptes ouverts à son nom », sous réserve des dispositions légales et réglementaires, notamment celles relatives à la comptabilité publique. « Les fruits, produits et plus-values générés par les fonds et les valeurs appartenant à la personne lui reviennent exclusivement. »

B. Le dispositif initialement proposé précisait le rôle du mandataire judiciaire

La rédaction initiale du présent article procédait à une précision du rôle du mandataire judiciaire. Elle considérait que l'absence de définition des missions des mandataires était à l'origine de l'hétérogénéité des pratiques professionnelles et risquait, *in fine*, de se traduire par un défaut d'intervention du mandataire au détriment des personnes protégées.

Afin de préciser les missions des mandataires, la rédaction proposée par le texte initial modifiait l'article L. 471-1 du code de l'action sociale et des familles afin :

- d'ajouter le mandat de protection future aux mesures exercées par les MPJM ;
- de préciser que les missions exercées visent à garantir tout à la fois les libertés fondamentales de la personne protégée, l'exercice de ses droits, et ses intérêts patrimoniaux ;
- d'ajouter la notion d'accompagnement des majeurs protégés en lien avec les autres professionnels et intervenants ;
- de détailler la nature de l'accompagnement de la personne vulnérable dans les actes de la vie civile ;
- d'y introduire une charte éthique et de déontologie pour les MJPM, établie par voie réglementaire en associant les usagers et les mandataires.

Par ailleurs, cette rédaction insérait un article L. 471-8-1 dans le même code, afin de faire obligation aux MJPM d'informer l'autorité administrative désignée par un décret en Conseil d'État et le juge des tutelles compétents en cas de dysfonctionnement ou d'événement grave, et d'informer le procureur de la République en cas de maltraitance.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

Le présent article a fait l'objet de deux amendements de la part de la rapporteure, Mme Vidal, à l'Assemblée nationale : **un amendement de rédaction globale au stade de la commission**, et un amendement rédactionnel en séance. La rédaction globale retenue vise à définir plus précisément les missions des MJPM en les rapprochant des objectifs de la mesure de protection, tels que définis à l'article 415 du code civil, qui ont « pour finalité l'intérêt de la personne protégée ».

• **Le 1° du présent article** propose d'ajouter quatre alinéas à l'article L. 471-1 du code de l'action sociale et des familles. Ces alinéas précisent les objectifs et les missions des mandataires, ils mentionnent respectivement :

- l'objectif de protection juridique de la personne et de ses intérêts patrimoniaux¹ ;

- la favorisation de l'autonomie de la personne protégée et la recherche de son consentement éclairé ;

- le respect d'une charte éthique des MJPM prise par arrêté du ministre chargé des affaires sociales ;

- une obligation annuelle de formation continue dont les modalités seront fixées par décret.

• **Le 2° du présent article** propose d'insérer **un article L. 471-8-1 dans le code de l'action sociale et des familles**, qui impose d'une part aux MJPM de saisir la cellule de signalement nouvellement créée² en cas de maltraitance³, et d'autre part d'informer le procureur de la République de tous délits ou crimes commis au préjudice de la personne protégée.

• En revanche, la rédaction globale retenue par l'Assemblée nationale ne reprend pas la mention du mandat de protection future présente dans la rédaction initiale de l'article.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Conformément aux dispositions de l'article 415 du code civil.

² Voir le commentaire de l'article 4.

³ Au sens de l'article L. 119-1 du code de l'action sociale et des familles.

III – La position de la commission

Le présent article, étend à la protection des majeurs la logique qui a prévalu sur les autres sujets abordés par ce texte : répondre à une inquiétude partagée par le secteur par des **mesures inabouties, dont le caractère dilatoire interroge**. Cela est d'autant plus sensible concernant la protection des majeurs, que les multiples travaux conduits par Anne Caron-Déglise¹ ont permis de dessiner les contours d'une réforme qui permettrait d'assurer une meilleure protection des majeurs.

Si la méconnaissance dont fait l'objet la profession des MJPM est réelle, **la précision de leurs missions ne semble pas apporter de réelle réponse aux problèmes d'attractivité rencontrés par le secteur**. La mention de l'autonomie des personnes protégées se borne à reprendre les termes du code civil², tandis que la distinction entre accompagnement du MJPM et accompagnement social n'emporte pas de conséquences juridiques puisque les personnes protégées bénéficient déjà de l'accompagnement social de droit commun.

Par ailleurs, les rapporteurs s'interrogent à double titre à propos de la mise en place d'une **charte éthique des MJPM** : d'abord parce que **ses conditions d'adoption n'associent pas la profession**, mais surtout parce qu'elle semble **redondante avec les documents qui existent déjà** à l'intention de la profession, et notamment les *Repères pour une réflexion éthique des mandataires judiciaires à la protection des majeurs*³ dont la rédaction a associé les ministères sociaux, le ministère de la justice et les différents représentants de la profession.

Ont été adoptés les amendements identiques **COM-100** et **COM-184** des rapporteurs de la commission des affaires sociales et des lois, tendant à supprimer cette charte, et de renvoyer au code civil concernant les droits des personnes protégées.

Concernant les **obligations de signalement créées à l'article L. 471-8-1**, elles semblent **d'ores et déjà satisfaites en grande partie**. L'obligation de signalement à la cellule de lutte contre les maltraitances apparaît au mieux redondante, puisque **les MJPM sont déjà visés par l'article L. 119-1 nouvellement créé**.

¹ Voir par exemple le rapport de la mission interministérielle sur L'Évolution de la protection juridique des personnes en 2018, ou plus récemment en juillet 2023 dans le cadre des États généraux de la maltraitance le rapport Penser les protections juridique et sociale à partir des droits des personnes les plus vulnérables à être entendues et soutenues dans une société solidaire.

² Article 415 du code civil.

³ Ce guide de réflexion et de bonnes pratiques, qui a été rédigé conjointement par les services des ministères sociaux et de la justice avec les principaux représentants du secteur, a été publié en avril 2020.

Concernant l'information du procureur de la République en cas de délits ou crimes commis au préjudice des personnes protégées, le droit pénal commun punit déjà de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende la non-information des autorités judiciaires en cas de « *privations, mauvais traitements ou atteintes sexuelles* » infligés à une personne protégée. Par ailleurs **les délits ou crimes concernant les biens des personnes protégées sont indirectement couverts** par la protection des intérêts patrimoniaux qui incombe au MJPM. En outre, **l'article créé ne prévoit aucune sanction en cas de non-respect**. L'amendement **COM-185** des rapporteurs de la commission des affaires sociales, adopté par la commission a donc supprimé cet article nouvellement créé.

En revanche, **l'obligation de formation annuelle** continue créée par le présent article **constitue une avancée**, qu'il conviendrait d'étendre à l'ensemble du personnel des associations de service mandataire, tant le rôle des *managers* peut y être important dans une perspective de prévention des maltraitances envers les personnes protégée. La commission a adopté trois amendements identiques **COM-183** et **COM-101** des rapporteurs des commissions concernées et **COM-131** de Maryse Carrère en ce sens.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5 bis A

Contrôle des antécédents judiciaires des personnes exerçant une activité au contact d'un majeur vulnérable

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à étendre aux services à domicile les incapacités légales frappant les personnes intervenant ou exerçant dans les ESMS. Il propose également de permettre la consultation du Fijaisv pour les activités et professions en contact avec des personnes majeures prises en charge par un ESMS ou se trouvant dans d'autres situations de vulnérabilité. Enfin, il vise à conférer une base légale au nouveau système d'information « SI Honorabilité ».

La commission a adopté cet article en précisant le cadre dans lequel les gestionnaires des ESMS peuvent être tenus informés des décisions non définitives ou des mises en examen pouvant justifier une suspension provisoire de la personne concernée. Elle a par ailleurs adopté un amendement de clarification rédactionnelle quant à la consultation du Fijaisv pour les personnes majeures. Enfin, un amendement visant à clarifier la base légale conférée au nouveau système d'information.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Un contrôle des antécédents judiciaires insuffisant en pratique malgré un renforcement de l'arsenal législatif par la loi du 7 février 2022

1. L'état du droit

L'article L. 133-6 du code de l'action sociale et des familles détaille les délits et condamnations interdisant à une personne d'exploiter, de diriger un établissement, service ou lieu de vie et d'accueil régis par le code de l'action sociale des familles, ainsi que d'y « *exercer une fonction à quelque titre que ce soit, ou être agréé* ». La loi du 7 février 2022 n'a pas modifié les infractions prohibant l'exercice de fonctions dans le secteur social mais a toutefois supprimé le quantum de peine de deux mois d'emprisonnement ferme des infractions les plus graves pour prononcer l'incapacité.

Les antécédents judiciaires incompatibles avec une fonction exercée dans le secteur social et médico-social

Aux termes de l'article L. 133-6 du code de l'action sociale et des familles, l'incapacité d'exercer les fonctions est constatée en cas des infractions pénales suivantes :

- atteintes volontaires à la vie ;
- atteintes volontaires à l'intégrité physique ou psychique de la personne (torture, actes de barbarie, violences, menaces, harcèlement moral, trafic d'armes ou de stupéfiants, etc.) ;

- mise en danger, atteintes aux libertés ou à la dignité de la personne (délaissement, provocation au suicide, réduction en esclavage, enlèvement, séquestration, discrimination, traite des êtres humains, proxénétisme, etc.) ;

- atteintes aux mineurs et à la famille (délaissement de mineurs, abandon de famille, atteintes à l'exercice de l'autorité parentale ou à la filiation, mise en péril de mineurs) ;

- appropriations frauduleuses (vols, extorsion, escroquerie, détournements) ;

- recel, corruption passive et trafic d'influence commis par des personnes exerçant une fonction publique, soustraction et détournement de biens, corruption active et trafic d'influence, évasion, faux.

L'incapacité est également constatée en cas de condamnation définitive à une peine supérieure à deux mois d'emprisonnement sans sursis pour les délits suivants :

- homicide involontaire ;

- atteinte involontaire à l'intégrité de la personne ayant entraîné une incapacité totale de travail ;

- corruption passive et trafic d'influence commis par des personnes exerçant une fonction publique ;

- soustraction et détournement de biens ;

- corruption active et trafic d'influence commis par les particuliers ;

- entraves à l'exercice de la justice ;

- faux et usage de faux ;

- provocation à l'usage illicite de stupéfiants ou au trafic de stupéfiants.

Ce même article, dans sa rédaction résultant de l'article 20 de la loi du 7 février 2022, prévoit que le contrôle de ces incapacités est assuré par la consultation du **bulletin n° 2 du casier judiciaire**, qui recense les condamnations de la personne, à plusieurs exceptions près¹, et le **fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes** (Fijaisv), plus complet et intégrant des informations pouvant être effacées du B2. Cette consultation se fait dans les conditions définies par le code de procédures pénales. Il précise que le contrôle des antécédents judiciaires doit s'effectuer « *avant l'exercice des fonctions de la personne et à intervalles réguliers lors de leur exercice* ».

¹ Ne figurent pas dans le B2 les décisions à l'encontre des mineurs, des condamnations prononcées pour contraventions, de celles assorties d'une dispense de peine, des condamnations avec sursis lorsque le délai d'épreuve a pris fin sans exécution de la totalité de la peine.

L'article 776 du code de procédure pénale autorise la délivrance du B2 aux administrations et personnes morales dont la liste est déterminée par décret en Conseil d'État, *« ainsi qu'aux administrations ou organismes chargés par la loi ou le règlement du contrôle de l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale lorsque cet exercice fait l'objet de restrictions expressément fondées sur l'existence de condamnations pénales ou de sanctions disciplinaires »*. Le pouvoir réglementaire, à l'article R. 79 du code de procédure pénale, a en effet prévu que le B2 est délivré aux administrations de l'État, aux collectivités territoriales, aux établissements publics et, notamment, aux établissements médico-sociaux publics¹ prenant en charge des personnes âgées, des mineurs ou des adultes handicapés.

Aux termes de l'article 776 du code de procédure pénale, *« les dirigeants de personnes morales de droit public ou privé exerçant auprès des mineurs une activité culturelle, éducative ou sociale au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent obtenir la délivrance du bulletin n° 2 du casier judiciaire, pour les seules nécessités liées au recrutement d'une personne, lorsque ce bulletin ne porte la mention d'aucune condamnation. La liste de ces personnes morales est déterminée par décret du ministre de la justice et du ou des ministres intéressés. »*

Le B2 peut ainsi être délivré aux dirigeants des personnes morales de droit public ou privé gestionnaires des établissements, services ou lieux de vie et d'accueil accueillant des mineurs ou de jeunes adultes handicapés, autorisés, dans ces conditions, par l'intermédiaire du directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse ou par l'intermédiaire du directeur de la direction départementale interministérielle chargée de la cohésion sociale selon le type d'accueil réalisé².

Contenant davantage d'informations, et donc en cela plus sensible, le Fijaisv fait l'objet d'un accès plus strictement encadré par l'article 706-53-7 du code de procédure pénale. Ce dernier dispose que les informations contenues dans le fichier sont directement accessibles, par l'intermédiaire d'un système de télécommunication sécurisé *« aux préfets et aux administrations de l'État dont la liste est fixée par le décret prévu à l'article 706-53-12, pour les décisions administratives de recrutement, d'affectation, d'autorisation, d'agrément ou d'habilitation concernant des activités ou professions impliquant un contact avec des mineurs ainsi que pour le contrôle de l'exercice de ces activités ou professions »*. En revanche, les présidents d'exécutifs locaux ne peuvent être destinataires des informations contenues dans le fichier que par l'intermédiaire des préfets, pour les décisions administratives concernant des activités ou professions impliquant un contact avec des mineurs ainsi que pour le contrôle de l'exercice de ces activités ou professions.

¹ Mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

² En application des articles D. 571-5 et suivants.

Le Fijaisv

Le fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (Fijaisv), créé par la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, recense les condamnations d'une personne mais également l'identité et l'adresse du domicile de l'auteur. L'inscription au Fijaisv peut être complétée d'une obligation régulière de déclaration de changement d'adresse.

Les personnes inscrites au fichier sont celles condamnées pour une infraction listée ci-après, définitivement ou non, même si elles sont irresponsables pénalement, ainsi que les personnes mises en examen. L'inscription est automatique si la peine encourue du fait de l'infraction est supérieure ou égale à 5 ans d'emprisonnement, sinon l'inscription est décidée par le juge ou le procureur de la République. L'inscription est automatique pour les auteurs dont la victime est mineure sauf décision contraire de l'autorité judiciaire. La loi du 30 juillet 2020 visant à protéger les victimes de violences conjugales a enrichi les infractions figurant dans le Fijaisv en y intégrant, de droit, les décisions de mise en examen en matière criminelle, sauf décision contraire du juge. De même, la loi a réprimé d'une peine plus sévère la consultation habituelle d'images pédopornographiques ce qui rend obligatoire son inscription au fichier.

Les infractions concernées par une inscription au fichier sont les suivantes :

- viol et agression sexuelle ;
- sur la personne mineure : atteinte sexuelle, traite des êtres humains, proxénétisme, recours à la prostitution, corruption de mineur, incitation à se soumettre à une mutilation sexuelle ou à commettre cette mutilation ;
- proposition sexuelle à un mineur de 15 ans par un moyen de communication électronique ; enregistrement, acquisition, détention ou offre de contenu pédopornographique ; consultation habituelle ou payante d'un site pédopornographique ;
- fabrication, transport, diffusion ou commerce de messages violents ou pornographiques pouvant être vus ou perçus par un mineur ;
- violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente sur un mineur de 15 ans ;
- torture ou acte de barbarie ;
- meurtre ou assassinat sur un mineur ou en récidive.

2. Dans le champ de l'enfance : l'insuffisance des contrôles en pratique

Le rapport de la mission commune d'information du Sénat de 2019 sur la répression des infractions sexuelles sur mineurs¹ avait toutefois révélé que les **antécédents judiciaires n'étaient pas pleinement contrôlés**. Le B2 n'était ainsi pas systématiquement demandé par les départements ou les gestionnaires d'ESMS. De même, les exécutifs locaux ne faisaient pas un usage fréquent auprès des préfetures de leur possibilité de demander à obtenir les informations du Fijaisv. La loi du 7 février 2022 avait ainsi renforcé les obligations de consultation des fichiers pour s'assurer du respect des incapacités légales. La pleine effectivité des contrôles devait toutefois être assurée par le déploiement d'un système d'information qui avait été annoncé lors des débats parlementaires du projet de loi.

Le rapport² sur l'application des lois relatives à la protection de l'enfance de Bernard Bonne pointait, en juillet 2023, que les dispositions législatives étaient encore très loin de trouver une pleine application en raison d'un système trop complexe et trop lent qui rendait, matériellement, impossible de recevoir les informations à temps lors d'un recrutement. Le rapport indiquait ainsi que *« tous les départements n'ont pas contractualisé avec les représentants de l'État pour la mise en place d'un circuit d'obtention des informations du Fijaisv. Dans les territoires où le partenariat est bien organisé, l'ampleur du criblage à organiser rend l'application de la loi encore parcellaire. »*

Le déploiement du système d'information est, quant à lui, encore à ses balbutiements. En 2023, le lancement du SI devait être effectué dans quatre départements à titre expérimental. La DGCS indique désormais, dans ses réponses au questionnaire des rapporteurs, qu'une *« première phase de déploiement de l'outil devrait être prévue dès mars 2024 sous réserve des délais de publication du projet de décret, dans les champs de la protection de l'enfance et des modes d'accueil du jeune enfant dans six départements pilotes. La mise en œuvre de l'outil sur l'ensemble du territoire sera effective en 2025. »*

B. Le dispositif proposé : une extension aux structures médico-sociales prenant en charge les majeurs vulnérables et un assouplissement des moyens de contrôle par un nouveau traitement automatisé

Le présent article résulte de l'adoption en séance publique de deux amendements identiques de la rapporteure Annie Vidal et de Freddy Sertin, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement.

¹ Violences sexuelles sur mineurs en institutions : pouvoir confier ses enfants en toute sécurité, rapport d'information de Mmes Marie Mercier, Michelle Meunier et Dominique Vérien, fait au nom de la MCI Répression infractions sexuelles sur mineurs, n° 529, déposé le 28 mai 2019.

² Application des lois relatives à la protection de l'enfance, rapport d'information de M. Bernard Bonne, sur l'application des lois relatives à la protection de l'enfance, n° 837, déposé le 5 juillet 2023.

1. Les modifications proposées du code de l'action sociale et des familles

Le I du présent article modifie l'article L. 133-69 du code de l'action sociale et des familles.

a) L'extension du champ des incapacités légales

• Le **b)** du 1° étend le champ des structures au sein desquelles les personnes condamnées pour un crime ou délit listé ne peuvent exercer une fonction, à quel titre que ce soit. **Il propose d'inclure dans ce périmètre les services à la personne¹ intervenant pour des activités de garde d'enfants ou d'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou ayant besoin d'une aide personnelle.** Sont également concernées – au **c)** du 1° du I – les personnes, exerçant leur activité en qualité de salarié employé par un particulier employeur.

Par ailleurs, le présent article procède – au **a)** du 1°, au 2°, au **a)** et **b)** du 3°, au 5° et 6° du I – à des réorganisations rédactionnelles de l'article L. 133-6 précité.

b) Le déploiement d'un dispositif de « certificat d'honorabilité » au moyen d'un système d'information

• Le 4° vise à **permettre à l'administration chargée du contrôle des incapacités légales de délivrer un certificat d'honorabilité** à la personne ne faisant l'objet d'aucune incapacité listée à l'article L. 133-6. **Ce certificat pourrait être octroyé « dans le cadre d'un système d'information sécurisé »** permettant la consultation du B2 et du Fijaisv, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Le dispositif proposé permet la création de ce système d'information en dérogation aux articles 706-53-11 et 777-3 du code procédure pénale, lesquels interdisent, sous peine de sanction, tous rapprochement ou interconnexion entre le casier judiciaire national automatisé ou un autre fichier défini par le code de procédure pénale et tout autre fichier ou traitement de données à caractère personnel ne dépendant pas du ministère de la justice.

Cette disposition viserait donc à conférer une base légale au déploiement du SI honorabilité annoncé par le Gouvernement depuis 2021. Il convient de noter que le Gouvernement, en soutenant le présent article à l'Assemblée nationale, opérerait ainsi pour une solution juridique différente de celle envisagée alors. L'étude d'impact du projet de loi relative à la protection des enfants indiquait en effet qu'afin de créer un fichier automatisé semblable à celui développé dans le champ de la jeunesse et des sports, « l'arrêté du 31 mars 2021 portant sur la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé "SI Honorabilité" serait modifié, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ».

¹ Prévus aux 1° et 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail.

La DGCS motive ce souhait de disposer d'une base légale par l'intérêt de « *sécuriser au mieux la mise en œuvre de l'outil, notamment en matière de conséquences en droit du travail* ». Toutefois, cette base légale paraît également nécessaire pour rendre possible la dérogation aux articles 706-53-11 et 777-3 du code procédure pénale.

- Enfin, le présent article - toujours au 4° du I - propose de permettre aux responsables de structures médico-sociales de **suspendre temporairement l'activité ou l'agrément d'une personne inscrite au Fijaisv pour une condamnation non définitive ou une mise en examen.**

2. Les modifications proposées du code de procédure pénale

Le II du présent article modifie l'article 706-53-7 du code de procédure pénale.

Ainsi qu'il a été rappelé plus en amont, les préfets et les administrations de l'État, en l'état du droit, peuvent, consulter le Fijaisv pour cribler les décisions administratives de recrutement, d'affectation, d'autorisation, d'agrément ou d'habilitation.

- Le a) du 1° remplace la mention à des « décisions administratives » par la mention à des « procédures » ; l'objet de l'amendement indique ainsi que les dispositions précisent que le contrôle du B2 et du Fijaisv « *peut intervenir dans le cadre de procédures de recrutement et d'agrément engagées par des employeurs publics comme privés* ».

- Le b) et c) du 1° élargissent l'autorisation de consulter le Fijaisv, conférée aux préfets et autres administrations de l'État habilitées, en permettant l'accès au fichier pour des activités et professions impliquant un contact avec des majeurs pris en charge par des structures sociales ou médico-sociales, des majeurs accompagnés par des personnes mandataires judiciaires à la protection des majeurs, par des personnes déléguées aux prestations familiales ou, enfin, par des salariés d'une entreprise à la personne ou d'un particulier employeur. La liste précise de ces activités et professions doit être fixée en décret en Conseil d'État.

Les délégués aux prestations familiales

En application de l'article 375-9-1 du code civil, le juge des enfants peut ordonner que les prestations familiales et le revenu de solidarité active (RSA) soient versés à une personne physique ou morale qualifiée, appelée délégué aux prestations familiales. Cette décision est prise, dans le cas d'un parent isolé, lorsque ces allocations ne sont pas « *employé[e]s pour les besoins liés au logement, à l'entretien, à la santé et à l'éducation des enfants* » et qu'une prestation d'aide à l'enfance à domicile n'est pas suffisante à remédier à la situation.

Les délégués aux prestations familiales font l'objet, en vertu des articles L. 474-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, d'un agrément par le préfet et « *doivent satisfaire à des conditions de moralité, d'âge, de formation certifiée par l'État et d'expérience professionnelle* ».

• Le 3° procède aux mêmes ajustements du périmètre de l'habilitation législative dans le cas où les destinataires des informations du Fijaisv sont les présidents des exécutifs des collectivités territoriales¹.

En l'état du droit, ces derniers ont accès aux informations par l'intermédiaire des seuls préfets. Le c) du 3° du II propose d'élargir cette mission d'intermédiaire à une ou plusieurs autres administrations de l'État désignées par décret en Conseil d'État.

La DGCS, dans sa contribution écrite aux rapporteurs, a indiqué qu'elle-même pourra être cet interlocuteur habilité. Ainsi, « *une cellule de contrôle des antécédents judiciaires est actuellement en cours de création à la DGCS pour le contrôle du Fijaisv dans les champs de la protection de l'enfance et des modes d'accueil du jeune enfant* », cette cellule ayant vocation à s'étendre pour cribler les antécédents judiciaires des personnes intervenant dans les établissements des champs des personnes âgées et handicapées.

II - La position de la commission : un article bienvenu dont la portée dépendra de son application effective et efficace

Les rapporteurs accueillent favorablement l'extension proposée au présent article de l'application des incapacités légales aux personnes intervenant au domicile pour l'assistance de majeurs vulnérables ou pour la garde d'enfant. **Celle-ci répond à l'impérieuse nécessité de prendre en charge ou d'accompagner les personnes dans des conditions de sécurité prévenant tout risque de maltraitance et, à plus forte raison, de délits ou crimes.**

Ils s'interrogent toutefois sur la faisabilité de cet accroissement de personnes dont les antécédents judiciaires devront être contrôlés : selon la DGCS, **le présent article induit une augmentation d'environ un million de personnes à cribler**. Pourtant, entendue en audition en décembre 2022, Charlotte Caubel, alors secrétaire d'État chargée de l'enfance, prévenait déjà que la disposition de la loi du 7 février 2022, renforçant le contrôle des antécédents judiciaires dans le champ de la protection de l'enfance, « *est excellente, mais elle concerne plusieurs millions de personnes, ce qui fait peser une pression importante sur les équipes chargées de la mettre en œuvre* »².

¹ Les maires, les présidents d'établissements publics de coopération intercommunale, les présidents de conseil départemental et les présidents de conseil régional.

² Audition de Mme Charlotte Caubel, secrétaire d'État auprès de la Première ministre, chargée de l'enfance, le 14 décembre 2022.

Les rapporteurs sont également favorables à l'ouverture de la consultation du Fijaisv pour les personnes majeures vulnérables qui permettra ainsi de rendre applicables les incapacités légales énoncées par le code de l'action sociale et des familles. À cet égard, ils prennent note des informations communiquées par la DGCS sur les modalités de déploiement du système d'information. Ainsi, le document attestant l'absence d'antécédents judiciaires *« sera délivr[é] conjointement par l'administration (DGCS) et le conseil départemental dans les champs de la protection de l'enfance et de l'accueil du jeune enfant, que l'outil a vocation à couvrir dans un premier temps. [...] Si ce dispositif ne supprimera pas la nécessité d'une vérification manuelle des fichiers lorsqu'un antécédent éventuel est détecté par le SI, il permettra d'en réduire considérablement le volume. Les extraits de casier judiciaire de bulletin n° 2 contenant une mention devront être contrôlés par les conseils départementaux et les suspicions d'inscription au Fijaisv seront vérifiées par des agents de la direction générale de la cohésion sociale. »*

Enfin, les rapporteurs sont favorables à la possibilité donnée aux directeurs d'établissements de suspendre temporairement l'activité ou l'agrément d'une personne inscrite au Fijaisv en raison d'une condamnation non définitive ou d'une mise en examen. Interrogée sur le nombre de personnes potentiellement concernées par de telles dispositions, la DGCS indique, par comparaison, que dans le secteur de la jeunesse et des sports, dans lequel les contrôles du Fijaisv sont déjà effectifs depuis quelques années, les personnes inscrites au fichier représentent moins d'un pourcent pour un public concerné d'environ deux millions de professionnels.

Toutefois, les rapporteurs s'interrogent sur l'opérabilité de la disposition proposée dans la mesure où les gestionnaires d'ESMS ne sont pas habilités, ni par le droit en vigueur, ni par le présent article, à consulter les informations contenues dans le fichier ayant trait à une condamnation non définitive ou une mise en examen. Les rapporteurs ont donc jugé préférable de clarifier que la suspension de l'activité pourra être décidée lorsque le directeur est informé de la condamnation ou de la mise en examen dans le cadre du droit existant (article 11-2 et article 706-47-4 du code de procédure pénale), cette information leur étant transmise par le ministère public, directement ou, le cas échéant, indirectement par l'intermédiaire de l'administration de tutelle. À cette fin, la commission a adopté deux amendements identiques COM-187 et COM-103, respectivement de ses rapporteurs et d'Elsa Schalck, rapporteure pour avis de la commission des lois. Ces amendements précisent également que les directeurs apprécient le risque que fait porter la situation pour la santé ou la sécurité des mineurs ou majeurs en situation de vulnérabilité avec lesquels la personne concernée est en contact.

En concertation avec la commission des lois, la commission a, par ailleurs, adopté deux amendements identiques de clarification rédactionnelle **COM-104** et **COM-188**. Les modifications adoptées visent à clarifier le champ des activités ou professions pour lesquelles le présent article entend rendre possible la consultation du Fijaisv en mentionnant expressément l'état de vulnérabilité des personnes majeures concernées.

Enfin, deux amendements identiques **COM-102** et **COM-186** de la rapporteure pour avis de la commission des lois et des rapporteurs de la commission ont clarifié la base légale que le présent article vise à conférer au nouveau système d'information permettant la consultation du B2 et du Fijaisv. Cet amendement remplace, par ailleurs, la mention à un « certificat d'honorabilité » qui ne paraît pas opportune aux rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5 bis

**Création d'un livret d'accueil pour la personne accueillie
en format « facile à lire et à comprendre »**

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à ce qu'un livret d'accueil dans un format facile à lire et à comprendre soit remis à la personne admise dans une structure médico-sociale.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Le droit existant : une obligation de remise d'un livret d'accueil

L'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles fait obligation à la structure médico-sociale de remettre un livret d'accueil à la personne concernée, à son représentant légal, s'il s'agit d'un mineur, ainsi que, le cas échéant, à la personne chargée de la mesure de protection juridique. L'article précité dispose également que sont annexés à ce livret :

- une charte des droits et libertés de la personne accueillie ;
- le règlement de fonctionnement de la structure.

B. Le droit proposé : remettre un livret d'accueil supplémentaire

Le présent article, inséré par un amendement en commission de Béatrice Piron (groupe Renaissance), propose de modifier l'article L. 311-4 précité afin de prévoir l'obligation de remettre un **livret d'accueil supplémentaire dans un format « facile à lire et à comprendre »** lors de l'admission de la personne en établissement ou en service social ou médico-social.

Selon l'objet de l'amendement, ces dispositions visent à « renforcer le droit à l'information sur les modalités de prise en charge du résident, ses droits, les protections particulières, légales et contractuelles, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ».

Le format facile à lire et à comprendre

Le format facile à lire et à comprendre (FALC) désigne une méthode de rédaction et de présentation des textes rendant leurs lecture et compréhension aisées notamment par les personnes en situation de handicap mental ou de troubles cognitifs.

Cette méthode, promue par l'organisation *Inclusion Europe*, répond à des exigences de simplicité et de clarté exposées dans un guide de recommandations¹. L'organisation labellise également les textes répondant aux critères de la méthode FALC au moyen du logo ci-dessous :



Source : *Inclusion Europe*

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements de la rapporteure Annie Vidal, l'un rédactionnel et l'autre de coordination.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

II - La position de la commission

Les rapporteurs partagent, bien naturellement, l'intention du présent article mais ne peut que constater la nature réglementaire d'une telle disposition qui, par ailleurs, est satisfaite par le droit en vigueur.

En effet, le droit effectif à l'information est déjà précisément reconnu aux résidents à l'article 3 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie, prévu par arrêté². Ce dernier énonce : « La personne bénéficiaire de prestations ou de services a **droit à une information claire, compréhensible et adaptée** sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement ».

¹ *Inclusion Europe*, L'information pour tous : Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre, 2009.

² Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles.

En conséquence, la commission a adopté un **amendement COM-189** de ses rapporteurs supprimant l'article.

La commission a supprimé cet article.

Article 5 ter

Rapport au Parlement sur les mesures de contention dans les ESMS

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à demander un rapport au Gouvernement quant au recours aux mesures de contention physique et médicamenteuse dans les ESMS.

La commission a supprimé cet article.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : une demande de rapport

A. Un régime juridique de la contention en établissement médico-social flou et minimaliste

Alors que les mesures de contention en établissement psychiatrique font l'objet d'une définition et d'un encadrement législatif¹ et réglementaire² sous l'œil attentif du juge constitutionnel³, le régime juridique applicable au secteur médico-social n'est pas clairement défini, ainsi que le souligne la doctrine (voir notamment l'article⁴ de Clémence Zacharie, docteure en droit public).

A contrario, le droit insiste sur la liberté constitutionnelle d'aller et venir qui trouve, naturellement, à s'appliquer dans les Ehpad et les autres établissements médico-sociaux. Ainsi le rappelle expressément l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles dont les principes sont déclinés par la charte des droits et libertés de la personne accueillie⁵, notamment à son article 8, laquelle est diffusée dans les établissements et remise aux résidents.

¹ Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

² Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie. L'instruction précise explicitement que son champ d'application ne concerne pas les établissements médico-sociaux.

³ Voir, en autres : CC, M. Éric G., 19 juin 2020, décision QPC n° 2020-844.

⁴ Clémence Zacharie, « Les effets de la contention en secteur médico-social, oubliés du débat juridique ? », Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie, vol. 31, n° 1, 2022, pp. 18-25.

⁵ Prévue à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Le recours en ESMS à des mesures de contention, physique ou médicamenteuse, est pourtant bien avéré et les travaux de l'ancienne Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (Anaes)¹ comportent, à ce jour, les seules directives aidant les établissements et les professionnels à discerner le juste usage de ces mesures. Ces travaux insistent, en tout état de cause, sur le fait que « *la contention doit être exceptionnelle, réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis [...]* »².

B. Un article se bornant à demander la remise d'un rapport au Parlement

Le présent article, inséré en commission par un amendement de Pierre Dharréville (groupe Gauche démocrate et républicaine), vise à demander un rapport au Gouvernement évaluant le recours aux mesures de contention physique et médicamenteuse dans les ESMS. Ce rapport devra également « *formule[r] des propositions visant à mieux encadrer l'usage de la contention et à le réduire* ».

II - La position de la commission

En dépit des recommandations de bonnes pratiques évoquées *supra*, les rapporteurs déplorent que des mesures de contention contestables voire, pour certaines, scandaleuses ont pu être relevées. Ainsi, le Défenseur des droits, en 2019³, établissant une atteinte portée à la liberté d'aller et venir d'un résident, notait que celle-ci caractérisait un acte de maltraitance devant être notifié à l'ARS comme un évènement indésirable grave (EIG).

Toutefois, indépendamment de la pertinence des questions soulevées par le présent article, la commission n'a pas dérogé à sa position constante sur les demandes de rapport au Gouvernement, lesquelles contribuent à une inflation législative peu normative et vaine. Elle a donc adopté un **amendement COM-190** de ses rapporteurs visant à supprimer l'article.

La commission a supprimé cet article.

¹ Voir par exemple : Anaes, Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Évaluation en établissements de santé, 2000.

² Anaes, FHF, Conférence de consensus : Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, novembre 2004.

³ Décision du Défenseur des droits n° 2019-318 du 30 décembre 2019.

TITRE II *BIS*

RENFORCER L'AUTONOMIE DES ADULTES VULNÉRABLES EN FAVORISANT L'APPLICATION DU PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Article 5 quater

Permettre la désignation d'un curateur ou tuteur de remplacement par le juge des tutelles

L'examen de cet article a été délégué au fond à la commission des lois.

Lors de sa réunion, la commission des lois a adopté l'amendement COM-105 de sa rapporteure pour avis tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 5 quinquies

Créer un mandat de protection future aux fins d'assistance

L'examen de cet article a été délégué au fond à la commission des lois.

Lors de sa réunion, la commission des lois a adopté l'amendement COM-106 de sa rapporteure pour avis tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 5 sexies

Évolution du dispositif d'habilitation familiale

L'examen de cet article a été délégué au fond à la commission des lois.

Lors de sa réunion, la commission des lois a adopté l'amendement COM-107 de sa rapporteure pour avis tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 5 septies

Simplification de la procédure d'extension des services mandataires judiciaires à la protection des majeurs de petite capacité

Cet article vise à permettre aux services mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) de petite capacité d'être dispensés de la procédure d'appel à projet prévue pour les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) bénéficiant d'un financement public en cas d'extension.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Les services mandataires à la protection juridique des majeurs relèvent du cadre juridique des ESMS

Les services mandataires, qui sont principalement gérés par des associations occupent une place prépondérante dans l'exercice des mesures de protection : ils assurent près de **80 % des mesures confiées aux mandataires**¹. Compte tenu du vieillissement attendu de la population, ces services doivent faire face à une demande grandissante, et voient le nombre de mesures exercées par salarié augmenter².

La loi du 5 mars 2007³ a inscrit ces services mandataires dans la liste des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) au sein de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Ils sont donc désormais **soumis aux règles fixées pour tous les ESMS**, et notamment en ce qui concerne les autorisations de création, d'extension ou de transformation qui sont délivrées par le préfet après avis conforme du procureur de la République⁴. Leur financement, complémentaire à celui des personnes protégées, est assuré par dotation globale arrêtée par le préfet de département ou, s'ils sont gérés par une personne gérant également des ESMS, selon le mode de tarification propre au gestionnaire.

De même que les autres ESMS, les services mandataires voient leurs **projets d'extension de service être soumis à autorisation des autorités compétentes** au titre de l'article L. 313-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Bénéficiant de financements publics, cette autorisation est **délivrée après avis d'une commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social** qui associe des représentants des usagers. Une telle procédure est particulièrement complexe pour de petits services mandataires souhaitant augmenter le nombre de mesures exercées afin de répondre à un besoin local exprimé.

¹ Ministère de la Justice, Références statistiques justice 2022.

² Toutes formes juridiques confondues, un MPJM en moyenne 56,4 mesures.

³ Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

⁴ Article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles.

B. Un assouplissement nécessaire pour permettre aux services de mandataires de répondre à des besoins grandissants

Le présent article, inséré par un amendement en séance de Sacha Houlié (groupe Renaissance), propose de modifier l'article L. 313-1-1 précité, afin de prévoir une **dérogation à l'application de la procédure d'appel à projet pour les associations de services mandataires judiciaires à la protection des majeurs de petite capacité** en cas d'augmentation importante de leur activité. Selon l'objet de l'amendement, ses dispositions visent à « *faciliter l'adaptation aux besoins locaux de l'offre en matière de protection juridique* ».

Pour cela, **il insère donc un 11° au sein du II de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles**, qui permet d'ajouter les services de mandataires d'une capacité inférieure à un seuil fixé par décret **à la liste des dérogations à la procédure d'appel à projet** prévue au I du même article.

II - La position de la commission

Les rapporteurs rejoignent la **volonté de simplifier les procédures applicables aux services mandataires de petite taille**, qui n'ont bien souvent pas la capacité administrative de répondre aux exigences d'une constitution de dossier dans le cadre d'un appel à projet. Cette simplification est d'autant plus importante dans un contexte où le besoin de MJPM augmente tendanciellement du fait du vieillissement de la population.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 5 octies

Applicabilité outre-mer des dispositions relatives aux majeurs protégés

L'examen de cet article a été délégué au fond à la commission des lois.

Lors de sa réunion, la commission des lois a adopté l'amendement **COM-108** de sa rapporteure pour avis tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 5 nonies

**Regroupement des dispositions relatives à la responsabilité
des organes de protection juridique**

L'examen de cet article a été délégué au fond à la commission des lois.

Lors de sa réunion, la commission des lois a adopté l'amendement **COM-109** de sa rapporteure pour avis tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 5 decies

Création d'un registre général des mesures de protection

L'examen de cet article a été délégué au fond à la commission des lois.

Lors de sa réunion, la commission des lois a adopté l'amendement **COM-110** de sa rapporteure pour avis.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

TITRE III

GARANTIR À CHACUN DES CONDITIONS D'HABITAT AINSI QUE DES PRESTATIONS DE QUALITÉ ET ACCESSIBLES, GRÂCE À DES PROFESSIONNELS ACCOMPAGNÉS ET SOUTENUS DANS LEURS PRATIQUES

Article 6

Création d'une carte professionnelle de l'aide à domicile

Cet article proposait initialement, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, la création d'une carte professionnelle pour les professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

L'Assemblée nationale a réécrit cet article afin de prévoir un dispositif pérenne concernant l'ensemble des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées ou handicapées et disposant d'une certification professionnelle.

La commission a adopté cet article en élargissant le dispositif aux professionnels justifiant de deux années d'expérience et en prévoyant qu'un décret précisera les facilités associées à la détention de la carte.

I - Le dispositif proposé

A. Des métiers en déficit de reconnaissance et d'attractivité

1. Une diversité de métiers et de situations

Les professionnels assurant des services au domicile des personnes fragiles ou dépendantes exercent divers métiers et relèvent de **différents champs conventionnels** :

- La **branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD)** regroupe les salariés des structures prestataires à but non lucratif. Elle rassemblait, en 2021, 4 645 structures prestataires et 217 600 salariés (154 160 équivalents temps plein) dont 95 % de femmes¹.

La branche emploie à la fois des auxiliaires de vie sociale (AVS), des infirmiers et aides-soignants, des aides médico-psychologiques (AMP) et des techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF).

¹ Source : Rapport 2022 de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

- Le **champ des services à la personne (SAP)** regroupe des salariés d'organismes prestataires – dont 88 % d'entreprises privées – intervenant notamment dans les activités d'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile¹. 33 % des 150 000 salariés de la branche étaient des AVS en 2017².

- Outre les modes prestataire et mandataire, les services d'aide à domicile peuvent être exercée sous la forme de l'emploi direct. Selon la Fédération des particuliers employeurs de France (Fepem), le **secteur du particulier employeur** compterait ainsi 1 million de particuliers employeurs fragiles (âgés et/ou en situation de handicap) accompagnés par 547 000 assistants de vie.

Les emplois de l'aide et de l'accompagnement à domicile sont également divers par les niveaux de formation des intervenants et du fait de l'émiettement des diplômes et certifications professionnelles. Outre le diplôme d'État d'accompagnement éducatif et social (DEAES), on compte une dizaine de formations diplômantes. Toutefois, il n'existe pas de diplôme obligatoire pour l'exercice des métiers de l'aide et de l'accompagnement à domicile, si bien que **65 % des professionnels sont sans diplôme**³.

2. Un paysage des services à domicile en cours de recomposition

Il existait encore récemment trois types de services d'aide à domicile pour personnes âgées :

- **les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)**, qui assurent des prestations d'aide à la personne ;

- **les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)** qui apportent, sur prescription médicale et selon les compétences de leurs dispensateurs, des soins d'hygiène (aide à la toilette), et des soins infirmiers (pansements, injections, distribution de médicaments) ;

- **les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad)**, qui pourvoient à la fois des soins infirmiers et de l'aide à domicile.

Ces services sont soumis à des conditions préalables d'exercice. Un **régime d'autorisation** délivrée par le président du conseil départemental s'applique aux Saad, qui doivent se conformer au cahier des charges que prévoit l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles. Les services à domicile doivent également obtenir un **agrément** octroyé par l'État suivant des critères de qualité.

¹ Article L. 7231-1 du code du travail.

² Source : *Étude de la branche des entreprises de services à la personne, édition 2017.*

³ Cf. *rapport n° 1070 de Mmes Annie Vidal et Laurence Cristol, au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, déposé le 5 avril 2023 – Commentaire de l'article 6.*

Le financement public des services à domicile

Le coût des services à domicile, quel que soit leur statut (public, privé non lucratif ou privé lucratif), est **principalement couvert par des financements publics**.

Le département finance ainsi les prestations des Saad *via* l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes handicapées.

Ces modalités de financement diffèrent selon que les services sont ou non habilités à l'aide sociale. Dans le premier cas, le département fixe les tarifs horaires de façon à couvrir l'ensemble des dépenses afférentes à la rémunération ainsi qu'aux coûts de structure et de coordination des services. Dans le second cas, ce financement est fixé de manière forfaitaire par le conseil départemental, indépendamment du coût de revient du service, ce qui entraîne un reste à charge pour les usagers.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, un tarif plancher national de l'heure d'aide à domicile financée par l'APA ou la PCH est applicable. Fixé à 23 euros pour 2023, ce tarif plancher sera revalorisé chaque année en tenant compte de l'inflation passée à compter de 2024. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a également créé une dotation complémentaire, d'un montant de 3 euros par heure en moyenne, pouvant être versée par le département en contrepartie d'actions améliorant la qualité du service rendu à l'utilisateur.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) couvre partiellement ces dépenses des départements à travers des concours financiers.

Quant aux **activités de soins des Ssiad et des Spasad**, elles sont **directement financées par la branche autonomie** à travers un forfait global de soins (FGS), une dotation de coordination et des financements complémentaires.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a engagé une réforme de l'organisation des services d'aide et de soins à domicile. Celle-ci doit se concrétiser par **l'unification des différents types de services existants - Saad, Ssiad et Spasad - dans une même catégorie de « services autonomie à domicile » (SAD)**, intégrant les activités de soins, d'aide et d'accompagnement, et devant répondre aux conditions minimales de fonctionnement fixées par un cahier des charges national¹.

Le décret d'application de cette réforme a été pris le 13 juillet 2023², lui permettant d'entrer en vigueur le 30 juin. À compter de cette date, il existe deux sous-catégories de services autonomie à domicile :

- des SAD « mixtes » dispensant à la fois de l'aide et des soins³ ;

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 – Article 44.

² Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L. 312-1 du même code.

³ Article L. 313-1-3 (1°) du CASF.

- des SAD « aide » ne dispensant que de l'aide¹. En cas de besoin de soins, ils devront mettre en relation les personnes accompagnées avec un professionnel de santé proposant des soins infirmiers.

Les SAD sont autorisés sur un territoire unique, tant pour l'aide que pour les soins, et sous la forme d'une entité juridique unique.

Lorsqu'ils dispensent à la fois de l'aide et des soins (SAD « mixtes »), ils bénéficient d'une **dotation de coordination** destinée à leur permettre de mettre en œuvre un fonctionnement intégré.

Les Saad et les Spasad qui disposaient d'une autorisation au 30 juin sont désormais réputés autorisés comme SAD « aide » (pour les Saad) ou comme SAD « mixtes » (pour les Spasad). Ils disposent d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec le cahier des charges fixé par le décret du 13 juillet 2023.

Quant aux Ssiad, ils disposent d'un délai de deux ans pour s'adjoindre une activité d'aide, fusionner ou se regrouper avec un ou plusieurs SAD et pour demander une autorisation en tant que SAD auprès de l'ARS et du conseil départemental. Après le 30 juin 2025, l'autorisation des Ssiad qui n'auront pas déposé une telle demande d'autorisation deviendra caduque.

3. Des enjeux de reconnaissance et d'attractivité

Les métiers de l'aide à domicile souffrent de graves problèmes d'attractivité liés à des conditions de travail dégradées, à des rémunérations faibles et, plus généralement, à une reconnaissance qui n'est pas à la hauteur de leur utilité sociale. Les rapports successifs sur ces métiers mettent en évidence les difficultés du secteur à recruter et à fidéliser les jeunes salariés.

a) Des métiers à forte pénibilité

Les métiers de l'aide et du soin à domicile sont très majoritairement exercés par des femmes qui ont souvent plus de 45 ans.

Pour les syndicats de la branche de l'aide à domicile auditionnés par les rapporteurs, **ces métiers cumulent les facteurs de pénibilité** : des déplacements constants et mal pris en compte, un manque d'information des intervenants sur leurs bénéficiaires, une technicité de plus en plus grande des interventions combinée à un manque de qualification des intervenants, un éclatement de l'emploi du temps avec des pauses méridiennes loin du logement de l'intervenant, et une pratique solitaire du métier avec très peu d'occasions d'échanges avec des collègues de travail.

Selon le rapport 2022 de la BAD, 42 % des salariés de la branche ont déjà eu un accident sur leur poste de travail au cours de leur carrière dont 86 % des aides-soignants, 47 % des aides à domicile et 44 % des AVS. 39 % des salariés ont déjà eu un arrêt de travail pour cause de fatigue.

¹ Article L. 313-1-3 (2°) du CASF.

b) Des temps partiels souvent subis et des rémunérations qui restent faibles

Les métiers du grand âge, et notamment ceux de l'aide et du soin à domicile, sont particulièrement concernés par le travail à temps partiel et les horaires fragmentés.

Le rapport 2022 de la BAD indique que 66 % des salariés de la branche travaillent à temps partiel. Ce taux s'élève à 76 % pour les aides à domicile, 71 % pour les AVS et 86 % pour les aides-soignants. **Les salariés déclarent que cette situation est subie dans 37 % des cas.**

Comme l'indiquait notamment le rapport El Khomri de 2019, les rémunérations des métiers du domicile sont durablement faibles¹. Elles restent peu attractives en dépit des différentes revalorisations consécutives au « Ségur de la santé ». Il en résulte une précarité, voire une situation de pauvreté pour nombre de travailleurs du secteur.

Les mesures salariales concernant les services à domicile

Dans le secteur privé non lucratif, **l'avenant 43 à la convention collective de la branche de l'aide à domicile**, entré en vigueur en octobre 2021, a permis la plus forte revalorisation (de l'ordre de 13 % à 15 %) des emplois et des rémunérations de la branche depuis 2002. Toutefois, les premiers niveaux de classification ont rapidement été rattrapés par les hausses successives du Smic², si bien que de nouveaux avenants concernant les plus bas coefficients de salaire ont dû être conclus et agréés.

L'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu la création d'une dotation, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour soutenir la revalorisation des salaires des professionnels des services d'aide à domicile³. Dans ce cadre, la CNSA compense à hauteur de 50 % les dépenses des départements destinées à soutenir les revalorisations salariales consécutives à la conclusion d'accords de branche tels que l'avenant 43.

Pour les services relevant de la fonction publique, un décret du 30 novembre 2022 a prévu **l'extension du complément de traitement indiciaire (CTI)** de 183 euros net mensuel aux fonctionnaires territoriaux exerçant des missions d'aide à domicile auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées⁴. Les revalorisations du point d'indice de la fonction publique au 1^{er} juillet 2022 et au 1^{er} juillet 2023, qui concernent l'ensemble des fonctionnaires, s'ajoutent à ces revalorisations.

¹ Plan de mobilisation en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé, Myriam El Khomri, octobre 2019.

² Salaire minimum interprofessionnel de croissance.

³ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

⁴ Décret n° 2022-1497 du 30 novembre 2022 modifiant le décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire à certains agents publics – Article 1^{er}.

B. La mise en place d'une carte professionnelle à titre expérimental

Dans sa rédaction initiale, l'article 6 autorisait **l'expérimentation pour une durée de trois ans d'une carte professionnelle** pour les professionnels des services de l'aide et de l'accompagnement à domicile (I).

Selon les rapporteuses de la proposition de loi à l'Assemblée nationale, cette carte permettrait de mieux identifier les personnes intervenant au domicile des personnes âgées, de reconnaître leur rôle et de leur donner un accès facilité à certains services¹.

Le **II** renvoyait à un décret les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et la désignation des territoires concernés. Ce décret aurait notamment défini la forme matérielle ou électronique de la carte ainsi que les conditions de son octroi.

Le **III** prévoyait que l'expérimentation donnerait lieu, avant son terme, à un rapport d'évaluation remis par le Gouvernement au Parlement aux fins d'apprécier l'opportunité de sa généralisation.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications adoptées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission a adopté un amendement de rédaction globale de la rapporteure Annie Vidal permettant de **procéder directement à la pérennisation de la carte professionnelle**, sans passer par l'expérimentation.

Le **I** prévoit ainsi, dans un nouvel article L. 313-1-4 du code de l'action sociale et des familles, que **les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées disposent d'une carte professionnelle**. Celle-ci concerne donc une catégorie plus large que le dispositif expérimental initial, qui ne visait que les professionnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Un décret devra définir les catégories de professionnels bénéficiant de la carte ainsi que les modalités de délivrance et de retrait de cette carte.

Le **II** prévoit que le dispositif entre en vigueur à compter de la publication de ce décret et au plus tard le **1^{er} janvier 2025**.

¹ Rapport n° 1070 de Mmes Annie Vidal et Laurence Cristol, au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, déposé le 5 avril 2023.

B. Les modifications adoptées en séance

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de François Gernigon (Horizons) visant à **soumettre la délivrance de la carte professionnelle à l'obtention préalable d'une certification professionnelle**, attestant de la qualification et de la compétence des prestataires d'aide à domicile.

Elle a également adopté un amendement de Caroline Janvier (Renaissance) précisant que la carte professionnelle « *tend à faciliter la réalisation des tâches* » des professionnels, « *notamment en termes de mobilités* ».

Enfin, ont été adoptés deux amendements identiques de la rapporteure et de Caroline Colombier (Rassemblement national) visant à corriger une erreur de référence.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : une mesure de portée essentiellement symbolique

Si elle est attendue des professionnels de l'aide à domicile pour la reconnaissance de leurs métiers, **cette mesure de portée symbolique ne permettra pas, à elle seule, d'améliorer l'attractivité de ces métiers.**

Les rapporteurs considèrent que la reconnaissance de la profession passe avant tout par des conditions de travail respectueuses des professionnels et des usagers et par la solvabilisation des services à domicile de manière à permettre une revalorisation des rémunérations.

Le périmètre de la carte pourrait par ailleurs créer des frustrations s'il ne concernait que certaines catégories de professionnels intervenant à domicile et en excluait d'autres.

Aussi, considérant que la majorité des aides à domicile ne disposent pas de titres et diplômes, la commission a adopté **l'amendement COM-192** des rapporteurs **étendant le bénéfice de la carte aux personnes justifiant de deux années d'exercice professionnel** dans ce métier.

En outre, **les facilités qui seraient associées au port de cette carte, notamment en termes de mobilité, pourraient néanmoins être précisées.**

La détention de la carte pourrait donner accès à des aménagements tels que des facilités de stationnement¹, l'aide aux courses avec un passage en caisse prioritaire pour les achats réalisés pour le compte des bénéficiaires, ou le bénéfice de coupe-file et de facilités adéquates en cas de crise.

À l'initiative des rapporteurs, la commission a prévu qu'un décret préciserait ces facilités (**amendement COM-193**).

¹ Les aides à domicile bénéficient de tarifs de stationnement avantageux dans 8 % des communes.

La commission a également simplifié les modalités d'entrée en vigueur de cet article en fixant la date de sa prise d'effet au 1^{er} janvier 2025 (amendement COM-194).

Elle a enfin adopté un amendement rédactionnel des rapporteurs (COM-191).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 7

Versement d'une aide financière aux départements pour soutenir la mobilité des professionnels de l'aide à domicile

Cet article prévoit la création d'une aide financière annuelle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements afin de contribuer au soutien à la mobilité des professionnels de l'aide à domicile.

L'Assemblée nationale l'a complété afin que cette aide contribue également à l'organisation de temps d'échange et de partage de bonnes pratiques. Elle a par ailleurs conditionné le versement de l'aide au respect par le département de conditions liées à la rémunération des temps de déplacement des professionnels.

La commission a modifié cet article afin d'inclure dans le dispositif la prise en charge du permis de conduire et de supprimer la conditionnalité de l'aide.

I - Le dispositif proposé

A. L'insuffisante prise en charge des frais de mobilité des professionnels

1. Une obligation à la charge de l'employeur

a) Des professionnels soumis à d'importantes contraintes de mobilité

Les déplacements d'un lieu d'intervention à l'autre et les frais qu'ils occasionnent représentent une contrainte majeure des métiers de l'aide à domicile.

Selon le rapport 2022 de la branche de l'aide à domicile, 46 % des salariés de la branche parcourent entre 50 et 109 km par jour dans le cadre de leur activité. Les aides-soignants sont en moyenne les plus mobiles (67 km par jour). Les aides à domicile (55 km), les auxiliaires de vie sociale (54 km) et les infirmiers (50 km) sont également contraints à de nombreux déplacements quotidiens.

Les principales fédérations professionnelles d'aide à domicile avancent une moyenne de 300 à 400 kilomètres parcourus par semaine par les différents professionnels de l'aide à domicile¹.

b) Une prise en charge inégale selon les branches

L'indemnisation des frais de déplacement des salariés est prévue par leur contrat de travail et encadrée par la convention collective. La prise en charge de ces frais par l'employeur varie ainsi en fonction des branches professionnelles et du statut des travailleurs².

- La convention collective de la **branche de l'aide à domicile (BAD)** prévoit que le coût du transport du domicile du salarié vers le domicile de la personne aidée est **pris en charge par l'employeur, soit par le versement d'indemnités kilométriques** en cas d'utilisation par le salarié de son véhicule personnel, **soit par la mise à disposition d'un véhicule, soit par le remboursement du transport en commun**. En cas de versement d'indemnités kilométriques, la convention collective prévoit que l'utilisation d'un véhicule automobile donne lieu à une indemnité d'au moins **0,38 euro par kilomètre** depuis le 1^{er} octobre 2022³.

- Ce soutien est inférieur dans la **branche des entreprises de services à la personne (SAP)** : la convention collective nationale fixe depuis 2022 le montant minimal de l'indemnité kilométrique à **0,35 euro par kilomètre**⁴.

- La convention collective des particuliers employeurs stipule que l'indemnité kilométrique, fixée par le contrat de travail, ne peut être ni inférieure au barème de l'administration ni supérieure au barème fiscal⁵.

- Dans la fonction publique, le montant des indemnités kilométriques varie selon le type de véhicule et la distance parcourue dans l'année civile (*cf.* tableau ci-dessous).

¹ « Prime carburant exceptionnelle pour les aides à domicile », communiqué commun de la Fédésap, de l'UNA, du Synerpa et de la Fesp, 7 avril 2022.

² Voir le commentaire de l'article 6 pour plus de précisions sur ce paysage conventionnel.

³ Avenant 50 à la convention collective nationale de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

⁴ Convention collective nationale des entreprises de services à la personne du 20 septembre 2012 – Avenant du 29 mars 2022 relatif à la prime d'ancienneté et à l'indemnité kilométrique.

⁵ Convention collective nationale des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile du 15 mars 2021.

**Barème des indemnités kilométriques dans la fonction publique
pour l'utilisation d'une automobile¹**

Puissance fiscale du véhicule	Jusqu'à 2 000 km	De 2 001 à 10 000 km	Après 10 000 km
Jusqu'à 5 CV	0,32 €	0,40 €	0,23 €
6 ou 7 CV	0,41 €	0,51 €	0,30 €
8 CV et plus	0,45 €	0,55 €	0,32 €

Source : Commission des affaires sociales

De manière générale, cette prise en charge ne couvre pas les frais réellement engagés par les salariés, ce qui nuit à l'attractivité du métier.

Selon une étude réalisée en 2020 par EY pour la Fédération française des services à la personne (Fédésap), citée par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), la prise en charge moyenne serait de 0,53 euro et ne représenterait que **11 % des frais de déplacement réels**².

c) L'enjeu de la rémunération des temps de déplacement

La rémunération des temps de déplacement, qui découle de la définition du temps de travail effectif, peut également varier selon les branches.

- La convention collective de la BAD considère comme du temps de travail effectif les temps de déplacement entre deux séquences consécutives de travail effectif au cours d'une même demi-journée.

Lorsque les séquences successives de travail effectif au cours d'une même demi-journée ne sont pas consécutives, le temps de déplacement entre ces deux séquences doit être reconstitué et considéré comme du temps de travail effectif, et donc rémunéré comme tel.

- Pour sa part, la convention collective des SAP précise que le temps de déplacement professionnel pour se rendre d'un lieu d'intervention à un autre lieu d'intervention constitue du temps de travail effectif « *lorsque le salarié ne peut retrouver son autonomie* ».

¹ Arrêté du 14 mars 2022 modifiant l'arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux des indemnités kilométriques prévues à l'article 10 du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels de l'État.

² Conseil de l'âge, HCFEA, Le recours des personnes âgées vulnérables aux emplois et services d'aide à domicile, avril 2020.

2. Des conditions variables en fonction du soutien des départements

a) Les initiatives des départements pour soutenir la mobilité des professionnels

Les conseils départementaux peuvent mettre en place des dispositifs de soutien à la mobilité des aides à domicile sur leur territoire. Ces dispositifs peuvent comprendre :

- le financement du versement par les services autonomie à domicile (SAD) d'indemnités kilométriques supérieures à celles aujourd'hui en vigueur ;
- le cofinancement de la location ou de l'achat d'un véhicule ;
- la mise en place d'une flotte de véhicules.

Ce soutien complémentaire, mis en place de manière discrétionnaire, est par nature inégal selon les départements.

Il peut cependant donner lieu à un soutien dans le cadre de la « dotation qualité » mise en place par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le service et le département et couverte par un concours de la CNSA¹.

b) L'influence de la politique tarifaire sur l'organisation du travail et des déplacements

Les coûts liés à la mobilité peuvent être plus ou moins pris en compte dans le tarif financé par les départements.

Dans le cas de services habilités à l'aide sociale et tarifés, les temps de déplacement et les indemnités kilométriques entrent d'ores et déjà dans le calcul du tarif horaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) fixé annuellement par le conseil départemental pour chaque service.

En revanche, les services non habilités à l'aide sociale perçoivent un financement horaire forfaitaire APA et PCH indépendant de leur coût de revient, donc du coût des déplacements. Dans ce cas, les conditions prévues par les accords collectifs ne sont pas opposables au financeur.

Comme l'a fait remarquer l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA) aux rapporteurs, la mise en place d'un tarif plancher par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 est de nature à inciter les départements à se désengager de la tarification des services à domicile et, ainsi, à ne plus financer les coûts liés à la mobilité.

¹ Voir le commentaire de l'article 8 pour plus de précisions.

Ces disparités ont une incidence sur l'organisation du travail et sur les conditions dans lesquelles les services à domicile prennent en charge les déplacements de leur personnel.

B. La proposition de créer une aide financière spécifique aux départements

L'article 7 prévoit, dans sa rédaction initiale, le versement par la CNSA d'une **aide financière annuelle aux départements afin de contribuer au soutien à la mobilité des professionnels** assurant des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile au sein des SAD.

Les modalités du versement de l'aide aux départements seraient fixées par décret.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications adoptées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission a adopté cinq amendements identiques de Yannick Neuder (Les Républicains), Thibault Bazin (Les Républicains), Isabelle Valentin (Les Républicains), Josiane Corneloup (Les Républicains) et Anne Bergantz (Démocrate), précisant que **l'aide pourrait concerner tous les modes de transport, qu'ils soient individuels ou collectifs**.

La commission a également adopté quatre amendements identiques de Yannick Neuder, Thibault Bazin, Isabelle Valentin et Josiane Corneloup afin de préciser que l'aide pourrait être versée **sans distinction de territoire**.

À l'initiative de François Gernigon (Horizons), la commission a prévu que **les départements devraient transmettre annuellement à la CNSA le montant et les objets de ces affectations ainsi que le bilan de cette aide** sur le soutien du secteur de l'aide à domicile.

Enfin, la commission a adopté un autre amendement de François Gernigon précisant que le décret fixant les modalités du versement de l'aide devrait **veiller à ce que ces financements soient dirigés**, lorsque cela est possible, **en direction de véhicules à faibles émissions ou très faibles émissions**.

B. Les modifications adoptées en séance publique

En séance publique, un amendement du Gouvernement, sous-amendé par la rapporteure Laurence Cristol, a **élargi l'aide annuelle de la CNSA afin qu'elle contribue à l'organisation**, au profit des professionnels de l'aide à domicile, **de temps d'échange et de partage de bonnes pratiques**.

Par ailleurs, un amendement d'Astrid Panosyan-Bouvet (Renaissance) a entendu **réserver l'aide de la CNSA aux départements assurant le respect des conditions suivantes liées à la rémunération des temps de déplacement des professionnels** :

- en cas d'interruption d'une durée inférieure à trente minutes entre deux prestations d'aide et d'accompagnement à domicile, le temps d'attente du professionnel devrait être payé comme du temps de travail effectif ;

- en cas d'interruption d'une durée supérieure à trente minutes, « hors trajet séparant deux lieux d'intervention », le salarié « reprend[rait] sa liberté et [pourrait] vaquer librement à des occupations personnelles sans consignes particulières de son employeur, n'étant plus à sa disposition » ; le temps entre deux interventions ne serait alors ni compté comme du temps de travail effectif, ni rémunéré.

Cet amendement a également réservé le versement de l'aide aux départements garantissant **une indemnité kilométrique au moins égale à 0,45 euros** pour les professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile.

En outre, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Michel Castellani (LIOT) précisant que l'aide serait également versée aux collectivités territoriales uniques de Corse, de Martinique, de Guyane et de Mayotte.

Elle a enfin adopté un amendement rédactionnel de la rapporteure Annie Vidal.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Un dispositif peu cohérent avec le projet de rationalisation des concours de la CNSA

La valorisation des métiers de l'aide à domicile et l'amélioration de leur attractivité impliquent une meilleure prise en charge des frais de déplacement et un soutien accru à la mobilité des professionnels. Dans cette perspective, le dispositif proposé va dans le bon sens.

Ce dispositif prenant la forme d'une aide de la CNSA aux départements, la ministre des solidarités et des familles Aurore Bergé a annoncé que **100 millions d'euros** seraient alloués à ce fonds au titre du seul soutien à la mobilité.

Selon les informations transmises par la DGCS, le volet mobilité de l'aide pourrait être calculé selon le nombre d'heures d'APA et de PCH du territoire et intégrer des modalités permettant de tenir compte des spécificités territoriales influant sur le coût de la mobilité, notamment de la part plus importante des kilomètres parcourus dans les territoires ruraux.

Cette aide s'inscrit toutefois dans le cadre de relations financières déjà complexes entre la CNSA et les départements (cf. encadré ci-dessous).

Les concours financiers de la CNSA aux départements

D'après la CNSA, le soutien financier de la caisse aux départements s'est élevé à environ **5 milliards d'euros en 2023 à travers une douzaine de concours financiers** :

- les concours prévus à l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale, destinés à couvrir une partie des coûts de l'APA, de la PCH, de l'installation et du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), des actions de prévention financées par les conférences des financeurs (au titre du « forfait autonomie » et des autres actions de prévention) et de leur fonctionnement, ainsi que des coûts supplémentaires occasionnés par la mise en place d'un tarif « plancher » et d'une « dotation qualité » pour les services à domicile ;

- les conventions départementales pour la modernisation et la professionnalisation des services à domicile ;

- le concours pour le financement de l'aide à la vie partagée (AVP)¹ ;

- l'aide financière de 200 millions d'euros destinée à couvrir une partie des coûts directement supportés par les départements consécutivement à la conclusion d'accords de branche en matière de revalorisation des rémunérations versées aux salariés des services à domicile² ;

- la compensation de l'extension aux agents publics exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux du complément de traitement indiciaire issu du « Ségur de la santé »³.

Enfin, à titre exceptionnel, la LFSS pour 2024 a prévu un complément de financement de 150 millions d'euros visant à améliorer la couverture des dépenses d'APA des départements⁴.

Alors que les concours se sont multipliés au cours des dernières années, notamment dans le champ des services à domicile, le texte vient donc créer une nouvelle aide spécifique de la CNSA, ce qui paraît **contradictoire avec la volonté affichée du Gouvernement de rationaliser ces relations financières**. Or, cette simplification est aussi jugée indispensable par les départements.

¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 – Article 34.

² Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 – Article 47.

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 – Article 43.

⁴ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 – Article 86.

De surcroît, cette nouvelle aide pourrait contribuer à financer des dispositifs déjà couverts par la CNSA, comme l'a fait remarquer l'UNA aux rapporteurs. Par exemple, la « dotation qualité » créée par la LFSS pour 2022 a notamment vocation à financer des actions permettant de contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire, ce qui peut se traduire par une meilleure prise en charge de la mobilité.

Il conviendra donc de bien préciser les modalités de cette aide afin qu'elle ne devienne pas génératrice de distorsions et d'effets d'aubaine.

B. L'enjeu du financement du permis de conduire

Les fortes contraintes de mobilité des professionnels de l'aide à domicile imposent, dans certaines zones, l'usage d'une voiture personnelle. La nécessité d'obtenir le permis de conduire peut alors être un obstacle au recrutement de ces professionnels.

La commission a souhaité que soient prises en compte, au titre du volet mobilité de l'aide de la CNSA créée par cet article, **les actions des départements visant à aider les professionnels à obtenir le permis de conduire**. Elle a donc adopté l'**amendement COM-195** des rapporteurs en ce sens.

Elle a également adopté un amendement rédactionnel des rapporteurs (**COM-196**).

C. Une conditionnalité inappropriée

Les conditions liées à la rémunération des temps de déplacement des professionnels ainsi qu'à l'indemnisation des frais de déplacement, auxquels cet article soumet l'octroi de l'aide aux départements, ne semblent pas pouvoir être garanties par les départements car elles concernent des règles fixées par convention de branche ; or, plusieurs conventions collectives coexistent dans le secteur des services à domicile et ne prévoient pas, en la matière, des conditions équivalentes (*cf. supra*).

En outre, une telle conditionnalité risque d'accentuer les inégalités territoriales en ne donnant pas aux départements les plus en difficulté les moyens d'augmenter leur effort.

La commission a donc adopté deux amendements identiques de Laurence Muller-Bronn (**COM-51**) et des rapporteurs (**COM-197**) visant à **supprimer ces conditions**.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 7 bis

Rapport au Parlement sur les modalités d'augmentation des indemnités kilométriques pour les professionnels de l'aide à domicile

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, demande la remise par le Gouvernement d'un rapport sur les modalités d'augmentation des indemnités kilométriques à hauteur de 45 centimes d'euros par kilomètre pour les professionnels de la branche de l'aide à domicile.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article est issu de l'adoption en commission à l'Assemblée nationale d'un amendement de François Ruffin (La France insoumise). Il vise à demander au Gouvernement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, de remettre au Parlement un rapport relatif aux modalités d'augmentation des indemnités du barème kilométrique à hauteur de 0,45 euro par kilomètre pour les professionnels de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

En séance publique, un amendement de Sébastien Peytavie (Écologiste) a précisé que ce rapport s'attacherait également à évaluer le coût réel de l'inflation pour ces professionnels, l'impact sur leur exercice et les pistes à envisager pour compenser ces frais réels à due concurrence.

II - La position de la commission : supprimer cet article

Depuis le 1^{er} octobre 2022, les employeurs de la branche de l'aide à domicile doivent prendre en charge les frais de déplacement de leurs salariés, en cas d'utilisation de leur véhicule personnel, à hauteur de **0,38 euro par kilomètre** au minimum¹.

Ce sujet étant traité par l'aide spécifique aux départements créée par l'article 7, cette demande de rapport est superflète.

Conformément à sa position constante sur les demandes de rapport, la commission a adopté deux amendements identiques de suppression de Laurence Muller-Bronn (COM-52) et des rapporteurs (COM-198) de suppression des rapporteurs.

La commission a supprimé cet article.

¹ Voir le commentaire de l'article 7 pour plus de précisions.

Article 8

Expérimentation d'un financement par forfait des services à domicile

Cet article prévoyait initialement la remise d'un rapport au Parlement évaluant l'organisation et les modalités de financement de l'offre de soutien à domicile.

L'Assemblée nationale l'a réécrit pour ouvrir la possibilité aux départements volontaires de mettre en place, jusqu'au 31 décembre 2027, des expérimentations relatives à un financement des services autonomie à domicile, au titre de leur activité d'aide et d'accompagnement, par des dotations forfaitaires.

La commission a adopté cet article en avançant de deux ans le terme des expérimentations.

I - Le dispositif proposé

A. Le modèle de financement à bout de souffle des services à domicile

1. Le financement des activités d'aide et d'accompagnement sur une base horaire

a) Un modèle ne permettant pas de solvabiliser l'offre d'aide à domicile

Les activités d'aide et d'accompagnement des services à domicile sont principalement financées par des prestations individuelles en nature versées par le département : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour les personnes âgées relevant des groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4, et la prestation de compensation du handicap (PCH), pour les personnes en situation de handicap.

Deux modalités de tarification existent selon que le service est habilité ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

- **Les services habilités à l'aide sociale sont dits « tarifés ».** Le département leur applique un tarif horaire individuel déterminé dans le cadre d'un dialogue de gestion. Le service ne peut facturer l'utilisateur au-delà de ce tarif, moyennant un ticket modérateur.

- **Les services non habilités et non tarifés se voient appliquer un tarif de référence voté par le conseil départemental** qui est indépendant de leur situation individuelle. Les services disposent en revanche d'une relative liberté pour fixer leur prix, sous réserve de ne pas excéder un taux d'augmentation fixé par arrêté.

Dans les deux cas, le financement des services par le département *via* l'APA et la PCH s'effectue sur une **base horaire**.

Depuis le début des années 2010, les difficultés financières des services à domicile ont conduit à une remise en question de ces modalités de tarification. Ainsi, dès 2012, le rapport de la députée Bérangère Poletti¹ mettait en évidence les causes structurelles de la situation des services d'aide à domicile, notamment **l'insuffisante couverture des coûts de revient par la tarification horaire.**

Les pratiques hétérogènes entre les départements engendrent par ailleurs des **disparités territoriales**. Par exemple, certains départements appliquent le tarif de référence, décorrélié du coût de revient, à tous les services quel que soit leur statut, y compris les services non lucratifs.

b) Des tentatives de mise en place de nouveaux outils de tarification

Les problèmes posés par la tarification des services à domicile n'étant pas neufs, des pistes de réforme ont déjà été envisagées depuis le début des années 2010.

Ainsi, devant les difficultés rencontrées par les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), **la loi de finances pour 2012 avait permis des expérimentations relatives aux modalités de tarification de ces services** pour une durée de trois ans. Ces expérimentations pouvaient inclure des modalités particulières de conventionnement entre les présidents de conseil général, les Saad et, le cas échéant, les organismes de protection sociale². Elles ont notamment été financées par un fonds de restructuration des Saad créé en 2011 pour trois ans et abondé par l'État.

Un arrêté du 30 août 2012 a fixé le cahier des charges des expérimentations en introduisant **deux schémas d'expérimentation** : l'un qui se fonde sur un **financement des Saad sur la base de dotations globales négociées**, l'autre sur un tarif de prestations sociales complété, le cas échéant, par des dotations pour la réalisation de missions de service public³.

Dans ce cadre, 14 départements ont mené une expérimentation suivant des modalités diverses, traduites par la signature de contrats pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). 13 d'entre eux ont opté pour un mécanisme de dotation annuelle globale.

¹ Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation des ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles. Rapport au Gouvernement de Mme Bérangère Poletti, janvier 2012.

² Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 – Article 150.

³ Arrêté du 30 août 2012 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux modalités de tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile et le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné au 1° du I de l'article 150 de la loi du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

Les expérimentations ont fait l'objet en 2015 d'une évaluation par une mission de l'inspection générale des affaires sociales (Igas)¹. Celle-ci a souligné l'intérêt d'un pilotage par des dotations globales, qui permet de sécuriser les ressources des Saad et de les doter d'une trésorerie plus fluide. Elle en a aussi relevé les limites, notamment les difficultés de gestion des écarts atypiques d'activité. En conclusion, la mission a recommandé de ne pas prolonger les expérimentations au-delà du terme prévu et d'inscrire dans le droit commun les outils expérimentés.

À la suite de cette évaluation, la loi « ASV » du 28 décembre 2015² a inscrit dans le code de l'action sociale et des familles la **possibilité pour les Saad de conclure avec le président du conseil départemental un CPOM** « 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 ». Ce contrat précise notamment les modalités de calcul de l'APA à domicile ainsi que les paramètres de calcul des financements alloués par le département³. **Dans ce cadre, le Saad peut être financé par un forfait global**⁴.

Selon les informations transmises par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), ce mode de financement est **très peu développé**. En outre, sa mise en œuvre ne remet pas fondamentalement en cause le principe du financement à l'heure mais revient souvent à un système de lissage par acomptes et régularisations. Son fonctionnement doit s'accompagner d'un décompte horaire des interventions, notamment pour vérifier que la participation des usagers reste cohérente avec leur recours aux services.

c) Des évolutions récentes aux effets ambivalents

Le rapport de Dominique Libault issu de la concertation « grand âge et autonomie » de 2019 a renouvelé le **constat d'un mode de tarification des services à bout de souffle, ne permettant pas de « financer les indispensables temps de coordination et de formation » des professionnels et contribuant à la dégradation de leurs conditions de travail**⁵.

Il a inspiré les évolutions récentes de la tarification des services d'aide à domicile, qui n'ont toutefois pas permis de mettre fin à leurs difficultés.

¹ Évaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), rapport Igas, avril 2015.

² Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement – Articles 41 et 46.

³ Article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ « Concertation grand âge et autonomie », rapport de M. Dominique Libault, mars 2019.

- **L'instauration d'un tarif plancher national**

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022¹ a créé un **tarif minimum de valorisation d'une heure d'APA et de PCH** pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) prestataires, qu'ils soient ou non habilités à l'aide sociale, à compter du 1^{er} janvier 2022. Son montant a été fixé par arrêté ministériel à **22 euros en 2022**².

Au 1^{er} septembre 2021, le tarif horaire moyen était de 21,39 euros pour l'APA et de 20,91 euros pour la PCH. Seules trois collectivités appliquaient déjà des tarifs égaux ou supérieurs à 22 euros avant 2022. La mise en œuvre du tarif plancher en 2022 a ainsi permis de revaloriser 63 % des heures d'APA et 65 % des heures de PCH payées par les départements³.

Le tarif plancher a été porté par arrêté à **23 euros en 2023**⁴. À compter de 2024, la LFSS pour 2023 a prévu un dispositif de revalorisation annuelle : la règle d'indexation du tarif plancher est désormais alignée sur celle de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, laquelle est révisée chaque 1^{er} janvier en tenant compte de l'inflation passée⁵.

Le surcoût lié à la mise en place du tarif plancher pour les collectivités concernées a été intégralement compensé par la CNSA. **Les modalités de cette compensation ont pu générer des effets d'aubaine et pénaliser les départements qui avaient déjà fait l'effort d'avoir des tarifs plus élevés que la moyenne.**

Selon l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), auditionnée par les rapporteurs, **cette réforme aurait également entraîné des effets pervers en incitant à la « détarification » des services**, avec des conséquences potentiellement négatives sur le reste à charge pour les usagers.

- **La création d'une « dotation qualité »**

La LFSS pour 2022 a également créé, à compter du 1^{er} septembre 2022, une **dotation complémentaire destinée à financer des actions améliorant la qualité du service rendu à l'utilisateur** que des services à domicile, retenus à la suite d'un appel à candidatures organisé par le département, s'engagent à mettre en œuvre dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette dotation est d'un montant de **3 euros par heure en moyenne**, indexé sur l'inflation.

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 – Article 44.

² Arrêté du 30 décembre 2021 relatif au tarif minimal mentionné au I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles et fixant son montant pour 2022.

³ Cf. rapport Sénat n° 84 (2023-2024), tome II, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, déposé le 8 novembre 2023 – commentaire de l'article 48.

⁴ Arrêté du 30 décembre 2022 fixant le montant du tarif minimal mentionné au I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles pour 2023.

⁵ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 – Article 71.

La CNSA compense intégralement ce surcroît de dépenses par un nouveau concours aux départements d'un montant de 322 millions d'euros en 2023.

B. Le dispositif initial : une demande de rapport

Dans sa rédaction initiale, **l'article 8** visait à demander au Gouvernement de remettre au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, **un rapport évaluant l'organisation et les modalités de financement de l'offre de soutien à domicile**, et appréciant l'équité du soutien public et de la régulation tarifaire entre les différentes formes de services à domicile existantes, notamment entre les services prestataires, qu'ils soient associatifs ou lucratifs, les services mandataires et l'emploi direct.

Ce rapport aurait formulé des propositions pour améliorer la lisibilité et l'équité de traitement des bénéficiaires de plan d'aide APA. Il aurait également formulé des propositions pour assurer une rémunération convergente des salariés de l'aide à domicile et soutenir leur mobilité, indépendamment du statut de leur employeur.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications adoptées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission a adopté trois amendements identiques de Yannick Neuder (Les Républicains), Thibault Bazin (Les Républicains) et Isabelle Valentin (Les Républicains) visant à préciser que les services prestataires considérés pourraient être ou non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

La commission a également adopté trois amendements identiques de Pierre Dharréville (Gauche démocrate et républicaine), Justine Gruet (Les Républicains) et Thibault Bazin (Les Républicains) précisant que le rapport devrait également évaluer les modalités de mise en œuvre d'un pilotage des services autonomie à domicile par l'agence régionale de santé (ARS).

Six amendements identiques de Jérôme Guedj (Socialistes et apparentés), Sébastien Peytavie (Écologiste), Yannick Monnet (Gauche démocrate et républicaine), Justine Gruet (Les Républicains), Thibault Bazin (Les Républicains) et Olivier Falorni (Démocrate) ont ajouté que le rapport devrait formuler des propositions pour assurer l'effectivité de l'expression et de la participation des usagers à domicile.

La commission a par ailleurs adopté cinq amendements identiques d'Alexandra Martin (Les Républicains), Jérôme Guedj (Socialistes et apparentés), Jean-Pierre Taite (Les Républicains), Yannick Monnet (Gauche démocrate et républicaine) et Josiane Corneloup (Les Républicains) afin que le rapport propose également une évaluation de l'adéquation entre les formations des professionnels de l'aide à domicile et les besoins des personnes accompagnées ou susceptibles de bénéficier d'un accompagnement.

De plus, elle a adopté un amendement de Martine Étienne (La France insoumise) prévoyant que le rapport devrait aussi évaluer quantitativement et qualitativement l'adéquation entre l'offre de soutien à domicile et les besoins des personnes, des familles et des proches aidants, notamment au regard du reste à charge des personnes, du besoin en matériel et de la coordination avec les autres professionnels du secteur médico-social ou de la santé.

Enfin, la commission a adopté cinq amendements rédactionnels de la rapporteure Annie Vidal.

B. La réécriture globale de l'article en séance publique

Cet article a été **intégralement réécrit en séance publique à l'initiative du Gouvernement.**

Il prévoit désormais la possibilité de mettre en place, à compter du 1^{er} janvier 2024 et jusqu'au 31 décembre 2027, des **expérimentations relatives au financement des services à domicile** dans les départements qui en feraient la demande. Ces expérimentations feraient l'objet d'une convention signée entre le président du conseil départemental, le préfet de département et le directeur de la CNSA.

Dans ce cadre, **les départements pourraient accorder à des services autonomie à domicile (SAD), au titre de leur activité d'aide et d'accompagnement, ou à des services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), dans l'attente de leur constitution en SAD, des dotations forfaitaires en remplacement total ou partiel des tarifs horaires.**

Les départements pourraient ainsi :

- mettre en place le **forfait global** prévu à l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles par convention avec le ou les services concernés (1°) ;

- allouer tout ou partie de la « dotation qualité » sous la forme d'une **dotation populationnelle** déterminée en fonction, d'une part, des engagements relatifs à l'amplitude et à la continuité de l'accompagnement et, d'autre part, du nombre d'utilisateurs concernés par ces engagements (2°).

Les départements procéderaient à une **évaluation de ces expérimentations** au cours de leur dernière année, selon des critères fixés par arrêté. Ces critères permettraient en particulier d'évaluer l'effet des adaptations du financement des services sur la qualité de la prise en charge, sur l'équilibre économique des services et sur la qualité de vie au travail des professionnels. Les évaluations seraient transmises à la CNSA, qui procéderait à la publication de leurs résultats.

Un décret fixerait les modalités d'application de ce dispositif.

Pour la DGCS, les modes de financement expérimentés dans ce cadre pourraient permettre de prendre en compte des heures ne relevant pas de l'intervention auprès des bénéficiaires (heures dites improductives), ou de proposer des modalités alternatives de financement (financement d'une file active, dotation populationnelle). Les expérimentations pourraient aussi donner l'occasion de tester de nouveaux équilibres entre les modalités de financement existantes (comme la dotation qualité).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : réduire la durée des expérimentations

Il est heureux que le Gouvernement ait substitué, à l'Assemblée nationale, un dispositif « en dur » à la demande de rapport initiale.

Quoique susceptible de sécuriser les ressources des services autonomie à domicile, un mode de financement forfaitaire risque de conduire à une limitation de l'offre s'il ne s'accompagne pas de moyens accrus. L'abandon de la référence horaire n'allant pas de soi, le recours à l'expérimentation semble justifié.

Toutefois, pour les fédérations de l'aide à domicile, **l'heure n'est plus à une nouvelle expérimentation sur quatre ans compte tenu de la situation économique du secteur. Depuis le début des années 2010**, en effet, les services à domicile ne survivent que par l'intervention de fonds d'urgence, tel que le fonds exceptionnel mis en place fin 2023. Des réformes structurelles sont donc attendues afin de garantir la continuité de l'intervention des services auprès des publics les plus fragiles.

Compte tenu de ces réserves, la commission a adopté l'amendement **COM-199** des rapporteurs avançant le terme des expérimentations proposées au **31 décembre 2025**. La temporalité de ces expérimentations serait ainsi plus cohérente avec celle de la réforme des services autonomie à domicile¹.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Voir le commentaire de l'article 8 bis pour plus de précisions.

Article 8 bis
**Accompagnement des Ssiad dans la réforme
des services autonomie à domicile**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à aménager la transformation des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) en services autonomie à domicile (SAD). Il propose d'autoriser temporairement, pour une durée maximale de trois ans, un Ssiad à conventionner avec un service proposant des prestations d'aide et d'accompagnement à défaut de présenter une demande d'autorisation en SAD. Il prévoit en outre un délai supplémentaire pour les Ssiad obtenant un refus d'autorisation.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Une unification complexe des services à domicile

1. La restructuration en cours de l'offre de services à domicile

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a engagé une réforme de l'organisation des services d'aide et de soins à domicile. Celle-ci doit se concrétiser par **l'unification des différents types de services existants** - services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) - **dans une même catégorie de « services autonomie à domicile » (SAD)**¹.

Les SAD ont vocation à intégrer les activités de soins, d'aide et d'accompagnement et doivent répondre aux conditions minimales de fonctionnement fixées par un cahier des charges national. Ils sont autorisés sur un territoire unique, tant pour l'aide que pour les soins, et sous la forme d'une entité juridique unique.

Le décret d'application de cette réforme a été pris le 13 juillet 2023², lui permettant d'entrer en vigueur le 30 juin. À compter de cette date, il existe deux sous-catégories de services autonomie à domicile :

- des SAD « mixtes » dispensant à la fois de l'aide et des soins³ ;

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 - Article 44.

² Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L. 312-1 du même code.

³ Article L. 313-1-3 (1°) du CASF.

- des SAD « aide » ne dispensant que de l'aide¹. En cas de besoin de soins, ils devront mettre en relation les personnes accompagnées avec un professionnel de santé proposant des soins infirmiers.

Lorsqu'ils dispensent à la fois de l'aide et des soins (SAD « mixtes »), ces services bénéficient d'une **dotation de coordination** destinée à leur permettre de mettre en œuvre un fonctionnement intégré répondant aux besoins des personnes.

2. Une période transitoire à risques

Les Saad et les Spasad qui disposaient d'une autorisation au 30 juin sont désormais réputés autorisés comme SAD « aide » (pour les Saad) ou comme SAD « mixtes » (pour les Spasad). Ils disposent d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec le cahier des charges fixé par le décret du 13 juillet 2023².

Quant aux Ssiad, ils disposent d'un délai de deux ans pour s'adjoindre une activité d'aide, fusionner ou se regrouper avec un ou plusieurs service ayant une activité d'aide, et pour demander une autorisation en tant que SAD auprès de l'ARS et du conseil départemental. Pendant cette période, et dans l'attente de leur constitution en SAD, ils restent régis par les dispositions qui leur étaient applicables avant le 30 juin 2023. **Après le 30 juin 2025, l'autorisation des Ssiad qui n'auront pas déposé une telle demande d'autorisation deviendra caduque³.**

Si cette réforme est jugée vertueuse par les acteurs du secteur, le rapprochement des services se heurte en pratique à des difficultés qui peuvent se révéler désincitatives ou rendre juridiquement impossibles certaines fusions ou regroupements. Ces difficultés sont notamment liées à la complexité du paysage des services à domicile, à savoir :

- la disparité des aires d'intervention : les Ssiad sont autorisés à intervenir auprès d'un nombre limité de personnes et sur une zone géographique précise tandis que les Saad ont une autorisation à l'échelle du département ;

- la pluralité des statuts – les Ssiad existants sont majoritairement des associations à but non lucratif alors de nombreux Saad appartiennent au secteur commercial – et des conventions collectives.

D'autres freins ont été remontés à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) par les acteurs de terrain, notamment les difficultés financières des anciens Saad ou les craintes des Ssiad de disparaître en l'absence d'autorisation en SAD mixte.

¹ Article L. 313-1-3 (2°) du CASF.

² Cf. B du II de l'article 44 de la LFSS pour 2022.

³ Cf. C du II de l'article 44 de la LFSS pour 2022.

Le décret du 13 juillet 2023 prévoit cependant que les Ssiad, lorsqu'ils formulent une demande d'autorisation en SAD, **peuvent solliciter l'autorisation de constituer un SAD par convention d'une durée maximale de trois ans** avec un ou plusieurs services déjà autorisés pour l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile, dans la perspective de la constitution d'un SAD doté d'une entité juridique unique à l'issue de cette période¹.

B. La proposition d'aménager la transition pour les Ssiad

L'article 8 bis a été inséré à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement de la rapporteure Annie Vidal.

Il tend à modifier le C du II de l'article 44 de la LFSS pour 2022 afin d'aménager les dispositions transitoires applicables aux Ssiad.

1. La possibilité de conventionner avec un service proposant des prestations d'aide

Le 2° tend à permettre qu'un Ssiad puisse, à défaut de présenter dans le délai imparti une demande d'autorisation en tant que SAD, transmettre au directeur de l'agence régionale de santé (ARS) et au président du conseil départemental une **convention signée avec un ou plusieurs SAD autorisés**.

Cette convention prévoirait notamment les modalités du **fonctionnement intégré des activités d'aide et de soins**, la ou les zones d'intervention du service et les modalités envisagées de constitution d'une entité juridique unique.

Le Ssiad disposerait alors d'un **délai de trois ans**, à compter de la signature de la convention, pour constituer cette entité juridique unique et devenir un SAD autorisé à part entière. La dotation de coordination lui serait versée pendant la durée de la convention.

Il s'agit donc de **renforcer et de sécuriser le dispositif transitoire déjà prévu par l'article 5 du décret du 13 juillet 2023 (cf. supra)** en prévoyant une dérogation explicite à l'obligation de constituer un SAD dans le délai de deux ans prévu par la LFSS pour 2022.

2. La prolongation du délai en cas de refus d'autorisation en SAD

Le 2° précise également qu'en cas de refus d'autorisation du service en SAD par le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS, **le Ssiad resterait régi par les dispositions qui lui étaient applicables avant le 30 juin 2023 pour une durée maximale de trois ans** à compter de la notification de la décision de rejet, ou jusqu'à la date d'expiration de son autorisation. Pendant cette durée, il pourrait donc continuer à dispenser des soins à domicile au titre de son autorisation en cours. Il disposerait ainsi d'un délai supplémentaire pour rechercher des solutions alternatives en vue de constituer un SAD.

¹ Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 – Article 5.

Le texte prévoit également une inversion du principe du « silence vaut rejet » : **l'absence de réponse dans un délai de 6 mois à compter du dépôt de la demande vaudrait acceptation de celle-ci.**

Enfin, le 1° opère une coordination à l'article 44 de la LFSS pour 2022.

II - La position de la commission : un assouplissement bienvenu

Les aménagements proposés par cet article sont approuvés par les fédérations de l'aide à domicile : tout en soutenant la réforme des services autonomie à domicile, les acteurs du secteur sont soucieux de ne pas mettre en péril les Ssiad.

Il importe qu'en complément de ces mesures, les départements et les ARS accompagnent les services dans leur transformation.

Par ailleurs, le dispositif ne prévoit pas ce qu'il adviendrait des SAD préalablement autorisés pour une activité d'aide et d'accompagnement en cas d'échec d'une convention prévue à cet article.

Sous ces réserves, la commission a approuvé le dispositif proposé.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 9

Suppression de l'obligation alimentaire pour les petits-enfants et leurs descendants dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement

Cet article vise à mettre fin à l'application de l'obligation alimentaire à l'égard des petits-enfants et de leurs descendants en matière d'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

L'Assemblée nationale l'a complété afin de dispenser de cette obligation les enfants ayant été retirés du milieu familial sur décision judiciaire jusqu'à l'âge de dix-huit ans, ainsi que ceux dont le parent a été condamné pour des violences intrafamiliales.

La commission l'a modifié afin de conforter la compétence des départements en matière d'aide sociale à l'hébergement.

I - Le dispositif proposé

A. La mise en œuvre variable de l'obligation alimentaire en matière d'aide sociale

1. La subsidiarité de l'aide sociale à l'hébergement par rapport à la solidarité familiale

Aux termes de l'article 205 du code civil, « les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin ».

Ce principe trouve à s'appliquer en matière d'aide sociale à l'hébergement (ASH), celle-ci étant subsidiaire par rapport à la solidarité familiale.

L'aide sociale à l'hébergement

Les personnes âgées accueillies chez des particuliers ou dans un établissement (public ou privé, du secteur médico-social ou sanitaire) peuvent accéder, en fonction de leurs ressources, à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), afin d'acquitter tout ou partie de leurs frais de séjour.

L'ASH, financée par le conseil départemental, constitue **une avance qui peut être récupérée** du vivant (en cas de retour à meilleure fortune ou d'héritage) ou au décès du bénéficiaire. Les sommes versées au titre de l'aide sociale peuvent ainsi faire l'objet d'un recours sur la succession du bénéficiaire. **Le montant versé par le département correspond à la totalité des frais d'hébergement du bénéficiaire, diminués de sa participation et de la contribution éventuelle de ses obligés alimentaires.**

Fin 2020, 116 500 personnes âgées bénéficiaient de l'ASH au titre d'un hébergement en établissement, soit moins de 1 % de la population âgée de 60 ans ou plus. Elles occupent 15 % des 770 600 places d'hébergement installées en établissement pour personnes âgées au 31 décembre 2020. Parmi ces bénéficiaires, 98 900 vivaient en Ehpad.

En 2020, les dépenses brutes d'ASH en établissement des départements, après récupération auprès des bénéficiaires, de leurs obligés alimentaires et de leurs héritiers, se sont établies à 1,3 milliard d'euros¹.

Ainsi, l'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles dispose que **les débiteurs d'aliments** - enfants, gendres et belles-filles, petits-enfants et arrière-petits-enfants - **sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invités à indiquer l'aide qu'ils peuvent allouer aux postulants** et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais.

En pratique, lorsqu'une demande d'admission à l'ASH est déposée, **le président du conseil départemental fixe le montant de l'obligation alimentaire des débiteurs d'aliments en fonction de leurs ressources respectives**. Pour ce faire, il tient compte des ressources du débiteur d'aliments et de son éventuel conjoint ou concubin ainsi que de sa situation familiale.

Chaque conseil départemental dispose d'un **barème indicatif** pour déterminer la participation des obligés alimentaires en matière d'ASH. Ce barème fixe une somme au-dessous de laquelle aucune contribution alimentaire ne peut être sollicitée.

Toutefois, **la loi dispense de cette obligation**, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales, **les enfants qui ont été retirés de leur milieu familial par décision judiciaire durant une période d'au moins trente-six mois cumulés au cours des douze premières années de leur vie** ainsi que leurs descendants².

La proportion de l'aide sociale consentie par le département est fixée en tenant compte du montant de la participation éventuelle des personnes restant tenues à l'obligation alimentaire.

¹ Source : Drees, « L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées », L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, Édition 2022.

² Article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles.

2. Une mise en œuvre complexe pour les départements, potentiellement dissuasive pour les demandeurs

a) Une procédure juridiquement fragile

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) de 2011 a démontré que le régime de l'obligation alimentaire est « *source d'insécurité juridique structurelle* » des décisions des départements en matière d'ASH¹.

En effet, les départements n'ont pas compétence pour fixer la participation de chacun des obligés alimentaires par une décision unilatérale et exécutoire. À défaut d'accord entre le conseil départemental et les obligés alimentaires sur les montants individuels, la décision du département peut être à tout moment remise en cause par le juge aux affaires familiales.

Pour l'Igas, cette insécurité se combine avec une fragilité découlant de l'absence de barème national de l'obligation alimentaire. Les décisions des conseils départementaux doivent ainsi être prises avec une part d'incertitude relativement élevée.

L'Igas recommandait ainsi de donner aux conseils départementaux compétence pour fixer unilatéralement, dans le cadre d'un barème national, le montant de l'obligation alimentaire en faveur des demandeurs de l'ASH, sans faire dépendre le montant de cette obligation d'une décision du juge aux affaires familiales.

b) Des pratiques très différenciées entre départements

Les pratiques des départements sont variables dans le recours à l'obligation alimentaire à l'égard des enfants et des petits-enfants des résidents.

En particulier, **une minorité des départements pratique le recours à l'obligation alimentaire des petits-enfants**. En 2018, selon la Drees, **32 % des départements** le pratiquaient auprès des petits-enfants².

Par exemple, les conseils départementaux du Nord et du Morbihan ont indiqué aux rapporteurs qu'ils ne mettent pas en œuvre l'obligation alimentaire des petits-enfants et de leurs descendants.

En outre, le rapport de l'Igas précité relevait une forte dispersion des montants mis à la charge des obligés. Les barèmes départementaux diffèrent également quant aux modalités de prise en compte des ressources et de la situation familiale des obligés et quant à leur progressivité.

¹ Igas, Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement, mai 2011.

² Drees, « L'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées », L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, Édition 2022.

c) Une cause possible de non-recours à l'aide sociale

Selon les rapporteuses de l'Assemblée nationale, « le principe de l'obligation alimentaire est souvent considéré comme étant en décalage avec les évolutions contemporaines des structures familiales, notamment s'agissant des obligations incombant aux petits-enfants et leurs descendants. L'obligation alimentaire peut d'ailleurs constituer une cause de tension au sein même des familles, et par conséquent, de non-recours à l'aide sociale. »¹

D'après les informations transmises par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'ASH n'est aujourd'hui sollicitée que par 20 % des résidents d'Ehpad qui y sont éligibles.

Comme le relève le rapport remis l'été dernier au Gouvernement par la députée Christine Pires-Beaune sur le reste à charge en Ehpad, le recours à l'ASH entraîne, du fait de la mise en œuvre de l'obligation alimentaire, un **contrôle social important**. Toutefois, le rapport considère que « les déterminants du recours ou non à l'ASH et la bonne perception des impacts de l'ASH, de la mise en œuvre de l'obligation alimentaire ou du recours sur succession constituent largement des terra incognita »².

B. La proposition de supprimer l'obligation alimentaire en matière d'ASH pour les petits-enfants et leurs descendants

L'article 9 tend à modifier l'article L. 132-6 du code de l'action sociale et des familles afin de **mettre fin à l'application de l'obligation alimentaires à l'égard des petits-enfants et de leurs descendants** en matière d'ASH.

Ainsi, le 2° vise à préciser que, s'agissant de l'aide sociale à l'hébergement aux personnes âgées, les petits-enfants et leurs descendants sont dispensés de fournir cette aide.

Le 1° et le 3° opèrent des coordinations au même article.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications adoptées en commission

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision rédactionnelle de la rapporteure Laurence Cristol.

¹ Rapport n° 1070 de Mmes Annie Vidal et Laurence Cristol, au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, déposé le 5 avril 2023 – Commentaire de l'article 9.

² Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge, rapport à la Première ministre de Mme Christine Pires-Beaune, juin 2023.

B. Les modifications adoptées en séance publique

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Perrine Goulet (Démocrate), sous-amendé par la rapporteure, visant à **compléter le régime des dispenses de l'obligation alimentaire** :

- d'une part, **les périodes de retrait du milieu familial sur décision judiciaire pourraient être prises en compte jusqu'à l'âge de dix-huit ans** au lieu de douze ans actuellement ;

- d'autre part, **seraient également dispensés de cette obligation, sous réserve d'une décision contraire du juge aux affaires familiales, les enfants dont l'un des parents est condamné pour un crime ou une agression sexuelle commis sur la personne de l'autre parent, à l'égard du parent condamné.**

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : une mesure consensuelle mais anecdotique

L'objectif affiché de la suppression de l'obligation alimentaire des petits-enfants et de leurs descendants est de lever un frein au recours à l'ASH. Une telle mesure est toutefois qualifiée par le rapport Pires-Beaune d'anecdotique et serait sans impact dans la plupart des départements.

Du reste, il convient de préciser que cette mesure ne remettrait pas en cause l'obligation alimentaire des petits-enfants à l'égard de leurs parents dans le besoin, garantie par le code civil.

Sous ces réserves, la commission n'est pas opposée à cette évolution consensuelle.

Il conviendrait cependant, au nom du principe de solidarité familiale, de conforter le recours des départements à l'obligation alimentaire. À cette fin, la commission a adopté **l'amendement COM-201 des rapporteurs** tendant à **donner compétence aux départements pour fixer unilatéralement, dans le cadre d'un barème qu'ils déterminent, le montant de l'obligation alimentaire** en faveur des demandeurs de l'ASH, sans faire dépendre cette obligation d'une décision du juge aux affaires familiales.

La commission a également adopté l'amendement rédactionnel **COM-200** des rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 10 (supprimé)

Rapport au Parlement sur l'aide sociale à l'hébergement

Cet article visait à demander au Gouvernement la remise d'un rapport au Parlement établissant le bilan de la mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement.

L'Assemblée nationale l'a supprimé.

La commission a maintenu cette suppression.

I - Le dispositif proposé : une demande de rapport

Cet article a pour objet de demander au Gouvernement de remettre au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, un rapport établissant le bilan de la mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH)¹. Ce rapport évaluerait notamment l'opportunité de relever le seuil de recouvrement sur la succession des bénéficiaires.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

À l'Assemblée nationale, cet article a été adopté sans modification par la commission.

Il a été supprimé en séance publique par l'adoption de quatre amendements identiques de Stéphane Viry (Les Républicains), Thibaut Bazin (Les Républicains), Isabelle Valentin (Les Républicains) et Marie-Christine Dalloz (Les Républicains).

L'Assemblée nationale a supprimé cet article.

III - La position de la commission : maintenir la suppression

La suppression de cet article par l'Assemblée nationale est cohérente avec la position constante de la commission sur les demandes de rapport.

La commission a maintenu la suppression de cet article.

¹ Pour plus de précisions sur l'aide sociale à l'hébergement, le lecteur est invité à se reporter au commentaire de l'article 9.

Article 11

**Financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie
dans les forfaits soins et dépendance attribués aux Ehpad**

Cet article propose que la section soins du financement des Ehpad puisse financer, concurremment avec la section dépendance, des actions de prévention de la perte d'autonomie.

La commission l'a adopté en recentrant ce financement sur la section soins.

I - Le dispositif proposé

A. Le financement actuel des Ehpad ne prévoit pas de ligne spécifique dédiée à la prévention de la perte d'autonomie

1. La partition en trois sections du financement des Ehpad

Le financement actuel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) repose sur une répartition des charges et des ressources entre trois sections tarifaires relevant de règles et de financeurs différents¹ :

- une **section « soins »**, financée intégralement par la **branche autonomie** de la sécurité sociale *via* les agences régionales de santé (ARS) ;

- une **section « dépendance »**, financée par les **conseils départementaux** par le biais d'une prestation individuelle, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement, avec une **participation des résidents** qui représente environ un tiers du total en moyenne ;

- une **section « hébergement » financée par les résidents**, qui peuvent toutefois bénéficier à ce titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), financée par les départements, en fonction de leurs ressources.

Les dépenses de soins des Ehpad sont financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD) en faveur des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le financement de la section dépendance repose aussi en partie sur la sécurité sociale par le biais d'un **concours de la CNSA aux départements**, qui représente en moyenne 40 % des dépenses d'APA (y compris l'APA à domicile)².

¹ Article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles.

² Cette moyenne masque des disparités importantes entre départements, dont les taux de couverture en 2021 varient de 15 % à 56 %.

Dépenses couvertes par les différentes sections tarifaires¹

Section soins² <i>Tarif partiel</i>	Section dépendance	Section hébergement
Prestations de services à caractère médical, petit matériel médical et fournitures médicales	Fournitures pour incontinence	Charges d'exploitation à caractère hôtelier et d'administration générale
Rémunérations et charges sociales et fiscales afférentes des aides-soignants, des aides médico-psychologiques et des accompagnateurs éducatifs		Charges relatives à l'emploi de personnel assurant l'accueil, l'animation de la vie sociale, l'entretien, la restauration et l'administration générale
Interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmacien et d'auxiliaires médicaux (sauf les diététiciens)	Emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas	
Amortissement et dépréciation du matériel médical	Amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation	Amortissements des biens meubles et immeubles autres que le matériel médical
Médicaments, en cas de pharmacie à usage intérieur	Fournitures hôtelières, produits d'entretien, prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur	
Rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement	Charges nettes relatives à l'emploi de psychologues	Dotations aux provisions, les charges financières et exceptionnelles
<i>Tarif global</i>		
Rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux		
Certains examens de biologie et de radiologie		

Source : Commission des affaires sociales

¹ Articles R. 314-166, R. 314-176 et R. 314-179 du code de l'action sociale et des familles.

² Le résultat de l'équation tarifaire relative aux soins correspond soit à un tarif dit « global », soit à un tarif dit « partiel » selon ce qui est stipulé dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

2. La détermination des forfaits soins et dépendance

a) Le forfait soins

Le montant du **forfait global relatif aux soins** est arrêté annuellement par le directeur général de l'ARS. Il prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen - évalué à l'aide de la grille AGGIR (cf. encadré ci-dessous) -, et les besoins en soins requis des résidents - opérés à l'aide du référentiel « PATHOS » -, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente.

La grille AGGIR

La grille nationale AGGIR¹ permet de mesurer le degré de perte d'autonomie des personnes âgées, notamment des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Elle mesure les capacités de la personne âgée à accomplir :

- 10 activités corporelles et mentales, dites « activités discriminantes »,
- 7 activités domestiques et sociales, dites « activités illustratives ».

Selon son degré de perte d'autonomie, la personne évaluée est classée dans un des **six groupes iso-ressources (GIR)**, seules les personnes classées dans les GIR 1 à 4 pouvant obtenir l'APA :

- GIR 1 : personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- GIR 2 : personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, *ou* personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente ;
- GIR 3 : personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels ;
- GIR 4 : personne n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, *ou* personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas ;
- GIR 5 : personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- GIR 6 : personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

¹ Autonomie, Gérontologie, Groupe iso-ressources.

Le cas échéant, ce forfait inclut des **financements complémentaires** relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial (CRT), définis dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il peut tenir compte de l'activité réalisée. Il peut également financer des mesures de revalorisation des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits dépendance et hébergement¹.

b) Le forfait dépendance

Le montant du **forfait global relatif à la dépendance** est fixé par un arrêté du président du conseil départemental². Il est égal à la somme³ :

- du résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées par l'établissement ; ce résultat est modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité de places autorisées et financées d'hébergement permanent de l'établissement⁴ ;

- des financements complémentaires définis dans le CPOM.

3. Le projet de fusion des sections soins et dépendance

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a amorcé une réforme de ces modalités de financement en prévoyant l'expérimentation, dans vingt départements volontaires au plus, d'un régime adapté de financement des Ehpad, des petites unités de vie et des unités de soins de longue durée (USLD)⁵.

Dans ce cadre, les charges couvertes par les forfaits soins et dépendance seront financées par **un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie**. En outre, ce forfait unique pourra financer des **actions de prévention**.

Deux vagues de départements pourront entrer dans l'expérimentation, le 1^{er} janvier 2025 puis le 1^{er} janvier 2026. Celle-ci pourra être menée jusqu'au 30 décembre 2028⁶.

¹ 1^o du I de l'article L. 314-2 du CASF.

² 2^o du I de l'article L. 314-2 du CASF.

³ Article R. 314-172 du CASF.

⁴ Article R. 314-174 du CASF.

⁵ Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 – Article 79.

⁶ Voir le rapport Sénat n° 84 (2023-2024), tome II (commentaire de l'article 37), sur le projet de loi de financement pour 2024, pour plus de précisions.

B. L'intégration du financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie

L'article 11 tend à compléter l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles afin que le forfait global relatif aux soins puisse **financer**, « *concurrentement avec le forfait global relatif à la dépendance* », **des actions de prévention de la perte d'autonomie**.

Selon le rapport de l'Assemblée nationale, cette disposition vise à encourager le financement d'actions aujourd'hui uniquement prises en charge par le forfait hébergement et pourtant essentielles à la prévention de la perte d'autonomie, comme l'intervention d'éducateurs en établissement ou l'organisation d'activités relatives au sport-santé¹.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications adoptées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission a adopté un amendement de Freddy Sertin (Renaissance) précisant que les actions de prévention pouvant être financées incluraient notamment les **actions de professionnels visant à améliorer la qualité de la prise en charge** des personnes.

La commission a également adopté un amendement de précision rédactionnelle de la rapporteure Laurence Cristol.

B. Les modifications adoptées en séance publique

En séance publique, les députés ont adopté des amendements visant à inclure parmi les actions de prévention pouvant être financées :

- des **actions de prévention de la dénutrition** (amendement de Cyrille Isaac-Sibille - groupe Démocrate) ;

- des **actions de stimulation cognitive** (amendement de Cyrille Isaac-Sibille) ;

- des **actions en faveur de l'activité physique adaptée** (amendements identiques de la rapporteure Laurence Cristol et de Freddy Sertin - groupe Renaissance).

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement de Sébastien Peytavie (Écologiste) visant à remplacer l'expression « *prise en charge* » par les mots « *prise en soin et en accompagnement* ».

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Rapport n° 1070 de Mmes Annie Vidal et Laurence Cristol, au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, déposé le 5 avril 2023 - Commentaire de l'article 11.

III - La position de la commission : une ambiguïté à lever

Prévoir des financements spécifiquement fléchés vers des actions de prévention de la perte d'autonomie au sein des Ehpad est pertinent et cohérent avec le régime expérimental de financement mis en place par la LFSS pour 2024.

En revanche, **il ne semble pas opportun d'énumérer dans le texte les catégories d'actions pouvant être financées dans ce cadre** au risque de limiter les possibilités. À l'initiative des rapporteurs, la commission a donc supprimé l'énumération ajoutée par l'Assemblée nationale (**amendement COM-203**).

Par ailleurs, **la rédaction proposée est ambiguë** : alors qu'elle ne modifie pas l'alinéa relatif au forfait dépendance mais uniquement celui relatif au forfait soins, elle indique que les actions de prévention pourraient être financées « *concurrentement avec le forfait global dépendance* ».

La commission a entendu lever cette ambiguïté en **supprimant la mention du forfait dépendance** et en attribuant clairement ce financement à la section soins. Elle a donc adopté **l'amendement COM-202** des rapporteurs en ce sens.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 11 bis A

Réunion régulière des autorités compétentes en matière de contrôle des ESMS

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, prévoit que le préfet de département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental réunissent tous les quatre mois les autorités de contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article a été introduit par l'adoption d'un amendement de Jérôme Guedj et d'un sous-amendement du Gouvernement lors de la discussion du texte en séance publique à l'Assemblée nationale.

Il crée un nouvel article L. 312-7-2 au sein de la section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles, aux termes duquel le préfet de département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental ou son représentant réunissent tous les quatre mois les représentants des autorités, des établissements et des services disposant de compétences en matière de contrôle des établissements sociaux et médico-sociaux. Il est précisé qu'« *un décret définit la composition et les modalités de fonctionnement de ce comité* ».

Selon l'exposé sommaire de l'amendement ayant introduit le présent article, le dispositif proposé « *vise à renforcer le contrôle des Ehpad en mettant en place une réunion régulière rassemblant tous les quatre mois les représentants des autorités, établissements et services compétents en matière de contrôle* » et « *favorise la coordination des actions de contrôle et de prévention des risques, assurant ainsi une meilleure qualité de vie aux résidents des Ehpad* ».

II - La position de la commission

Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux par les autorités de tutelle nécessite d'assurer une coordination des services d'inspection et de contrôle qui peuvent relever de l'État, du département ou des organismes de sécurité sociale.

Dans son rapport d'information sur le contrôle des Ehpad¹, la commission des affaires sociales relevait **l'insuffisante coordination des autorités chargées du contrôle**, aux niveaux national et local : « *Outre la coordination des services de l'État une attention particulière doit être apportée à la collaboration des autorités de tarification et de contrôle que sont les ARS et les conseils départementaux. Il ressort des auditions que le niveau de coordination des missions d'inspection-contrôle entre les ARS et les conseils départementaux est hétérogène et plutôt de facture médiocre.* » La commission préconisait alors d'instaurer une réunion régulière rassemblant à la fois l'ARS, le département et les services de l'État menant des contrôles dans le secteur des Ehpad afin que leurs actions soient structurées et que l'échange d'informations s'intensifie.

Si l'objectif de renforcer la coordination des autorités de contrôle au niveau départemental doit être poursuivi, poser dans la loi une obligation de réunion tous les quatre mois ne semble pas le moyen adéquat pour y parvenir.

¹ Le contrôle des Ehpad, rapport d'information n° 771 (2021-2022) du 12 juillet 2022 fait au nom de la commission des affaires sociales par M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier.

En effet, une telle disposition **relève davantage du niveau réglementaire voire infra-réglementaire**. Les modalités d'organisation des autorités de tutelle des ESMS pour coordonner leurs actions de contrôle doivent être **laissées à l'appréciation des autorités locales** (conseil départemental, préfet, ARS) afin qu'elles puissent être **adaptées aux spécificités territoriales**. En pratique, les ARS et les conseils départementaux échangent déjà pour la programmation de leurs contrôles et le suivi des ESMS qu'ils autorisent conjointement. Des outils tels que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale¹ établis au niveau départemental peuvent également permettre aux autorités de tutelle de déterminer les modalités de coordination de l'inspection et du contrôle des ESMS. En outre, **il ne semble pas pertinent de figer dans la loi le champ des acteurs à réunir et la périodicité des réunions**, alors que ces modalités ont vocation à être adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque département.

Pour ces raisons, la commission a adopté l'amendement **COM-204** des rapporteurs tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 11 bis B

Conditionner le renouvellement de l'autorisation des ESMS à l'obtention de conclusions satisfaisantes lors des évaluations externes et des contrôles

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, propose qu'il puisse être dérogé au renouvellement par tacite reconduction de l'autorisation d'un ESMS sur la recommandation de l'évaluation externe ou si le contrôle réalisé par une des autorités compétentes le mentionne dans ses conclusions.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article a été introduit par l'adoption d'un amendement de Jérôme Guedj lors de la discussion du texte en séance publique à l'Assemblée nationale.

Aux termes de l'article L. 313-5 du code de l'action sociale et des familles, l'autorisation octroyée à un établissement social ou médico-social est réputée renouvelée par tacite reconduction sauf si, au moins un an avant la date du renouvellement, l'autorité compétente, au vu de l'évaluation externe, enjoint à l'établissement ou au service de présenter dans un délai de six mois une demande de renouvellement.

¹ Articles L. 312-4 et L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles.

Le présent article modifie ces dispositions afin qu'il soit dérogé au renouvellement par tacite reconduction **sur la recommandation de l'évaluation externe ou si le contrôle réalisé par une des autorités compétentes le mentionne dans ses conclusions**, et plus seulement au vu de l'évaluation externe.

II - La position de la commission

Les dispositions du présent article, introduites en première lecture à l'Assemblée nationale, **sont incompatibles avec celles prévues au 5° du I de l'article 12**, issues du texte déposé.

Or, **il semble préférable de conserver les dispositions du 5° du I de l'article 12** qui procèdent à une coordination permettant de viser « les évaluations » plutôt que « l'évaluation », les ESMS étant soumis à des évaluations internes et externes sur le fondement de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

En outre, les modifications prévues à ce 5° sont cohérentes avec celles proposées au 4° du I du même article 12 : alors que le premier alinéa de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit actuellement que le renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 312-8, ce 4° propose que le renouvellement soit notamment subordonné aux résultats des évaluations, dans des conditions fixées par décret.

En outre, la modification proposée par le présent article entend lier les autorités de tarification aux conclusions des évaluations et des contrôles. Or **il n'apparaît pas opportun que les décisions d'autoriser un établissement soient liées par les conclusions d'une inspection ou l'évaluation réalisée par un organisme évaluateur**, ce qui reviendrait à restreindre les compétences des autorités de tutelle. Celles-ci doivent **préserver une marge d'appréciation lors du renouvellement d'une autorisation**, en tenant compte des résultats des évaluations et, le cas échéant, en étant informées des éventuels résultats d'un contrôle qui aurait été effectué dans l'établissement.

Par ailleurs, en cas de manquement, les autorités de tarification et de contrôle disposent de pouvoirs de sanction qui peuvent aller jusqu'à la fermeture de l'établissement et qui permettent déjà de faire cesser tout dysfonctionnement grave, indépendamment de la procédure de renouvellement de l'autorisation.

La commission a donc adopté l'amendement **COM-205** des rapporteurs supprimant le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 11 bis C

**Mention du financement de l'évaluation de la qualité des ESMS
dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, propose que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des Ehpad et des établissements pour personnes handicapées comportent des clauses relatives au financement de l'évaluation de la qualité.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article a été introduit par l'adoption de deux amendements identiques de Thibault Bazin et Jérôme Guedj lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale.

Le 1° du présent article modifie le deuxième alinéa du B du IV *ter* de l'article L. 313-12 de code de l'action sociale et des familles afin de prévoir que **le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'Ehpad**, conclu avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés **comporte des dispositions relatives au financement de l'évaluation de la qualité**¹.

Le 2° du présent article modifie le premier alinéa de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles pour prévoir que **les CPOM des établissements accueillant des personnes en situation de handicap comportent également des clauses relatives au financement de l'évaluation de la qualité.**

II - La position de la commission

Afin d'assurer la bonne application des dispositifs d'évaluation de la qualité, leur coût pour les établissements et les services doit être pris en compte dans le cadre de la tarification des ESMS. Les services du ministère des solidarités ont indiqué aux rapporteurs que le coût annuel moyen pour un ESMS de l'évaluation de la qualité s'établit autour de 7 000 euros.

Régis par les articles L. 313-11 à L. 313-12-4 du code de l'action sociale et des familles, **les CPOM sont des outils de pilotage et de financement souples qui peuvent déjà comporter des stipulations relatives au financement de l'évaluation de la qualité**, ainsi que l'ont confirmé les services du ministère des solidarités aux rapporteurs.

¹ Prévus à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

En outre, **il n'apparaît pas souhaitable que la loi apporte trop de précisions au contenu des CPOM**, qui doit être négocié entre le gestionnaire et l'autorité de tutelle et respecter un cahier des charges comprenant un modèle de contrat qui est défini au niveau réglementaire, par arrêté ministériel¹.

Par ailleurs, **les règles de tarification permettent déjà de prendre en compte les charges résultant pour les ESMS de l'évaluation de la qualité de leurs prestations**. L'article L. 312-8-2 du code de l'action sociale et des familles précise également que les amortissements des évaluations dans les établissements et les services prenant en charge des personnes handicapées ou des personnes âgées dépendantes sont répartis entre les différents financeurs selon des modalités fixées par décret.

En outre, **les dispositions réglementaires du code de l'action sociale et des familles relatives au financement des Ehpad permettent de couvrir les dépenses d'évaluation de la qualité** : les tarifs afférents à l'hébergement peuvent couvrir les charges d'administration générale de l'établissement² ; le forfait global relatif à la dépendance comprend des financements complémentaires définis dans le CPOM³ ; au sein du forfait global relatif aux soins, des financements complémentaires peuvent couvrir des dépenses en faveur d'actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge⁴.

Dès lors, **la mesure proposée est satisfaite et n'apparaît pas nécessaire**. Elle ne permettra d'ailleurs pas d'apporter davantage de moyens que ceux qui sont déjà mobilisables au titre du droit en vigueur pour soutenir financièrement la mise en œuvre par les établissements et les services des obligations d'évaluation de la qualité.

En conséquence, la commission a adopté l'amendement **COM-206** des rapporteurs tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

¹ Article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

² Article R. 314-179 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article R. 314-172 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Article R. 314-163 du code de l'action sociale et des familles.

Article 11 bis D

**Réservation d'une fraction des bénéfices réalisés par les Ehpad privés
lucratifs pour financer des actions en faveur de l'amélioration
des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents**

Cet article vise à imposer aux Ehpad privés lucratifs de réserver une part de leurs bénéfices au financement d'actions en faveur de l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. L'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents d'Ehpad fait l'objet d'une attention renouvelée

À la suite du scandale Orpea¹, **les conditions d'hébergement des résidents d'Ehpad ont reçu un traitement médiatique important**, conduisant à replacer la qualité du service au centre des préoccupations. Pourtant la qualité de vie en Ehpad **fait l'objet d'un référentiel proposé par la Haute Autorité de santé (HAS) depuis 2011**. Dans sa dernière version², il se compose de quatre volets distincts :

- **le volet sur l'accueil de la personne à son accompagnement**, qui concerne la préparation, l'accueil du résident, l'élaboration et la mise en œuvre de son projet personnalisé ;

- **le volet sur le cadre de vie et la vie quotidienne**, au sujet de la vie privée du résident et de son appropriation des lieux (intimité, vie spirituelle, vie affective et intime, *etc.*) et de la vie collective des résidents entendue au sens des relations avec les professionnels ;

- **le volet sur la vie sociale des résidents en Ehpad ;**

- **le volet sur l'impact des éléments de santé sur la qualité de vie.**

Contrairement aux Ehpad publics et privés à but non lucratif sur lesquels des données agrégées des principaux postes de dépenses existent, **les données sur les Ehpad privés lucratifs sont moins nombreuses**. Les investissements étaient particulièrement mal documentés, puisque ces informations étaient **considérées comme relevant du secret des affaires**. Par conséquent, les Ehpad produisaient des documents budgétaires³ simplifiés.

¹ Révélé par le livre d'enquête du journaliste Victor Castanet, Les Fossoyeurs.

² HAS, Programme Qualité de vie en Ehpad – Recommandation de bonnes pratiques, 2018.

³ Notamment l'état des prévisions de recettes et de dépenses et l'état réalisé des recettes et des dépenses.

Le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles **a supprimé ces états simplifiés**. De ce fait, ces établissements produiront à partir de l'exercice 2023 des documents complets, au même titre que les Ehpad publics et privés non lucratifs. Les données sur les investissements réalisés par les Ehpad commerciaux **seront ainsi disponibles à la clôture de l'exercice 2023**.

B. Le dispositif proposé

Le présent article résulte de l'adoption d'un **amendement du Gouvernement** lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale. Il introduit une mesure de régulation économique du secteur des Ehpad privés en posant le principe d'un fléchage des bénéfices.

Le I propose de créer un **nouvel article L. 315-20** dans le code de l'action sociale et des familles, qui conduit à ce que les Ehpad privés à but lucratif, ainsi que leurs organismes gestionnaires, **réservent une fraction des bénéfices** réalisés sur le dernier exercice clos à la constitution d'un fonds propre à l'établissement, **destiné exclusivement au financement d'actions en faveur de l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents**. Il renvoie à un décret en Conseil d'État la détermination de cette fraction, qui ne peut être supérieure à 10 % des bénéfices, ainsi que des activités pouvant être financées par le fonds et des modalités de contrôle de ces investissements.

Le II précise que l'entrée en vigueur de cette obligation serait fixée par décret, et interviendrait au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

II - La position de la commission

Les rapporteurs s'étonnent qu'un dispositif aux conséquences aussi importantes ait été proposé par le Gouvernement au stade de la séance publique, sans faire l'objet de la moindre justification étayée. En l'état, il **conduirait à revenir sur le principe de libre affectation des bénéfices d'une entreprise privée**, et comporte donc un **risque constitutionnel élevé**.

Si **une telle obligation** d'affecter une part de ses bénéfices au financement d'actions en particulier peut exister pour des entreprises dans d'autres domaines, notamment dans le secteur audiovisuel, elle **s'applique toujours de manière égale aux entreprises qui se trouvent dans la même situation**. Or, en l'absence de données sur le niveau d'investissement d'actions en faveur de l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents pour les Ehpad privés à but lucratif, **rien ne permet d'indiquer qu'ils y consacrent moins que les Ehpad publics ou associatifs**. Par ailleurs, les groupements d'Ehpad privés auditionnés indiquent déjà consacrer plus de 10 % de leurs bénéfices à de telles actions.

Face à une **disposition d'affichage** de nature à jeter un trouble sur la confiance placée dans le secteur privé par les investisseurs au moment où l'offre de places en Ehpad doit augmenter, et dont la constitutionnalité est loin d'être assurée, la commission a, sur proposition de ses rapporteurs, adopté les amendements identiques **COM-207** et **COM-77 de suppression de cet article**.

La commission a supprimé cet article.

Article 11 bis E

Droit des résidents d'accueillir leur animal domestique

Cet article vise à garantir aux résidents d'Ehpad un droit opposable à l'accueil de leur animal domestique.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement visant à renvoyer au règlement d'établissement la définition des conditions d'accueil de l'animal domestique d'un résident d'Ehpad.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. L'accueil des animaux domestiques des résidents d'Ehpad est régi par le règlement d'établissement

• En l'absence de disposition concernant le statut des animaux domestiques dans les Ehpad, c'est le règlement de fonctionnement¹ de l'établissement, parfois appelé **règlement intérieur**, qui précise le plus souvent le régime existant, ou à défaut une décision d'acceptation ou de refus du directeur de l'établissement. Selon le recensement effectué par la fondation 30 millions d'amis, si seuls 30 % des Ehpad acceptaient les animaux domestiques des résidents il y a encore quelques années, **ils seraient aujourd'hui 50 %**. Cette possibilité est le plus souvent conditionnée, d'une part à la situation de l'animal, qui doit être tatoué, vacciné et vermifugé, et d'autre part à la **capacité de son maître à assurer seul son hygiène et son bien-être**² et à éviter les nuisances pour les autres résidents (abolements, morsures, déjections, etc.).

À défaut, l'essentiel des établissements acceptent la **possibilité que les visiteurs d'un résident soient accompagnés d'un animal**, et un grand nombre d'établissements mettent également à la disposition des résidents **un ou des « animaux de collectivité »**, dont l'entretien est assuré par le service, que ce soit sur une base informelle ou dans le cadre d'un projet d'établissement.

¹ Article R. 311-33 du code de l'action sociale et des familles.

² Et notamment de ne pas aboutir aux maltraitances prosrites par l'article L. 214-3 du code rural et de la pêche maritime.

• L'attention particulière des Ehpad à la problématique des animaux de compagnie des résidents s'explique par l'importance que revêt cette séparation dans le bouleversement des repères des résidents qui intervient lors de leur admission en établissement. L'impossibilité de conserver l'animal, qui constitue parfois leur source principale d'interaction quotidienne depuis plusieurs années, est alors vécue comme une dépossession.

Par ailleurs, il est reconnu que les animaux de compagnie ont un **rôle positif sur la santé et le moral des personnes âgées**, notamment dans le cas des résidents atteints par le syndrome d'Alzheimer. Cette présence est à la fois **source d'affection et de stimulation, mais favorise également les contacts** sociaux ainsi que la perception positive de soi-même.

Les bienfaits de la médiation animale¹ en Ehpad

Dès 2009, la Haute Autorité de santé (HAS) a invité au **développement - et à l'évaluation - de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses** au contact des personnes en perte d'autonomie², telles que la musicothérapie, les ateliers d'éveil des sens, l'aromathérapie ou encore la médiation animale.

Parmi celles-ci, la médiation animale est de plus en plus développée dans les Ehpad. Elle permet d'améliorer la santé physique et psychique des résidents d'Ehpad grâce à la médiation d'animaux amenés à leur rencontre afin de poursuivre un but thérapeutique. Il peut s'agir de favoriser les interactions sociales, de stimuler la motricité fine ou la cognition, de diminuer l'anxiété ou encore d'encourager l'expression psycho-affective.

B. La création proposée d'un droit opposable à l'accueil de l'animal domestique des résidents d'Ehpad

Le présent article a été introduit par l'adoption d'un amendement de Philippe Juvin lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale.

Il garantit pour les résidents d'Ehpad l'accueil de leur animal domestique, et impose aux établissements de prendre les dispositions nécessaires à cet accueil selon des modalités définies par décret pris en Conseil d'État.

¹ Parfois appelée zoothérapie, ou encore thérapie assistée par l'animal, la médiation animale a été développée dès les années 1950 par le pédopsychiatre américain Boris Levinson.

² HAS, Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement, 2009.

II - La position de la commission

Les rapporteurs sont particulièrement sensibles à l'importance des animaux de compagnie dans le quotidien des personnes en perte d'autonomie, et *a fortiori* au déchirement que peut représenter l'admission dans un Ehpad qui ne les accepte pas.

Cependant, s'ils saluent l'humanité et l'engagement du personnel des établissements qui acceptent les animaux domestiques, les rapporteurs soulignent les **risques qu'il y aurait à en faire un droit opposable aux directeurs d'établissements**. D'abord parce que la présence d'animaux domestiques en Ehpad peut poser de **nombreuses questions, en termes de risque sanitaire** (allergies, hygiène, chutes voire morsures) **ou de responsabilité civile des résidents**. Mais surtout parce que la rédaction retenue ne **prend pas en compte la capacité des résidents à assurer seuls les besoins de leur animal de compagnie**, faisant de fait reposer cette responsabilité sur le personnel des Ehpad dont l'activité est déjà trop chargée.

Par conséquent, les rapporteurs **proposent de transformer ce droit opposable en une obligation, précisée par voie réglementaire, de l'établissement de définir les conditions dans lesquelles un animal domestique peut être accueilli**.

Un amendement COM-208 a été adopté par la commission en ce sens.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 11 bis F

Expérimentation d'un quota minimal de chambres réservées à l'accueil exclusif de nuit

Cet article vise, à titre expérimental, à permettre la mise en place d'un quota minimal de chambres réservées à l'accueil exclusif de nuit dans les Ehpad.

La commission a adopté cet article en étendant cette expérimentation aux résidences autonomie.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. L'accueil de nuit dans les Ehpad, qui offre une solution de répit pour les proches aidants, est encore peu développé

1. La consécration d'un droit au répit des proches aidants

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)¹, en 2016, **3,9 millions de personnes aidaient** de façon régulière au moins un de **leur proche âgé de 60 ans ou plus**.

¹ Drees, enquête « CARE » auprès des aidants (2015-2016).

Ce rôle peut recouvrir une **aide à la vie quotidienne**, un **soutien moral** ou bien une **aide financière ou matérielle**.

Pour reconnaître cet engagement, sans pour autant le confondre ni l'assimiler à celui des intervenants professionnels, **la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015¹ a consacré ce rôle** à l'article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles. Le proche peut donc être le conjoint, le partenaire ou le concubin, un parent ou un allié de la personne âgée, ou encore une personne qui réside avec elle ou entretient avec elle des liens étroits et stables, qui *« lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne »*.

Afin de mieux concilier les contraintes de l'aidant avec sa vie personnelle et professionnelle, mais aussi de limiter les risques concernant son état de santé et ses souffrances psychiques, la loi précitée a **également conduit à la création d'un « droit au répit » pour ces derniers²**. Celui-ci s'inscrit dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et ouvre droit à des dispositifs répondant à des besoins de répit, et est évalué par l'équipe médico-sociale qui veille à ce que les solutions proposées soient *« adaptés à la personne aidée »*. Ces solutions peuvent notamment prendre la forme :

- **d'un relais ou d'un soutien à l'extérieur du domicile**, dans le cadre d'un accueil de jour ou de nuit, d'un hébergement en famille d'accueil ou en maison de répit par exemple ;
- **d'un relais et d'un accompagnement au domicile de la personne aidée**, sous la forme de baluchonnage, de répit à domicile ou d'aide la nuit ;
- **de moments privilégiés en dehors de leur quotidien dans le cadre de vacances ou de séjours de répit**.

2. L'accueil de nuit en Ehpad est encore peu développé

Proposé par un Ehpad ou une résidence autonomie, **l'accueil de nuit** peut s'étendre du dîner au petit-déjeuner, et **permet à la personne en perte d'autonomie vivant à domicile de se maintenir dans son environnement habituel en journée**, tout en bénéficiant de l'accompagnement d'un établissement dans certains actes de sa vie quotidienne, permettant aussi de soulager ses proches aidants (lever et coucher, prise du repas, toilette, etc.).

¹ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

² Article L. 232-3-2 du code de l'action sociale et des familles.

Contrairement à l'accueil de jour en Ehpad, qui a connu un bon développement ces dernières années, **l'offre d'accueil de nuit demeure très faible** pour les personnes en perte d'autonomie et leurs aidants. Selon la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), seules **quelques centaines de places** d'accueil de nuit seraient autorisées par les agences régionales de santé (ARS). Cela **s'explique notamment par l'absence de modèle économique dédié**, alors que le financement ne peut être exclusivement fondé sur l'activité, qui est par nature plus fluctuante que dans l'hébergement complet.

B. L'expérimentation d'un quota minimal de chambres réservées exclusivement à l'accueil de nuit

Le présent article a été introduit par l'adoption d'un amendement de Pascal Lecamp (groupe Modem) lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale.

Le I permet à l'État, à **titre expérimental pendant deux ans** à compter du 1^{er} janvier 2024, de **mettre en place un quota minimal de chambres réservées à l'accueil exclusif de nuit dans les Ehpad**.

Le II renvoie à un décret la définition des modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, et la liste des territoires concernés.

Le III dispose que le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation dans les six mois précédent le terme de l'expérimentation.

Le IV consiste en un gage de la perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale.

II - La position de la commission

L'accueil de nuit représente une solution de répit essentielle pour les proches aidants, et son faible développement justifie la mise en place d'une expérimentation afin, notamment, de mieux cerner les leviers permettant d'en augmenter l'offre.

Les rapporteurs considèrent en revanche que cette expérimentation gagnerait à être étendue aux résidences autonomie, dans lesquelles l'offre d'accueil de nuit souffre des mêmes limites.

La commission a adopté un amendement des rapporteurs **COM-209** procédant à cette extension et modifiant la date de début de l'expérimentation compte tenu du calendrier de l'examen de la présente proposition de loi.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 11 bis

Renforcement du rôle du médecin coordonnateur en Ehpad

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, propose de renforcer le rôle du médecin coordonnateur en Ehpad et en unité de soins de longue durée (USLD) en confortant ses missions et en autorisant sa désignation comme médecin traitant par les résidents.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Les missions du médecin coordonnateur récemment confortées

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a conforté le rôle du médecin coordonnateur en lui conférant, en articulation avec le médecin traitant, un **pouvoir de prescription en dehors des situations d'urgence** vitale ou de survenue de risques exceptionnels¹. Tirant la conséquence de cette augmentation des missions, la réglementation a récemment augmenté le temps minimal requis de médecin coordonnateur dans les Ehpad².

Les missions du médecin coordonnateur en Ehpad

L'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles prévoit une partie des missions du médecin coordonnateur en Ehpad, et renvoie au décret³ la définition de ses autres missions. Dans sa version en vigueur avant la promulgation de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels⁴, il s'agissait notamment de :

• pour les résidents,

- l'adaptation des prescriptions de médicaments aux impératifs gériatriques ;
- la prescription médicale pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ;
- tout acte lorsque le médecin traitant du résident n'est pas en mesure d'intervenir ;

¹ Article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

² Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur. Le temps minimal est désormais fixé à 0,8 ETP contre 0,6 précédemment dans les structures d'au moins 100 places, et à 1 ETP contre 0,8 précédemment dans les structures d'au moins 200 places.

³ Article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite loi Valletoux.

- **pour le service et les équipes soignantes,**
 - l'encadrement médical de l'équipe soignante ;
 - l'évaluation de la dépendance des résidents ;
 - la coordination d'une évaluation gériatrique ;
 - la coordination de l'intervention des professionnels.

La loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels a poursuivi la revalorisation de la fonction de médecin coordonnateur. Son article 12 a modifié à nouveau l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, en rehaussant au niveau législatif le rôle d'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement d'une part, et en **permettant explicitement d'assurer le suivi médical des résidents qui le souhaitent d'autre part**. Dans le cas où le médecin coordonnateur assure un tel suivi, il **peut être désigné comme médecin traitant du résident**¹. Il s'agit ainsi de répondre à la difficulté des résidents à accéder à un médecin traitant en Ehpad et en USLD.

B. Le dispositif proposé

L'article 11 *bis* a été inséré en commission à l'Assemblée nationale par un amendement de Bastien Marchive et de plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance, et fait l'objet de deux amendements rédactionnels par la rapporteure en séance publique.

Il vise à répondre à la demande d'un meilleur suivi médical des résidents, en proposant de permettre au médecin coordonnateur d'assurer le rôle de médecin traitant des résidents qui le souhaitent. **Son dispositif emporte les mêmes effets juridiques que l'article 12 de la loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels précitée.**

II - La position de la commission

Le recouvrement partiel des calendriers législatifs des propositions de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial et portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France a conduit à ce que le présent article soit introduit dans les deux textes.

Ayant été adopté dans une forme similaire dans le cadre de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, **le présent article est donc d'ores et déjà satisfait.**

¹ Dans les conditions prévues à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

C'est pourquoi la commission a supprimé cet article en adoptant l'amendement COM-210 des rapporteurs.

La commission a supprimé cet article.

Article 11 ter

Renforcement des procédures d'injonction et d'astreinte envers les ESMS ne respectant pas les règles du code de l'action sociale et des familles

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à rendre obligatoire le prononcé d'injonction et d'astreinte à l'encontre des établissements et services sociaux et médico-sociaux ne respectant pas la réglementation ou dont le fonctionnement présente des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article a été introduit en commission par l'adoption d'un amendement de Patrick Hetzel. Lors de la discussion en séance publique, les députés ont adopté cet article modifié par deux amendements rédactionnels de la rapporteure Laurence Cristol.

- Aux termes de l'article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles, **l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation contrôle l'application de la réglementation par les établissements et services sociaux et médico-sociaux et lieux de vie et d'accueil** et par les autres services de leurs organismes gestionnaires qui concourent, dans le cadre de l'autorisation, à la gestion desdits établissements, services et lieux de vie et d'accueil.

Pour les ESMS relevant d'une **autorisation conjointe**, tels que les Ehpad, **les contrôles sont effectués de façon séparée ou conjointe** par les agents relevant du conseil départemental et ceux relevant du préfet ou de l'agence régionale de santé.

En outre, quelle que soit l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation, les ESMS ainsi que les personnes morales qui en sont gestionnaires sont soumis au **contrôle des membres de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et de l'inspection générale des finances (IGF)**. Les personnes morales qui exercent, directement ou indirectement, le contrôle exclusif ou conjoint des personnes morales gestionnaires des ESMS ainsi que les autres personnes morales qu'elles contrôlent et qui concourent à la gestion de ces ESMS ou leur fournissent des biens et services sont également soumises au contrôle de l'Igas et de l'IGF.

Les pouvoirs de sanction des autorités de contrôle sont définis à l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles. Ces dispositions sont issues de l'ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018¹ et ont été modifiées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023².

Cet article L. 313-14 prévoit que lorsque les conditions d'installation, d'organisation ou de fonctionnement des ESMS méconnaissent la réglementation en vigueur ou présentent des risques susceptibles d'affecter la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées ou le respect de leurs droits, **l'autorité de contrôle peut enjoindre au gestionnaire d'y remédier**, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché. Elle en informe le conseil de la vie sociale quand il existe et, le cas échéant, le préfet ainsi que le procureur de la République dans le cas des établissements et services accueillant des majeurs bénéficiant d'une mesure de protection juridique. **L'autorité compétente peut également prévoir les conditions dans lesquelles le responsable de l'ESMS assure l'affichage de l'injonction à l'entrée de ses locaux.**

Cette injonction peut inclure des mesures de réorganisation ou relatives à l'admission de nouveaux bénéficiaires et, le cas échéant, des mesures individuelles conservatoires, en application du code du travail ou des accords collectifs.

S'il n'a pas été satisfait à l'injonction dans le délai fixé et tant qu'il n'est pas remédié aux risques ou aux manquements en cause, **l'autorité compétente peut prononcer**, à l'encontre de la personne physique ou morale gestionnaire de l'ESMS, **une astreinte journalière et l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation relevant de ladite autorité.** L'astreinte journalière, dont le montant est proportionné à la gravité des faits, ne peut être supérieure à 1 000 euros par jour et la durée de l'interdiction, également proportionnée à la gravité des faits, ne peut excéder trois ans.

Une sanction financière peut en outre être prononcée en cas de méconnaissance de la réglementation. Son montant est proportionné à la gravité des faits constatés et ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé, en France et dans le champ d'activité en cause, par le gestionnaire lors du dernier exercice clos. À défaut d'activité permettant de déterminer ce plafond, le montant de la sanction financière ne peut être supérieur à 100 000 euros.

Lorsque la sanction financière est susceptible de se cumuler avec une amende pénale infligée à raison des mêmes faits, le montant global des

¹ Ordonnance n° 2018-22 du 17 janvier 2018 relative au contrôle de la mise en œuvre des dispositions du code de l'action sociale et des familles et de l'article L. 412-2 du code du tourisme et aux suites de ce contrôle.

² Articles 62, 63 et 64 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

amendes et sanctions financières prononcées ne dépasse pas le maximum légal le plus élevé.

S'il n'est pas satisfait à l'injonction dans le délai fixé, **l'autorité compétente peut également désigner un administrateur provisoire** pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois, renouvelable une fois. Celui-ci accomplit, au nom de l'autorité compétente et pour le compte du gestionnaire, les actes d'administration urgents ou nécessaires pour mettre fin aux difficultés constatées. Il dispose à cette fin de tout ou partie des pouvoirs nécessaires à l'administration et à la direction de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil, dans des conditions précisées par l'acte de désignation.

• **Le présent article modifie l'article L. 313-14 précité afin d'ajuster les procédures d'injonction et d'astreinte** applicables à la suite de manquements constatés lors du contrôle d'un ESMS.

Le *a* du 1° propose que l'autorité de contrôle, lorsqu'elle constate un manquement dans un ESMS, **enjoigne au gestionnaire d'y remédier** alors que le droit en vigueur prévoit qu'elle puisse prononcer une injonction. Il propose en outre que **l'autorité de contrôle prévoie les conditions d'affichage de l'injonction** par le gestionnaire de l'ESMS, alors que la loi dispose aujourd'hui que l'autorité de contrôle peut prévoir ces conditions.

Alors qu'il est actuellement prévu **que l'injonction puisse inclure des mesures de réorganisation** ou relatives à l'admission de nouveaux bénéficiaires et, le cas échéant, des mesures individuelles conservatoires, en application du code du travail ou des accords collectifs, le *b* du 1° prévoit que **l'injonction inclue ces mesures**.

Le *c* du 1° propose que **l'injonction dresse également la liste des travaux de mise en conformité, d'entretien ou d'amélioration qui s'imposent**, afin de garantir l'effectivité de la prise en charge des personnes accueillies ou accompagnées.

Le *a* du 2° prévoit que **l'autorité de contrôle prononce une astreinte et l'interdiction de gérer toute autre autorisation** à l'encontre du gestionnaire de l'ESMS qui n'a pas satisfait à l'injonction dans le délai fixé et tant qu'il n'est pas remédié aux risques ou aux manquements en cause, alors que **l'autorité de contrôle peut actuellement prononcer cette astreinte et l'interdiction de gérer toute nouvelle autorisation**.

Enfin, le *b* du 2° supprime les dispositions qui, d'une part, prévoient que l'astreinte journalière, dont le montant est proportionné à la gravité des faits, ne peut être supérieure à 1 000 euros par jour et, d'autre part, prévoient que la durée de l'interdiction est proportionnée à la gravité des faits et ne peut excéder trois ans.

II - La position de la commission

Afin d'assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge des personnes accueillies et accompagnées par les ESMS, il est nécessaire de donner aux autorités chargées du contrôle de ces établissements et services les moyens de faire cesser tous manquements ou irrégularités constatés lors d'un contrôle. **Les sanctions doivent être à la fois suffisamment dissuasives et adaptées au manquement constaté**, afin d'assurer la qualité de la prise en charge sans compromettre le fonctionnement des ESMS en cas d'irrégularité de faible gravité.

C'est pourquoi, à la suite de « l'affaire Orpea », **les dispositions relatives à la transparence financière et au contrôle des ESMS ont été significativement renforcées**. Le décret n° 2022-734 du 28 avril 2022¹ a renforcé les obligations de transmission d'informations financières et budgétaires pesant sur les gestionnaires d'établissements, et plus particulièrement ceux du secteur privé lucratif. Pour ces derniers, les obligations de présentation de leurs comptes ont également été renforcées.

La LFSS pour 2023² a étendu les prérogatives de contrôle des autorités de tutelle et renforcé les procédures de sanction. Elle a notamment permis aux ARS d'organiser des missions de contrôle sur l'ensemble des activités d'un groupe multi-gestionnaire, que les établissements et services soient ou non implantés sur son territoire. Elle a **étendu les prérogatives d'inspection et de contrôle de l'Igas et de l'IGF** aux sièges des groupes gestionnaires d'ESMS. **Les compétences des juridictions financières ont également été étendues** aux sièges sociaux et services communs des personnes morales sous l'égide desquelles la gestion des établissements et services est organisée ainsi qu'à la globalité des produits et des charges d'un établissement ou d'un service et notamment aux recettes d'hébergement des établissements ainsi qu'aux prestations annexes et suppléments parfois facturés aux usagers. La LFSS pour 2023 a également **rehaussé les montants plafonds des astreintes journalières** (de 500 euros à 1 000 euros) **et des sanctions financières** (de 1 % à 5 % maximum du chiffre d'affaires) pouvant être prononcées à l'encontre des ESMS.

Ce cadre récemment renforcé semble robuste pour assurer le contrôle effectif des ESMS sur l'ensemble de territoire. **Il doit dorénavant être appliqué** en dotant les autorités de contrôle des moyens nécessaires à l'exercice de leur mission.

¹ Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Articles 62, 63 et 64 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Les procédures de contrôle et de sanction que le présent article propose de modifier ne sont pas apparues, lors du renforcement des mesures de contrôle opéré en 2022, comme constituant un obstacle à l'effectivité du contrôle des ESMS.

Le Gouvernement a annoncé en 2022 un plan de contrôle de 7 500 Ehpad en deux ans. Entre le 1^{er} janvier 2022 et le 30 septembre 2023, 3 146 Ehpad ont été contrôlés sur place ou sur pièces. Ces contrôles ont notamment donné lieu au prononcé de 1 355 injonctions, de 9 589 prescriptions et 11 318 recommandations. À la suite des injonctions prononcées, 4 décisions de suspension d'activité, 10 décisions de mise sous administration provisoire et 4 décisions de cessation définitive d'activité ont été prises¹.

Les dispositions en vigueur en matière d'injonction et d'astreinte offrent aux autorités de contrôle une marge d'appréciation pour adapter et proportionner les mesures de sanctions à la gravité des faits constatés. Dès lors, **rendre impératif des mesures qui peuvent aujourd'hui être prononcées à titre facultatif risque d'affaiblir la portée des contrôles et de contrevenir à la nécessaire proportionnalité des sanctions prononcées.**

L'obligation de prononcer une injonction pour tout manquement risquerait de multiplier les procédures d'injonction et d'astreinte pour des cas où elles ne sont pas justifiées ce qui **diluerait les moyens alloués au contrôle et nuirait, in fine, à l'effectivité des contrôles** et à la lutte contre les dysfonctionnements graves.

Surtout, les mesures proposées, qui entendent rendre obligatoire le prononcé d'injonctions et d'astreinte et qui suppriment le plafonnement des montants des astreintes et des durées d'interdiction **risquent de présenter un caractère disproportionné** à la nature du manquement. En effet, les autorités de contrôle sont tenues d'appliquer des sanctions graduées et proportionnées aux manquements constatés. Des prescriptions peuvent ainsi être prononcées pour des manquements de plus faible gravité, alors que le prononcé d'injonctions est réservé aux irrégularités plus importantes. Rendre automatique le prononcé d'injonctions et **d'astreinte contreviendrait ainsi au principe de proportionnalité des sanctions**. Le prononcé d'injonctions ou d'astreinte est également soumis à **une procédure contradictoire préalable**, sur le fondement du régime de droit commun des sanctions administratives², **qui ne pourrait être appliquée sur le fondement des dispositions proposées.**

¹ Informations communiquées aux rapporteurs par les services du ministère des solidarités.

² Article L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration.

En outre, **le présent article pourrait fragiliser le fonctionnement de certains établissements**. Lors de l'examen en commission de l'amendement qui a introduit le présent article, la rapporteure de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a pointé ces risques, considérant qu'il convenait de « *laisser un peu de souplesse, sur le plan administratif, pour éviter des fermetures ou des difficultés qui dégraderaient le bien-être des résidents. Laissons aux autorités compétentes une marge de manœuvre.* » Elle a en outre indiqué que « *l'automatisme des sanctions que [l'auteur de l'amendement réclamait] risque de mettre en danger des établissements qui fonctionnent très bien* »¹.

Par ailleurs, la disposition proposée selon laquelle l'injonction doit dresser la liste des travaux, d'entretien et de mise en conformité qui s'imposent est **satisfaite** par le droit en vigueur, qui prévoit que l'injonction peut comporter des mesures de réorganisation.

Enfin, la loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi², qui a profondément renforcé le cadre applicable aux contrôles des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), a retenu une rédaction analogue à celle en vigueur pour le régime des injonctions et des astreintes qui peuvent être prononcées à l'encontre des ESMS. Ainsi, l'article 18 de cette loi dispose que le président du conseil départemental et le préfet **peuvent** prononcer des injonctions et des astreintes à l'encontre des gestionnaires d'EAJE en cas de manquement.

En conséquence, **les rapporteurs considèrent que les dispositions proposées n'apportent pas d'amélioration au cadre actuellement applicable pour le contrôle des ESMS et qu'elles présentent des risques au regard de la nécessité de laisser des marges de manœuvre aux autorités de contrôle et d'assurer la proportionnalité des sanctions** à la gravité des faits constatés, dans le respect des procédures applicables aux sanctions administratives. L'effectivité des contrôles, pour assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge des personnes, doit passer par l'application des dispositions en vigueur et le renforcement des moyens alloués aux missions d'inspection et de contrôle.

Dès lors, la commission a adopté l'amendement **COM-211** des rapporteurs tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

¹ Assemblée nationale, rapport n° 1070 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France, par Mmes Annie Vidal et Laurence Cristol, 5 avril 2023.

² Article 18 de la loi n° 2023-1196 du 18 décembre 2023 pour le plein emploi.

Article 11 quater
**Mesures en faveur de l'amélioration de la santé nutritionnelle
des résidents d'Ehpad**

Cet article vise à obliger les Ehpad à consulter leurs résidents sur le respect de la qualité des repas servis, et à respecter un cahier des charges spécifique.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. La qualité nutritionnelle des repas délivrés aux résidents d'Ehpad fait l'objet de normes spécifiques à cette forme de restauration collective

Les Ehpad sont concernés par la législation propre à la restauration collective instaurée par la loi Egalim¹. Ainsi l'article L. 230-5 du code rural et de la pêche maritime dispose que, au même titre que les services de restauration scolaire, universitaires ou de santé, les établissements sociaux et médicaux sociaux (ESMS) sont « *tenus de respecter des règles, déterminées par décret, relatives à la qualité nutritionnelle des repas qu'ils proposent et de privilégier, lors du choix des produits entrant dans la composition de ces repas, les produits de saison* ». En cas de non-respect constaté par les agents habilités, l'autorité administrative compétente peut mettre en demeure le gestionnaire de respecter ces règles, et le cas échéant ordonner des actions de formation du personnel.

Des normes sont également prévues spécifiquement concernant les repas dans les ESMS :

- **concernant la qualité nutritionnelle des repas**², en imposant un nombre de plats proposés, des exigences en matière de taille des portions, mais également l'adaptation aux habitudes alimentaires des résidents et aux exigences adaptées à leur âge ou handicap ;

- **concernant la fréquence des repas**³, en imposant la présence de trois repas, d'un goûter et d'une collation nocturne.

Pour les seuls Ehpad, la qualité nutritionnelle des repas fait également l'objet de nombreuses initiatives. Les normes présentées ci-dessus ne sont pas exclusives des cahiers des charges locaux qui peuvent exister. En outre, la nutrition est également un axe de travail investi par les agences régionales de santé (ARS) au travers des plans régionaux de santé, ou par les gestionnaires d'établissements eux-mêmes.

¹ Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous.

² Article D. 230-29 du code rural et de la pêche.

³ Annexe 2-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, **l'adaptation du projet d'accompagnement aux risques de dénutrition**, de malnutrition ou de déglutition auxquels le résident est confronté fait partie des critères mobilisés par le *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*¹.

B. Le dispositif proposé

Le présent article, introduit par l'adoption d'un amendement de la rapporteure Laurence Cristol, a pour objectif d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas proposés aux résidents des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Il a fait l'objet d'un amendement de rédaction globale de la part de la rapporteure en séance publique.

Le 1° A modifie l'article L. 230-5 du code rural et de la pêche maritime afin de renvoyer spécifiquement à un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'alimentation la fixation, **par un cahier des charges, des règles spécifiques à la quantité et à la qualité nutritionnelle des repas proposés en Ehpad.**

Le 1° étend aux Ehpad l'obligation existant pour les services de restauration collective scolaire et universitaire ainsi que ceux des établissements d'accueil des enfants de moins de six ans, **d'informer et de consulter régulièrement les usagers sur le respect de la qualité alimentaire et nutritionnelle des repas servis.**

II - La position de la commission

La qualité et la quantité des apports nutritionnels des repas proposés aux résidents des Ehpad est essentielle pour s'assurer du bien-être et de la santé de ces derniers. Les rapporteurs ont constaté durant leurs auditions que cette question fait l'objet d'un effort sensible de la part de l'ensemble des acteurs du secteur, et notamment dans la meilleure prise en compte des risques de dénutrition, de malnutrition ou de déglutition des personnes en perte d'autonomie.

Cependant il ne semble pas souhaitable d'aboutir à un cahier des charges spécifique aux seuls Ehpad, alors même que leurs résidents peuvent avoir des besoins communs avec de nombreux autres ESMS. Par ailleurs, les auditions menées semblent indiquer que, **plus que la qualité nutritionnelle des repas qui est déjà régie par des normes exigeantes, c'est la prise effective des repas par les résidents qui doit faire l'objet d'un effort particulier.** En effet, le temps consacré par résident par le personnel est souvent insuffisant pour s'assurer que le repas est correctement pris, à température, sans risque de fausse route. Cette préoccupation renvoie aux questions du financement et de l'encadrement dans les Ehpad qui, par le choix du Gouvernement, ont été repoussées à un autre véhicule législatif.

¹ HAS, Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2022.

C'est pourquoi, à l'initiative de ses rapporteurs, la commission a adopté l'amendement **COM-212** de suppression de cet article.

La commission a supprimé cet article.

Article 11 quinquies

**Rapport au Parlement sur la mise en place
d'un taux d'encadrement minimal dans les Ehpad**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement la remise d'un rapport sur la mise en place d'un taux d'encadrement minimal dans les Ehpad.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : une demande de rapport

Cet article a été inséré en commission à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement de Didier Martin (Renaissance), et a fait l'objet d'un amendement rédactionnel de la part de la rapporteure Laurence Cristol.

Il vise à demander au Gouvernement la remise au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, d'un **rapport sur l'opportunité de créer un taux d'encadrement minimal dans les établissements et services de santé** relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ce rapport entendrait **évaluer la faisabilité d'une des propositions de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale¹ tendant à définir un ratio minimal opposable de personnels**, exprimé en équivalent temps plein (ETP), « au chevet »² par résident.

Pour rappel, en 2019, le taux d'encadrement tous professionnels confondus variait de 4,11 ETP dans les Ehpad publics à 3,52 ETP soignants pour 10 résidents dans les Ehpad privés lucratifs³. La fixation d'un seuil minimal d'encadrement **pourrait donc emporter des conséquences financières conséquentes pour certains établissements.**

¹ Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, rapport d'information sur la situation dans certains établissements du groupe Orpea, mars 2022.

² Il s'agit a priori des infirmiers et aides-soignants.

³ Drees, enquête EHPA de 2019.

II - La position de la commission : supprimer cet article

Le sujet du taux d'encadrement dans les Ehpad fait l'objet de nombreux débats et d'initiatives et, bien que les défis rencontrés par ce secteur ne puissent s'y résumer, il doit faire l'objet d'une attention particulière.

Cependant, il semble aux rapporteurs que la définition du juste niveau d'encadrement dans les Ehpad rejoint avant toute chose la question des moyens consacrés à la politique d'autonomie. Or il semble que le Gouvernement a préféré repousser la question de la programmation financière, pourtant seule à même d'emporter une évolution concrète pour les résidents et leurs proches. **L'étude de la faisabilité d'un taux d'encadrement minimum trouverait parfaitement sa place le cadre des travaux préparatoires à une éventuelle loi de programmation.**

Fidèle à sa position constante concernant les demandes de rapport, la commission a adopté, à l'initiative des rapporteurs, un amendement (COM-213) de suppression du présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 11 sexies

Abrogation d'une disposition caduque du code de l'action sociale et des familles

Cet article vise à abroger une demande de rapport au sujet de la mise en œuvre d'un service minimum dans le secteur médico-social.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Historique de la disposition dont l'abrogation est proposée

Lors de l'examen au Sénat du projet de loi **Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)¹ en 2009**, un amendement avait été adopté portant article additionnel, qui procédait à la création d'un article L. 313-23-3 dans le code de l'action sociale et des familles. Cet article mettait en œuvre, à défaut d'accord de branche ou d'établissement, **un service minimum en cas de grève** visant à « *assurer, en cas de grève, la sécurité du personnel et des personnes handicapées ou âgées accompagnées* »². Cette obligation visait les établissements et services d'enseignement adapté ou médico-social pour mineurs et jeunes adultes handicapés, les établissements et services d'insertion par l'activité économique (IAE), les Ehpad, les établissements et services accueillant des personnes handicapées et les établissements et services à caractère expérimental.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 *Hôpital, patients, santé et territoires*.

² Article 28 du texte adopté en première lecture par le Sénat.

Face à l'opposition du Gouvernement qui arguait d'un risque constitutionnel relatif à la limitation du droit de grève, la commission mixte paritaire s'est entendue sur la création d'un article L. 313-23-3 dans le code de l'action sociale et des familles¹ imposant au Gouvernement de remettre au Parlement un **rapport relatif à la mise en œuvre d'un service minimum dans le secteur médico-social au regard des contraintes constitutionnelles** avant le 30 juin 2010.

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a été chargée de produire ce rapport. Le 14 décembre 2011, soit avec plus d'un an de retard, elle a publié un document intitulé *Éléments préalables à l'élaboration d'un rapport relatif à la mise en œuvre d'un service minimum dans le secteur médico-social* dans lequel elle concluait que « **l'instauration d'un service minimum par la loi dans le secteur médico-social ne paraît pas - a priori - présenter un risque de constitutionnalité** ». En dépit de concertations avec les syndicats en 2011, puis en 2017, la mise en place du service minimum proposé par le Sénat en 2009 n'est jamais intervenue, alors même que le risque constitutionnel a été écarté.

B. Motif d'abrogation

Le présent article a été introduit par l'adoption d'un amendement d'Emmanuelle Anthoine lors de la discussion du texte en séance publique à l'Assemblée nationale.

Il tend à **abroger l'article L. 313-23-3 du code de l'action sociale et des familles**, puisque le délai initialement prévu est échu depuis plus de 13 ans, sans que le rapport définitif n'ait été rendu.

II - La position de la commission

Les rapporteurs constatent la **pertinence de la position de la commission des affaires sociales concernant l'inutilité des demandes de rapport au Parlement**. Il apparaît en l'espèce que, même dans le cas où ces derniers sont rédigés par les services de l'administration, ils ne sont pas communiqués. Pour autant l'abrogation de la disposition, au demeurant étrangement codifiée, participe à la recherche d'une meilleure clarté et lisibilité du droit, ce qui justifie l'adoption de cet article.

En revanche, les rapporteurs soulignent que, faute d'action du Gouvernement, et contrairement aux Ehpad publics, les Ehpad privés à but lucratif ne bénéficient pas d'un régime de service minimum en cas de grève. La conscience professionnelle du personnel de ces établissements conduit à ce que **peu d'événements problématiques** se déroulent. À titre d'exemple l'agence régionale de santé d'Île-de-France indique n'avoir connu que deux situations de fermeture temporaire ou de réquisition du personnel dans un ESMS en quatre années sur les 2 000 ESMS qu'elle contrôle.

¹ Article 124 de la loi précitée.

Néanmoins, cette rupture d'égalité, qui s'explique juridiquement puisque certains des ESMS concernés ne sont pas investis d'une charge de service public, est difficilement justifiable du point de vue des résidents, de leurs proches, mais aussi du personnel.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 12

Procédure d'évaluation de la qualité dans les ESMS

Cet article propose que les organismes chargés de l'évaluation de la qualité des ESMS soient accrédités par le Cofrac et que la Cnsa publie des indicateurs sur l'activité et le fonctionnement des ESMS pour personnes âgées et en situation de handicap.

La commission a adopté cet article en supprimant, d'une part, la disposition portant sur le retrait de l'habilitation délivrée par la HAS à un organisme évaluateur et, d'autre part, l'énumération des types d'indicateurs publiés par la Cnsa.

I - Le dispositif proposé

A. Révision de la procédure d'évaluation de la qualité des ESMS

1. Le droit en vigueur

Afin d'assurer la qualité de la prise en charge des personnes accueillies et accompagnées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), la loi du 2 janvier 2002¹ a introduit **un dispositif d'évaluation interne et externe de la qualité dans les ESMS**, prévu à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé² a chargé la **Haute Autorité de santé (HAS)** d'élaborer **un référentiel d'évaluation et un système de cotation pour tous les ESMS**. Elle a prévu que **les organismes pouvant procéder à cette évaluation soient habilités par la HAS**, qui devait définir le cahier des charges auquel ils sont soumis. Les résultats de cette évaluation devaient être communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation ainsi qu'à la HAS.

¹ Article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

² Article 75 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Afin de renforcer l'indépendance et la qualité des organismes chargés de l'évaluation externe des ESMS, **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022¹ avait prévu que les organismes évaluateurs soient accrédités par le Comité français d'accréditation (Cofrac) et que la HAS définisse un cahier des charges** relatif aux exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, auxquelles sont soumis les organismes chargés des évaluations. Le Cofrac devait alors s'assurer du respect par les organismes évaluateurs de la norme d'accréditation et du cahier des charges.

Ces dispositions de la LFSS pour 2022 ont toutefois été censurées par le Conseil constitutionnel, qui a jugé qu'elles ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale².

Alors que les missions de la HAS, définies à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, n'avaient pu être modifiées, **le Gouvernement a fait le choix de modifier par décret la procédure d'accréditation des organismes chargés d'évaluer la qualité des ESMS.**

Le décret n° 2022-742 du 28 avril 2022³ reprend ainsi les principales dispositions qui figuraient à l'article 52 de la LFSS pour 2022 déclaré contraire à la Constitution.

Ce décret prévoit que pour faire évaluer la qualité de ses prestations, l'ESMS fait appel, après une mise en concurrence préalable, à un organisme évaluateur qui figure sur une liste publiée sur le site internet de la HAS. **L'organisme est accrédité par le Cofrac**, dans les conditions fixées par les normes d'accréditation et par un cahier des charges élaboré par la HAS. Le Cofrac vérifie le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges par les organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESMS. Il publie sur son site internet la liste des organismes qu'il accrédite.

Sur ce fondement, la HAS a indiqué aux rapporteurs que **le système actuel d'évaluation était effectif depuis le début de l'année 2023** et que 118 organismes étaient actuellement accrédités pour évaluer les ESMS.

La HAS a élaboré son cahier des charges le 12 mai 2022⁴. Il repose sur 150 critères, dont 18 sont considérés comme impératifs pour assurer le respect des droits des personnes et la lutte contre la maltraitance.

¹ Article 52 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Conseil constitutionnel, décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021.

³ Décret n° 2022-742 du 28 avril 2022 relatif à l'accréditation des organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/cahier_des_charges_accréditation.pdf

La HAS contrôle l'activité des organismes accrédités pour s'assurer qu'ils respectent leur cahier des charges. À cette fin et pour le déploiement opérationnel des évaluations, la HAS a déployé, avec un prestataire, la plateforme SYNAE dans laquelle les organismes évaluateurs renseignent leurs grilles d'évaluation. La plateforme permet également de générer les rapports d'évaluation et constitue pour la HAS un outil de suivi du dispositif.

Près de 40 000 ESMS sont concernés par le processus d'évaluation, couvrant le champ de la protection de l'enfance, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en difficulté sociale. Les structures doivent être évaluées tous les 5 ans. Environ 1 700 structures ont été évaluées en 2023 et les évaluations conduites en 2024 permettraient d'atteindre 4 000 structures évaluées.

2. Le droit proposé

Le présent article propose de reprendre les dispositions de la LFSS pour 2022 censurées par le Conseil constitutionnel qui visaient à modifier l'article L. 312-8 de code de l'action sociale et des familles pour inscrire dans la loi la procédure d'accréditation des organismes évaluateurs.

À cette fin le 1° du I modifie l'article L. 312-8 précité. Son *a* supprime la disposition selon laquelle les organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESMS sont habilités par la HAS.

Son *b* insère trois alinéas aux termes desquels les organismes pouvant procéder à l'évaluation de la qualité des ESMS sont accrédités par le Cofrac, dans des conditions prévues par décret. La HAS définit le cahier des charges relatif aux exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, auxquelles sont soumis les organismes chargés des évaluations. Le Cofrac vérifie le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges. En outre, la HAS peut informer le Cofrac des manquements au cahier des charges dont elle a connaissance et le Cofrac lui indique les mesures mises en œuvre à la suite de cette information.

Par cette modification, il supprime en outre deux alinéas devenus obsolètes, qui prévoient un régime transitoire pour certains établissements et services ouverts avant la date de promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

Les *c* et *d* du même 1° procèdent à des coordinations au sein des deux derniers alinéas de l'article L. 312-8 pour tirer les conséquences des modifications proposées.

Le 2° abroge l'article L. 312-8-1 du code de l'action sociale et des familles aux termes duquel les centres d'accueil pour demandeurs d'asile communiquent les résultats d'au moins une évaluation interne dans un délai fixé par décret, afin de faire entrer ces structures dans le droit commun de l'évaluation de la qualité des ESMS prévu à l'article L. 312-8.

Tirant les conséquences des modifications proposées à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, le 4° (1° du B dans la rédaction initiale) modifie l'article L. 313-1 du même code afin que le renouvellement de l'autorisation de l'ESMS ne soit plus exclusivement subordonné au résultat de l'évaluation mais qu'il soit notamment subordonné aux résultats des évaluations.

Le 5° (2° du B dans la rédaction initiale) procède à une modification analogue à l'article L. 313-5 : le choix de l'autorité compétente de déroger au principe du renouvellement par tacite reconduction de l'autorisation de l'ESMS ne serait plus effectué au vu de l'évaluation externe mais des évaluations.

B. Publication d'indicateurs sur le fonctionnement des ESMS

L'article L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les établissements et services pour personnes âgées transmettent périodiquement à la Cnsa des informations relatives à leur capacité d'hébergement, permanent et temporaire, ou d'accompagnement et à leurs tarifs, notamment les tarifs d'hébergement pour la fraction de leur capacité au titre de laquelle ils sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, les tarifs afférents à la dépendance ainsi que le prix du socle de prestations.

Afin de renforcer la transparence et la qualité de ces établissements, le 3° complète cet article L. 312-9 en prévoyant que sont également fixées par décret les **modalités de publication par la Cnsa d'indicateurs** applicables aux ESMS pour personnes âgées et personnes handicapées. Ces indicateurs portent notamment **sur l'activité et le fonctionnement de ces établissements et services**, y compris en termes budgétaires et de ressources humaines, ainsi que sur l'évaluation de la qualité au sein de ces structures.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

- **En commission**, les députés ont adopté deux amendements identiques de Thibault Bazin et Isabelle Valentin qui insèrent un alinéa au sein de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles pour prévoir que **le retrait de l'habilitation délivrée par la HAS à un organisme évaluateur ne produit ses effets qu'à compter de la notification adressée à l'organisme** par la HAS. Il est précisé que le retrait ou la non-confirmation de cette habilitation ne remet pas en cause la validité des évaluations réalisées (*a bis* du 1° du I du présent article).

Quatre amendements de la rapporteure Annie Vidal, tendant à apporter des coordinations et des modifications rédactionnelles, ont également été adoptés.

• **Lors de la discussion en séance publique**, les députés ont adopté trois amendements, dont un amendement rédactionnel de la rapporteure Annie Vidal.

Ils ont adopté un amendement de Philippe Juvin tendant à **préciser les types d'indicateurs** relatifs au fonctionnement des établissements et services qui seront publiés par la Cnsa. Il prévoit que ces indicateurs porteront notamment sur « *le nombre de douches hebdomadaires par résident, la durée moyenne d'un repas et l'état nutritionnel des résidents, le nombre de résidents ne quittant pas la chambre, le nombre de protections individuelles utilisées par résident et tout autre indicateur de qualité de vie et d'encadrement fixé par le conseil de vie sociale tel que défini à l'article D. 311-3 et suivants* ».

Un amendement de Danielle Brulebois a également été adopté. Il précise qu'un décret détermine les conditions de renouvellement de l'autorisation totale ou partielle des ESMS, qui sera notamment subordonné aux résultats des évaluations de la qualité.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III – La position de la commission

Lors de l'examen de la LFSS pour 2022, **la commission avait approuvé les dispositions relatives à la procédure d'accréditation des organismes chargés de l'évaluation de la qualité des ESMS**, considérant qu'elles étaient de nature à garantir la compétence et l'impartialité de ces organismes¹.

Les rapporteurs regrettent que le Gouvernement ait fait le choix de prendre un décret *contra legem* plutôt que de soumettre à nouveau ces dispositions au Parlement dans le cadre d'un projet de loi ordinaire. En conséquence, le cadre juridique actuellement applicable à l'évaluation des ESMS est fragile, puisqu'il repose sur des normes réglementaires qui contredisent la loi en vigueur.

Dès lors, **les rapporteurs approuvent les dispositions du présent article qui permettent de remédier à cette situation** en reprenant les mesures qui figuraient à l'article 52 de la LFSS pour 2022. Elles permettront de sécuriser le cadre juridique applicable à l'évaluation de la qualité des ESMS. **Il convient dorénavant d'appliquer ces mesures**, alors que seulement 1 700 ESMS ont été évalués en 2023 sur un total de près de 40 000 structures. À cette fin, les moyens nécessaires à l'évaluation devront être suffisants et les établissements et services accompagnés dans cette démarche par les autorités de tutelle.

¹ Rapport n° 130 (2021-2022) fait au nom de la commission des affaires sociales par Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, déposé le 3 novembre 2021 (cf. commentaire de l'article 32 quater).

Les modifications proposées inscrivent dans la loi la procédure d'accréditation des évaluateurs par le Cofrac et suppriment en conséquence la disposition qui prévoit que ces organismes sont habilités par la HAS. Dès lors, **la disposition introduite par les députés portant sur le retrait de l'habilitation délivrée par la HAS à un organisme évaluateur est sans objet**. Sur proposition des rapporteurs, **la commission a donc supprimé cette disposition** par l'adoption de l'amendement COM-214.

Concernant **la publication par la CNSA d'indicateurs** relatifs à l'activité et au fonctionnement des établissements et services, les rapporteurs considèrent que **les mesures proposées contribueront à renforcer l'information des usagers sur la qualité de la prise en charge** des résidents et des personnes accompagnées. Ces mesures complètent utilement les dispositifs d'évaluation et de contrôle des établissements et services pour renforcer la transparence, la sécurité et la qualité des prestations proposées.

Alors que les modalités de publication de ces indicateurs doivent être fixées par décret, **il n'apparaît pas opportun d'énumérer dans la loi les types d'indicateurs** tels que le nombre de douches ou la durée moyenne des repas. **Une telle énumération relève manifestement du domaine réglementaire et la définition des indicateurs devrait être précédée d'échanges et de concertations** avec les professionnels du secteur et les représentants des usagers, afin que les indicateurs retenus soient pertinents et adaptés. Pour ces raisons, la commission a supprimé l'énumération des types d'indicateurs en adoptant l'amendement COM-215 des rapporteurs.

Enfin, la commission a adopté un amendement COM-216 de coordination des rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 12 bis
Renforcement des sanctions applicables aux ESMS

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, étend les sanctions administratives pouvant être infligées aux Ehpad en cas de méconnaissance de leurs obligations en matière d'information sur les conditions d'accueil et de facturation de certains frais.

La commission a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Afin d'améliorer la transparence sur le fonctionnement des Ehpad et la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies, le décret du 28 avril 2022¹ a renforcé l'information et la protection des personnes accompagnées par certains ESMS, en particulier ceux prenant en charge des personnes âgées et en situation de handicap, ainsi que de leurs aidants en prévoyant de nouvelles mentions obligatoires dans les contrats de séjour et dans les documents individuels de prise en charge par un service proposant de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Il a précisé les règles de facturation par les Ehpad en cas d'absence du bénéficiaire pour hospitalisation ou en cas de décès d'un résident et par les services à domicile pour certains frais annexes.

Pour assurer le respect de ces obligations, le présent article étend les sanctions administratives pouvant être infligées aux ESMS aux cas de méconnaissance de ces dispositions. Il a été introduit par l'adoption de deux amendements identiques de la rapporteure Annie Vidal et de M. Freddy Sertin lors de la discussion du texte en séance publique à l'Assemblée nationale.

Pour étendre à ces obligations le champ des sanctions pouvant être infligées aux ESMS, **le présent article donne une base légale à ces dispositions**, en renvoyant au décret les modalités de leur application, **afin de les intégrer au régime de sanctions administratives défini par la partie législative du code de l'action sociale et des familles.**

Le *a* du 1^o du I du présent article complète ainsi l'article L. 311-4-1 du code de l'action sociale et des familles afin de prévoir **que le devenir des arrhes versées**, le cas échéant, préalablement à l'entrée en établissement est fixé par décret.

¹ Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le *b* du même 1° insère à cet article L. 311-4-1 un II *bis* aux termes duquel les modalités du **dépôt de garantie** qui peut être demandé par des Ehpad et les modalités de sa restitution sont fixées par décret.

Le 2° insère, au sein de l'article L. 314-10-1 du code de l'action sociale et des familles, la disposition selon laquelle **les modalités et la durée de facturation de frais au décès du résident** sont précisées par décret.

Le 3° insère deux articles L. 314-10-3 et L. 314-10-4 au sein du code de l'action sociale et des familles. L'article L. 314-10-3 prévoit que **les frais facturés en cas d'absence ou d'hospitalisation** sont définis par décret. L'article L. 314-10-4 prévoit que **les conditions et les modalités de facturation du prix ou du tarif horaire** mentionné dans le document individuel de prise en charge ou d'éventuels autres frais par les services proposant de l'aide et de l'accompagnement au domicile des personnes âgées ou handicapées sont précisées par décret.

Le 4° modifie l'article L. 314-14 du code de l'action sociale et des familles qui définit **le régime des sanctions administratives pouvant être infligées aux ESMS afin d'étendre la nature des faits pour lesquels des amendes pourront être prononcées**, dans la limite de 3 000 euros pour une personne physique et de 15 000 euros pour une personne morale.

Son *a* prévoit que ces amendes pourront être prononcées en cas d'intervention au domicile sans avoir conclu un **contrat de séjour** ou un **document individuel de prise en charge** et pour défaut de **remise d'un livret d'accueil**.

Son *b* prévoit qu'elles pourront être prononcées en cas de **facturation de frais méconnaissant les modalités du dépôt de garantie** qui peut être demandé par les Ehpad et les modalités de sa restitution.

Son *c* prévoit les mêmes sanctions aux cas de méconnaissance des **règles de facturation en cas d'absence ou d'hospitalisation**.

Le *d* propose que soit sanctionné le fait de proposer ou de conclure un **document individuel de prise en charge** ou de **facturer des frais** en méconnaissance des **conditions et des modalités de facturation du prix ou du tarif horaire**. Il prévoit également une sanction envers les établissements ne transmettant pas à la CNSA des **indicateurs sur leur activité et leur fonctionnement**.

Enfin, le II du présent article modifie l'article L. 511-7 du code de la consommation afin que **les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes** soient habilités à constater les manquements et prononcer les sanctions introduites par le présent article.

II - La position de la commission

Le présent article permettra de s'assurer, lors des contrôles des établissements, de l'application des dispositions qui ont renforcé les droits des résidents et des personnes accompagnées. Il contribue ainsi à garantir l'effectivité de ces droits et obligations.

Les services du ministère chargé des solidarités ont indiqué aux rapporteurs que des difficultés sont apparues lors de contrôles effectués par les agences régionales de santé, les conseils départementaux et des services de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes sur le respect de ces dispositions.

Les rapporteurs soutiennent donc le présent article, considérant que ces obligations doivent être assorties de sanctions pour assurer leur respect et garantir la qualité de l'accueil des personnes prises en charge.

La commission a adopté l'amendement rédactionnel **COM-217** des rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 12 ter

Transparence et bonnes pratiques en matière de taux d'encadrement en Ehpad

Cet article vise à imposer aux Ehpad la transmission de leur taux d'encadrement par résident à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de lui permettre de mettre en place un référentiel de bonnes pratiques.

La commission a adopté cet article en supprimant le référentiel de bonnes pratiques.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

A. Des exigences de transparence accrues envers les Ehpad

À la suite du scandale Orpea¹, l'exécutif a fait de la **transparence dans les Ehpad un des axes de son plan d'action**², parallèlement au plan contrôle des Ehpad. Il s'agissait notamment de **permettre à la CNSA de publier des informations sur chacun des établissements**, afin de faciliter l'accès à l'information des familles et des résidents.

¹ Révélé par le livre d'enquête du journaliste Victor Castanet, Les Fossoyeurs.

² Déclaration de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, sur le thème "Bien vieillir à domicile et en établissement", à Fontenay-sous-Bois le 8 mars 2022.

Ces informations, qui avaient vocation à s'ajouter au prix de la nuit d'hébergement déjà disponible **sur le site internet *pour-les-personnes-agees.gouv.fr***, comportaient initialement dix critères. **Un arrêté du 13 décembre 2022¹ est venu imposer cette publication** pour la composition du plateau technique, le nombre de chambres, le nombre de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement, la présence d'un infirmier de nuit et d'un médecin coordonnateur dans l'établissement et la présence de partenariats avec un ou plusieurs dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé². En revanche, **cinq critères n'ont pas été publiés faute d'une base légale adéquate : le taux d'encadrement**, le taux de rotation des personnels, le taux d'absentéisme mais aussi la date de la dernière évaluation de la qualité de l'établissement et le budget quotidien pour les repas par personne.

Le taux d'encadrement en Ehpad

Dans l'état actuel des systèmes d'information (SI) de la CNSA et des Ehpad, **il n'existe pas de données annuelles agrégées sur le taux d'encadrement dans les Ehpad**. Le déploiement du SI DIAMANT devrait permettre d'en disposer, grâce à l'intégration des documents comptables³ des Ehpad.

Cependant, le rapport remis au Parlement en application de l'article 73 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023⁴ présente les données les plus exhaustives concernant le taux d'encadrement dans les Ehpad en 2019 :

	Taux d'encadrement en ETP	
	tous professionnels	personnel soignant
Ehpad publics	7,15	4,11
Ehpad privés non lucratifs	6,07	3,47
Ehpad privés lucratifs	6,03	3,52

Cependant, ce même rapport rappelle que le « **ratio d'encadrement** » est **un indicateur aux multiples déterminants, qui doit donc être considéré avec précaution**. Le taux d'encadrement peut en effet faire l'objet de biais méthodologiques dans sa détermination, et **ne tient pas compte de la diversité des profils des résidents**.

¹ Arrêté du 13 décembre 2022 relatif à la définition et aux modalités de calcul des indicateurs mentionnés à l'article D. 312-211 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 6327-1 du code de la santé publique.

³ Il s'agit des états réalisés des recettes et des dépenses (EERD) et des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD).

⁴ Rapport évaluant les effets sur la loi de financement de la sécurité sociale de l'instauration d'un ratio minimal d'encadrement des résidents par le personnel soignant d'au moins six professionnels pour dix résidents dans les Ehpad, octobre 2023.

B. Le dispositif proposé

Le **présent article** a été introduit par l'adoption de **deux amendements identiques** du Gouvernement et de Freddy Sertin lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale.

Le **I** complète l'article L. 312-9 du code de l'action sociale et des familles, en **imposant aux Ehpad la transmission annuelle du taux d'encadrement des résidents** par des professionnels soignants.

Le **II** élargit les **missions confiées à la CNSA** par l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale, en ajoutant la rédaction, en lien avec la Haute Autorité de santé (HAS), d'un **référentiel de bonnes pratiques relatives au taux d'encadrement** des résidents par les Ehpad.

II - La position de la commission

L'**exigence de transparence à destination des résidents d'Ehpad** et de leurs proches est légitime, et même essentielle afin de bâtir une relation de confiance avec les établissements et leur personnel. Aussi **la transmission des taux d'encadrement de chaque Ehpad à la CNSA paraît utile** pour permettre d'affiner la connaissance des conditions d'accueil proposé.

Cependant, les rapporteurs attirent l'attention du Gouvernement sur les difficultés qu'il y aurait à publier ces données sur le site internet *pour-les-personnes-agees.gouv.fr*. **Le taux d'encadrement est en effet grandement dépendant des caractéristiques des résidents accueillis, et en l'absence de contextualisation il risquerait de donner une image faussée** de la qualité du service des établissements concernés pour le public. Aussi, ils **suggèrent que ces informations fassent l'objet d'un mode de diffusion adapté**, afin de limiter le risque de pratiques de type « *name and shame* ».

Par ailleurs, ils proposent de **supprimer la mention du référentiel de bonnes pratiques**, qui ne nécessite pas de base légale pour être produit par la CNSA.

La commission a adopté un amendement en ce sens (COM-218).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 12 quater
**Accord préalable de l'autorité compétente
sur la prise de contrôle d'un gestionnaire d'ESMS**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à ce que l'autorité de tutelle soit informée deux mois avant un changement important dans le fonctionnement d'un ESMS et à soumettre à autorisation préalable les changements dans les modalités de contrôle direct ou indirect de la personne morale gestionnaire de l'ESMS.

La commission a adopté cet article en remplaçant la demande d'autorisation par une information préalable des autorités compétentes sur les changements dans les modalités de contrôle direct ou indirect du gestionnaire d'ESMS.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

• Le cadre général applicable à **l'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux** est défini à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles. Il prévoit que l'autorisation est accordée pour une durée de quinze ans et que son renouvellement, total ou partiel, est exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation de l'ESMS.

L'autorisation ne peut être cédée qu'avec l'accord de l'autorité compétente pour la délivrer, qui s'assure que le cessionnaire pressenti remplit les conditions pour gérer l'ESMS dans le respect de l'autorisation préexistante, le cas échéant au regard des conditions dans lesquelles il gère déjà d'autres ESMS.

Tout changement important dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement ou d'un service soumis à autorisation doit être porté à la connaissance de l'autorité compétente.

• Le présent article a été introduit lors de la discussion en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption de deux amendements identiques de la rapporteure Annie Vidal et de Freddy Sertin.

Il entend compléter ces dispositions pour **renforcer l'information des autorités de tutelle sur les changements importants intervenus dans le fonctionnement des ESMS et soumettre à autorisation préalable la prise de contrôle d'un gestionnaire d'établissement ou de service.**

À cette fin, le *a* du 1° du I prévoit que l'autorité compétente doit être informée de tout changement important dans le fonctionnement de l'ESMS dans les deux mois précédant sa mise en œuvre.

Le **b** du 1° du I insère trois alinéas au sein de l'article L. 313-1. Ils prévoient que **les changements dans les modalités de contrôle direct ou indirect de la personne morale gestionnaire de l'ESMS**, dont les catégories sont fixées par décret, **sont soumis à l'accord préalable de l'autorité compétente**, qui vérifie que ce changement est propre à assurer la poursuite de la gestion de l'ESMS dans le respect de l'autorisation préexistante.

Il est précisé que lorsqu'un tel changement se traduit par **l'exercice direct ou indirect d'un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion par une nouvelle personne morale gestionnaire**, l'autorité compétente examine la demande au regard des conditions dans lesquelles celle-ci gère déjà d'autres ESMS. La décision autorisant ce changement est prise et publiée dans les mêmes conditions que l'autorisation délivrée à l'ESMS. L'absence de réponse de l'autorité dans un délai de trois mois vaut rejet. Un décret devra préciser la forme et le contenu de la demande d'accord adressée à l'autorité compétente.

En conséquence, le 2° modifie l'article L. 313-22 du code de l'action sociale et des familles relatif aux **sanctions pénales** applicables en cas de méconnaissance de certaines obligations applicables aux ESMS pour tirer la conséquence des modifications proposées :

- son **a** prévoit que la peine d'un emprisonnement de trois mois et d'une amende de 3 750 euros est applicable au fait d'apporter un changement important dans le fonctionnement d'un ESMS sans avoir porté préalablement à la connaissance de l'autorité le changement envisagé dans les deux mois précédant sa mise en œuvre ;

- son **b** prévoit les mêmes peines pour le fait d'apporter un changement dans les modalités de contrôle direct ou indirect de la personne morale gestionnaire de l'établissement ou du service soumis à autorisation sans l'accord préalable de l'autorité compétente. Il précise que le montant de l'amende peut être porté, de manière proportionnée à la gravité des faits constatés, jusqu'à 5 % du chiffre d'affaires réalisé, en France et dans le champ d'activité en cause, par le gestionnaire lors du dernier exercice clos.

Le II rend les dispositions du présent article applicables aux changements importants envisagés à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi.

II - La position de la commission

Les rapporteurs souscrivent à la mesure prévoyant que **l'information des autorités compétentes sur un changement important dans le fonctionnement d'un ESMS intervienne dans les deux mois précédant ce changement**. Elle renforcera l'information des autorités de tarification et de contrôle sur l'activité des établissements, leur permettant ainsi de s'assurer de la continuité de la prise en charge et de la qualité de l'accueil des personnes hébergées ou accompagnées.

Concernant **l'autorisation préalable aux changements dans les modalités de contrôle direct ou indirect d'un gestionnaire d'ESMS**, les rapporteurs partagent l'objectif poursuivi par les auteurs des amendements ayant introduit le présent article. Selon l'exposé sommaire de ces amendements, la mesure proposée vise à « *renforcer la surveillance de ces pratiques de prise de contrôle par des groupes privés lucratifs* » alors que, « *en l'absence de cession de l'autorisation au groupe privé, les autorités compétentes (agences régionales de santé et conseils départementaux) ne sont pas toujours informées de ces prises de contrôle* ».

Toutefois, l'application d'une telle disposition semble se heurter à plusieurs difficultés. D'une part, **les autorités de tutelle des ESMS (ARS, préfet, département) ne sont pas forcément dotées des moyens pour contrôler les changements de modalités de contrôle** des personnes morales et **les critères** permettant d'apprécier si un tel changement permet la poursuite de la gestion de l'ESMS concerné semblent **difficiles à déterminer**. Les autorités compétentes doivent s'assurer que le gestionnaire de l'ESMS, qu'il connaisse un changement dans ses modalités de contrôle ou non, assure son activité dans des conditions qui respectent l'autorisation qui lui a été donnée. Or cette mission est déjà confiée aux autorités de tutelle dans le cadre de leurs prérogatives d'autorisation, de tarification et de contrôle.

D'autre part, **le dispositif proposé serait difficilement applicable dans le cas de modifications des modalités de contrôle d'un gestionnaire d'établissements et de services implantés dans plusieurs départements**. Une autorisation par département serait alors requise, ce qui rendrait la procédure complexe. Surtout, **l'application de la procédure serait compromise** dans le cas où un gestionnaire d'établissements implantés dans plusieurs départements verrait sa demande d'autorisation refusée par un conseil départemental et acceptée par un autre conseil départemental.

Poursuivant l'objectif de renforcer l'information des autorités de tutelle sur ces prises de contrôle tout en assurant l'applicabilité de la procédure, les rapporteurs proposent qu'au lieu d'une demande d'autorisation, **les changements dans les modalités de contrôle direct ou indirect du gestionnaire d'ESMS soient portés à la connaissance de l'autorité compétente, dans les deux mois précédant ce changement**. La commission a adopté l'amendement COM-219 des rapporteurs procédant à cette modification.

En adoptant l'amendement COM-220 des rapporteurs, la commission a également précisé les modalités d'application du présent article. Il sera applicable aux changements de fonctionnement ou de prise de contrôle des ESMS intervenant trois mois après la promulgation de la loi, pour tenir compte des obligations d'information préalable introduites par le présent article.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 12 quinquies
**Obligation pour les Ehpad privés à but lucratif
de respecter les conditions des sociétés à mission**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, impose aux Ehpad privés lucratifs de respecter les conditions relatives à la qualité de société à mission.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Le présent article a été introduit par l'adoption de trois amendements identiques de la rapporteure Annie Vidal, François Gernigon et Freddy Sertin.

Il complète le titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles par un chapitre VII intitulé « *Dispositions de régulation propres aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes relevant d'organismes de droit privé à but lucratif* ».

Ce chapitre comprend un article L. 317-1 aux termes duquel **les Ehpad gérés par un organisme de droit privé à but lucratif ainsi que leur organisme gestionnaire respectent les conditions relatives à la qualité de société à mission.**

L'article L. 210-10 du code de commerce, créé par la loi dite « Pacte » du 22 mai 2019¹, dispose qu'**une société peut faire publiquement état de la qualité de société à mission** lorsque les conditions suivantes sont respectées :

- ses statuts précisent une raison d'être, constituée des principes dont la société se dote et pour le respect desquels elle entend affecter des moyens dans la réalisation de son activité² ;

- ses statuts précisent un ou plusieurs objectifs sociaux et environnementaux que la société se donne pour mission de poursuivre dans le cadre de son activité ;

- ses statuts précisent les modalités du suivi de l'exécution de la mission qu'elle se donne. Ces modalités prévoient qu'un comité de mission est chargé exclusivement de ce suivi et présente annuellement un rapport joint au rapport de gestion à l'assemblée chargée de l'approbation des comptes de la société. Ce comité procède à toute vérification qu'il juge opportune et se fait communiquer tout document nécessaire au suivi de l'exécution de la mission ;

¹ Article 176 de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

² Article 1835 du code civil.

- l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux fait l'objet d'une vérification par un organisme tiers indépendant ;

- la société déclare sa qualité de société à mission au greffier du tribunal de commerce, qui la publie au registre du commerce et des sociétés.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas respectée, ou lorsque l'avis de l'organisme tiers indépendant conclut qu'un ou plusieurs des objectifs sociaux et environnementaux que la société s'est assignée ne sont pas respectés, le ministère public ou toute personne intéressée peut saisir le président du tribunal statuant en référé aux fins d'enjoindre, le cas échéant sous astreinte, au représentant légal de la société de supprimer la mention « société à mission » de tous les actes, documents ou supports électroniques émanant de la société¹.

II - La position de la commission

La qualité de société à mission permet à une entreprise de se fixer des objectifs d'intérêt commun et de construire un projet d'entreprise, au-delà d'un seul intérêt lucratif. Les conditions à respecter et les modalités de contrôle attachées à la qualité de société à mission permettent aux entreprises qui s'inscrivent dans cette démarche de garantir à leurs clients et à leurs partenaires une offre de services de qualité, répondant ainsi à une attente forte de la société vis-à-vis des acteurs économiques.

Dès lors, **la qualité de société à mission présente un intérêt certain pour les entreprises du secteur social et médico-social**, en particulier pour les gestionnaires d'Ehpad.

Le choix pour une société de faire état de sa qualité de société à mission doit toutefois s'inscrire dans un projet d'entreprise cohérent avec son activité et se construire avec les acteurs de l'entreprise. Il doit donc **résulter d'une démarche volontaire de l'entreprise**. C'est pourquoi, dans son rapport sur le projet de loi Pacte, la commission spéciale du Sénat avait approuvé la création de la société à mission « *dès lors qu'elle constitue une liberté offerte aux entreprises et non une obligation* »².

Plusieurs groupes d'Ehpad privés lucratifs se sont d'ailleurs inscrits librement dans cette démarche. C'est par exemple le cas du groupe LNA Santé, du groupe Orpéa et du groupe Korian/Clariane. Entendu par les rapporteurs, le Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa) a en outre précisé qu'il accompagnait ses adhérents, et notamment les groupes, vers la qualité d'entreprise à mission, et les encourageait vivement dans cette voie.

¹ Article L. 210-11 du code de commerce.

² Rapport n° 254 (2018-2019) de MM. Michel Canévet, Jean-François Husson et Mme Élisabeth Lamure, déposé le 17 janvier 2019 (cf. commentaire de l'article 61 septies).

En conséquence, **imposer aux gestionnaires d'Ehpad privés lucratifs de respecter les conditions d'une société à mission semble contraire à l'esprit du dispositif introduit par la loi « Pacte »** du 22 mai 2019. En outre, une telle obligation pourrait s'avérer contraignante voire inadaptée pour les gestionnaires indépendants d'établissements privés qui ne dépendent pas de grands groupes.

Dès lors, si le respect des conditions posées par la qualité des sociétés à mission doit être encouragé auprès des gestionnaires d'Ehpad privés lucratifs, **il ne semble pas opportun d'imposer de telles conditions à ces gestionnaires.**

D'une part, une telle obligation apporterait une restriction à la liberté d'entreprendre pour les seules entreprises gestionnaires d'Ehpad, alors que les autres sociétés ont la liberté de faire état de la qualité de société à mission. Elle poserait en outre des exigences sur les gestionnaires d'Ehpad privés lucratifs qui ne s'imposeraient pas aux gestionnaires publics ou privés non lucratifs.

D'autre part, il est illusoire de considérer qu'une telle obligation permettrait à elle seule de favoriser la sécurité et qualité de la prise en charge des résidents d'Ehpad. À cette fin, il semble préférable de renforcer et d'appliquer les dispositions relatives à la qualité de l'accueil, à la transparence, à l'évaluation et au contrôle de l'ensemble des établissements.

La commission a donc adopté les amendements identiques **COM-221** des rapporteurs et **COM-79** d'Alain Milon tendant à supprimer le présent article.

La commission a supprimé cet article.

Article 13

Possibilité de location de locaux communs de logements sociaux pour mettre en œuvre un projet de vie sociale et partagée dans un habitat inclusif

Cet article tend à permettre la location de locaux communs situés dans le même immeuble ou groupe d'immeubles que les logements constituant un habitat inclusif lorsque ceux-ci sont loués en intermédiation locative, en vue d'y mettre en œuvre le projet de vie sociale et partagée.

La commission a adopté cet article dans une nouvelle rédaction afin de renforcer la sécurité juridique du dispositif.

I - Le dispositif proposé : l'attribution aux organismes d'habitations à loyer modéré de la faculté de louer aux organismes d'intermédiation locative des locaux communs en vue d'y mettre en œuvre un projet de vie sociale et partagée

A. La question de l'utilisation des locaux communs constitue un frein au développement de l'habitat inclusif

1. Les logements locatifs sociaux destinés aux personnes en perte d'autonomie peuvent être loués à des organismes agréés en vue d'y établir un habitat inclusif

Créé en 2018¹, l'habitat inclusif est **un mode d'habitation regroupé** proposé, à titre de résidence principale, aux **personnes handicapées** et aux **personnes âgées, assorti d'un projet de vie sociale et partagée** défini par un cahier des charges national fixé par arrêté ministériel².

¹ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, article 129.

² Article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le projet de vie sociale et partagée

Le projet de vie sociale et partagée est élaboré et piloté, avec l'appui du porteur de l'habitat inclusif¹, **par les habitants** et, le cas échéant, leurs représentants².

Il propose *a minima* la mise en place d'activités destinées à l'ensemble des habitants, sans obligation de participation, par exemple des activités de convivialité, sportives, ludiques ou culturelles, effectuées au sein ou à l'extérieur de l'habitat inclusif.

Son objectif est de favoriser le « vivre ensemble » pour **limiter le risque d'isolement**. Il doit à cet effet intégrer la prévention de la perte d'autonomie et l'anticipation des risques d'évolution de la situation des personnes.

Le projet doit revêtir quatre dimensions, dont **l'importance peut être modulée** selon les caractéristiques et les souhaits des habitants :

- la veille et la sécurisation de la vie à domicile ;
- le soutien à l'autonomie de la personne ;
- le soutien à la convivialité ;
- et l'aide à la participation sociale et citoyenne.

Il se formalise dans une charte conçue par les habitants avec l'appui du porteur et acceptée par ceux qui emménagent postérieurement à son élaboration, l'attribution d'un logement dans le parc social et les logements-foyers ne pouvant être conditionnée à l'acceptation de la charte.

Les habitants sont régulièrement consultés sur la satisfaction qu'ils retirent de la charte de façon à pouvoir ajuster le projet si besoin.

Le porteur de l'habitat inclusif se voit imposer plusieurs obligations, à savoir :

- l'élaboration du projet de vie sociale et partagée avec les habitants ;
- **l'animation et la régulation de la vie quotidienne** de l'habitat inclusif ;
- **l'organisation des partenariats** avec l'ensemble des acteurs concourant à la mise en œuvre du projet, notamment avec des opérateurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, ainsi qu'avec des acteurs locaux et associatifs, dans le respect du libre choix de la personne ;

¹ D'après la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le porteur de l'habitat inclusif peut être une association représentante d'usagers ou de familles, un gestionnaire d'établissements ou de services du secteur social, médico-social ou sanitaire, une association du secteur du logement, un bailleur social, une personne morale de droit privé à but lucratif, une foncière solidaire, une mutuelle ou encore une collectivité territoriale (Les cahiers pédagogiques, « L'habitat inclusif : un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale », octobre 2023).

² Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif, annexe I.

- **la détermination des activités proposées** au sein ou en dehors de l'habitat selon et avec le public auquel l'habitat inclusif est destiné et ses besoins, la garantie de l'adaptation de l'ensemble des locaux et la mobilisation des ressources des acteurs concourant à la mise en œuvre du projet dans le cadre des partenariats ;

- et la conduite des relations avec le propriétaire dans le cadre de l'utilisation et du fonctionnement du ou des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée¹.

Les personnes concernées peuvent choisir d'occuper ce type d'habitation entre elles ou avec d'autres personnes.

Il peut s'agir :

- **soit d'un logement** meublé ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée, **loué dans le cadre d'une colocation**, qu'elle soit constituée dans le parc privé² ou dans le parc social³ ;

- **soit d'un ensemble de logements autonomes** destinés à l'habitation, meublés ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée et situés dans un immeuble ou un groupe d'immeubles comprenant des locaux communs affectés au projet de vie sociale et partagée.

Les caractéristiques de l'habitat inclusif

Quelle que soit la configuration choisie, hormis dans une colocation, l'habitat inclusif doit être constitué *a minima* d'un logement privatif⁴.

Il doit également **permettre l'utilisation d'un ou plusieurs locaux communs**, en son sein ou à proximité, lesquels peuvent ne pas être exclusivement destinés à la mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée.

En outre, l'habitat inclusif peut disposer d'un espace extérieur ou d'un équipement en commun, également destinés à la mise en place du projet de vie sociale et partagée.

Ses caractéristiques fonctionnelles doivent enfin **prendre en compte les spécificités et les souhaits des habitants**, afin de leur assurer la meilleure accessibilité possible et de favoriser leur autonomie et leur participation sociale. L'habitat doit comporter les équipements, le cas échéant en matière de domotique, et les aménagements ergonomiques adaptés aux besoins des personnes.

¹ Article D. 281-1 du code de l'action sociale et des familles.

² 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, article 8-1.

³ Article L. 442-8-4 du code de la construction et de l'habitation.

⁴ Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif, annexe I.

L'habitat inclusif peut être notamment constitué dans :

- des logements-foyers¹ dénommés « habitat inclusif » accueillant des personnes handicapées ou des personnes âgées² et qui ne relèvent pas de la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ;

- **des logements locatifs sociaux construits ou aménagés spécifiquement pour l'usage des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap et bénéficiant d'une autorisation spécifique octroyée par le représentant de l'État dans le département pour être attribués en priorité à ces mêmes personnes³.**

La sous-location de logements locatifs sociaux à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap

De façon générale, il est interdit de louer en meublé ou de sous-louer un logement, meublé ou non, sous quelque forme que ce soit, dans tous les immeubles destinés à la location et financés par des aides publiques⁴.

Toutefois, depuis 2022⁵, à titre dérogatoire, les organismes d'habitations à loyer modéré (HLM)⁶ sont autorisés à **louer aux organismes bénéficiant de l'agrément relatif à l'intermédiation locative et à la gestion locative sociale⁷** des logements construits ou aménagés spécifiquement pour l'usage des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap et bénéficiant d'une autorisation spécifique délivrée par le représentant de l'État dans le département pour être attribués en priorité à ces mêmes personnes, **en vue de les sous-louer, meublés ou non, à une ou plusieurs desdites personnes, le cas échéant dans le cadre d'une colocation⁸.**

¹ Établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective et accueillant notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées (article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation).

² À l'exclusion des résidences sociales, des pensions de famille et des résidences accueil.

³ Article L. 441-2 du code de la construction et de l'habitation.

⁴ Article L. 442-8 du code de la construction et de l'habitation.

⁵ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, article 134.

⁶ Offices publics de l'habitat, sociétés anonymes d'habitations à loyer modéré, sociétés anonymes coopératives de production, sociétés anonymes coopératives d'intérêt collectif d'habitations à loyer modéré, fondations d'habitations à loyer modéré, sociétés de coordination et sociétés de vente d'habitations à loyer modéré (article L. 411-2 du code de la construction et de l'habitation).

⁷ Cet agrément est accordé par l'autorité administrative pour une période de cinq ans renouvelable (articles L. 365-4 et R. 365-4 du code de la construction et de l'habitation).

⁸ Article L. 442-8-1-2 du code de la construction et de l'habitation.

En tout état de cause, un habitat inclusif ne peut être constitué dans des résidences hôtelières à vocation sociale, dans des résidences universitaires ou dans des résidences-services.

L'habitat inclusif doit enfin être localisé à proximité des services de transports, des commerces, des services publics et des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux¹.

2. Les locaux collectifs résidentiels ne peuvent qu'être mis à la disposition non exclusive des habitants de l'habitat inclusif

La mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée d'un habitat inclusif implique que son porteur dispose de locaux pour y réunir les habitants concernés.

Depuis 2022², la loi précise que, dans le cas où l'habitat inclusif est constitué de logements locatifs sociaux construits ou aménagés spécifiquement pour l'usage des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap et bénéficiant d'une autorisation spécifique octroyée par le représentant de l'État dans le département pour être attribués en priorité à ces mêmes personnes, **leur location peut s'accompagner de la mise à disposition non exclusive de locaux collectifs résidentiels** situés dans le même immeuble ou groupe d'immeubles, pour la mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée³.

Le financement de la mise à disposition des locaux collectifs résidentiels

De façon générale, lorsque des logements sont loués directement à leurs habitants par un organisme HLM, **le loyer inclut une majoration** correspondant aux charges liées à la mise à disposition de ces locaux collectifs.

En intermédiation locative, en revanche, si **une redevance peut être demandée** aux habitants en contrepartie de la mise à disposition de locaux collectifs, **le contrat de bail ne concerne que le logement**, à l'exclusion de tout local collectif autre que les espaces annexes directement liés à l'utilisation des espaces privatifs.

À défaut de l'attribution de l'aide à la vie partagée (AVP), versée par les départements pour assurer le financement du projet de vie sociale et partagée avec le concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la mise à disposition des espaces communs est donc **conditionnée à la conclusion d'un accord collectif de services par l'ensemble des locataires**. Ce dernier pouvant être rompu sans que le contrat de bail ne le soit, les projets d'habitat inclusif en intermédiation locative se trouvent fragilisés.

¹ Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif, annexe I.

² Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, article 134.

³ Article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles.

Par ailleurs, il a été porté à la connaissance des rapporteurs que l'AVP **ne pouvait financer les charges liées à la mise à disposition de locaux collectifs**. En pratique, néanmoins, certains départements assureraient tout de même leur financement par le biais de l'AVP.

Au surplus, d'après le réseau de l'habitat partagé et accompagné (Hapa)¹, **l'intermédiation locative n'ouvrerait pas de droits aux aides personnalisées au logement (APL) au titre des parties collectives**.

Estimant que « *les locaux collectifs résidentiels doivent pouvoir être réservés aux seuls habitants de l'habitat inclusif lorsque le bâtiment regroupe d'autres habitants relevant du logement social familial "classique"* », le réseau Hapa a récemment proposé au Gouvernement de « *prévoir la possibilité pour les locaux collectifs résidentiels de devenir des logements* »².

B. La proposition de loi tend à permettre la location de locaux communs aux organismes d'intermédiation locative pour y mettre en œuvre le projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif

Le présent article vise à permettre aux organismes HLM de louer aux organismes bénéficiant de l'agrément relatif à l'intermédiation locative et à la gestion locative sociale **des locaux communs situés dans le même immeuble ou groupe d'immeubles pour y mettre en œuvre un projet de vie sociale et partagée** dans le cadre d'un habitat inclusif (1°).

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale : une modification rédactionnelle

L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par un amendement de l'une de ses deux rapporteuses apportant une précision rédactionnelle (2°).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Réseau Hapa, Les espaces partagés dans les habitats inclusifs : le dispositif des « locaux collectifs résidentiels » (LCR), note à l'intention du ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires, octobre 2023.

² Ibid.

III - La position de la commission : la réécriture de l'article dans le but d'en garantir la sécurité juridique et d'assurer la qualité du droit

Les rapporteurs ont peiné à obtenir des explications sur la visée et la portée réelles du présent article, que l'exposé des motifs de la proposition de loi ne présente pas.

En reliant les éléments apportés par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et par les acteurs de l'habitat inclusif auditionnés par les rapporteurs¹, il semblerait qu'il s'agisse non seulement de permettre au porteur du projet de vie sociale et partagée de **disposer à titre exclusif des locaux collectifs résidentiels** de l'habitat inclusif constitué en intermédiation locative, mais également de l'autoriser à **intégrer au loyer des logements des charges correspondant à la mise à disposition de ces locaux**, comme le font les organismes HLM lorsqu'ils louent directement des logements.

Souscrivant à ces objectifs, mais constatant la **fragilité rédactionnelle** du dispositif proposé, la commission a adopté un amendement de réécriture **COM-222** des rapporteurs, qui permet de coordonner les dispositions du code de la construction et de l'habitation et celles du code de l'action sociale et des familles et de **confier au Gouvernement le soin de fixer les modalités précises de mise en œuvre de la faculté ainsi accordée**, notamment en ce qui concerne les conditions de tarification des charges liées à la mise à disposition des locaux collectifs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ La Caisse des dépôts et consignations, la fondation Les Petits Frères des Pauvres, la Fédération nationale de la Mutualité française et l'Agence nationale de l'habitat.

Article 13 bis A

**Reconnaissance de la nature de bâtiments à usage d'habitation
des lieux d'habitation des habitats inclusifs**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à qualifier de bâtiments à usage d'habitation des lieux d'habitation des habitats inclusifs au regard de la réglementation en matière de sécurité contre les risques d'incendie afin d'éviter que s'y appliquent les obligations applicables aux établissements recevant du public.

La commission a adopté cet article dans une nouvelle rédaction afin d'en améliorer la qualité rédactionnelle et de supprimer les dispositions permettant au pouvoir réglementaire de fixer des mesures complémentaires en matière de sécurité contre les risques d'incendie.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la non-application aux habitats inclusifs de la réglementation applicable aux établissements recevant du public en matière de sécurité contre les risques d'incendie

A. La jurisprudence administrative a récemment fragilisé les perspectives de l'habitat inclusif

1. La qualification d'établissement recevant du public entraîne l'application d'une réglementation particulièrement stricte en matière de sécurité

Aux termes de la réglementation, tous les bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non, constituent des **établissements recevant du public** (ERP)¹.

**Les règles applicables aux ERP en matière de sécurité
contre les risques d'incendie**

La qualification d'ERP emporte un certain nombre d'obligations, notamment **en matière de sécurité contre le risque d'incendie**. Ainsi :

- les constructeurs, propriétaires et exploitants sont tenus, tant au moment de la construction de l'ERP qu'au cours de son exploitation, de respecter les mesures de prévention et de sauvegarde propres à assurer la sécurité des personnes, lesquelles sont déterminées compte tenu de la nature de l'exploitation, des dimensions des locaux, de leur mode de construction, du nombre de personnes pouvant y être admises et de leur aptitude à se soustraire aux effets d'un incendie² ;

¹ Article R. 143-2 du code de la construction et de l'habitation.

² Article R. 143-3 du code de la construction et de l'habitation.

- les bâtiments et les locaux doivent être construits de manière à **permettre l'évacuation rapide et en bon ordre de la totalité des occupants** ou leur évacuation différée si celle-ci est rendue nécessaire et avoir une ou plusieurs façades en bordure de voies ou d'espaces libres permettant l'évacuation du public, l'accès et la mise en service des moyens de secours et de lutte contre l'incendie¹ ;

- les matériaux et les éléments de construction employés tant pour les bâtiments et locaux que pour les aménagements intérieurs doivent présenter, en ce qui concerne leur comportement au feu, **des qualités de réaction et de résistance appropriées aux risques courus**, celles-ci devant faire l'objet d'essais et de vérifications en rapport avec l'utilisation à laquelle ils sont destinés² ;

- l'aménagement des locaux, la distribution des pièces et éventuellement leur isolement doivent assurer une protection suffisante, compte tenu des risques courus, aussi bien des personnes fréquentant l'ERP que de celles qui occupent des locaux voisins³ ;

- les sorties et les dégagements intérieurs qui y conduisent doivent être aménagés et répartis **de telle façon qu'ils permettent l'évacuation ou la mise à l'abri préalable rapide et sûre des personnes**, leur nombre et leur largeur devant être proportionnés au nombre des personnes appelées à les utiliser et tout ERP devant disposer d'au moins deux sorties⁴ ;

- l'éclairage doit être électrique et un éclairage de sécurité doit être prévu dans tous les cas⁵ ;

- le stockage, la distribution et l'emploi de produits explosifs ou toxiques, de tous liquides particulièrement inflammables et de liquides inflammables soumis à autorisation ou à enregistrement sont interdits dans les locaux et dégagements accessibles au public, sauf dispositions contraires précisées dans le règlement de sécurité⁶ ;

- les ascenseurs et monte-charges ainsi que les installations d'électricité, de gaz, de chauffage et de ventilation doivent **présenter des garanties de sécurité et de bon fonctionnement**⁷ ;

- l'ERP doit être **doté de dispositifs d'alarme et d'avertissement, d'un service de surveillance et de moyens de secours contre l'incendie** appropriés aux risques⁸.

¹ Article R. 143-4 du code de la construction et de l'habitation.

² Article R. 143-5 du code de la construction et de l'habitation.

³ Article R. 143-6 du code de la construction et de l'habitation.

⁴ Article R. 143-7 du code de la construction et de l'habitation.

⁵ Article R. 143-8 du code de la construction et de l'habitation.

⁶ Article R. 143-9 du code de la construction et de l'habitation.

⁷ Article R. 143-10 du code de la construction et de l'habitation.

⁸ Article R. 143-11 du code de la construction et de l'habitation.

Dans chaque commune, **le maire est chargé d'assurer, en ce qui le concerne, le respect de la réglementation** applicable aux ERP¹.

Le représentant de l'État dans le département peut, quant à lui, prendre, pour toutes les communes du département ou pour plusieurs d'entre elles, ainsi que dans tous les cas où il n'y est pas pourvu par le maire, toutes mesures relatives à la sécurité dans les ERP². Il n'exerce ce droit à l'égard des ERP d'une seule commune ou d'un seul ERP qu'après qu'une mise en demeure adressée au maire est restée sans résultat.

La commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité assiste le maire et le représentant de l'État dans le département dans l'application des mesures de police et de surveillance qu'ils sont appelés à prendre en vue d'assurer la protection contre l'incendie et la panique dans les ERP³.

Après avis de cette commission, le représentant de l'État dans le département peut constituer des sous-commissions dont il fixe la compétence⁴, ainsi que des commissions de sécurité d'arrondissement et, en cas de besoin et après consultation des maires, des commissions communales ou intercommunales dont il fixe la composition⁵.

Le rôle de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité

La commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité est notamment chargée :

- d'examiner les projets de construction, d'extension, d'aménagement et de transformation des ERP, que l'exécution des projets soit ou ne soit pas subordonnée à la délivrance d'un permis de construire ;

- de procéder aux visites de réception des ERP⁶ et de **donner son avis sur la déclaration attestant l'achèvement et la conformité des travaux d'achèvement⁷ et sur la délivrance de l'autorisation d'ouverture des établissements ;**

- et de procéder, soit de sa propre initiative, soit à la demande du maire ou du représentant de l'État dans le département, à des contrôles périodiques ou inopinés sur l'observation des dispositions réglementaires⁸.

¹ Article R. 143-23 du code de la construction et de l'habitation.

² Article R. 143-24 du code de la construction et de l'habitation.

³ Article R. 143-26 du code de la construction et de l'habitation.

⁴ Article R. 143-28 du code de la construction et de l'habitation.

⁵ Article R. 143-29 du code de la construction et de l'habitation.

⁶ Article R. 143-38 du code de la construction et de l'habitation.

⁷ Article L. 462-1 du code de l'urbanisme.

⁸ Article R. 143-26 du code de la construction et de l'habitation.

Le maire autorise l'ouverture d'un ERP par arrêté après avis de la commission de sécurité compétente¹. L'établissement doit par la suite faire l'objet, dans les conditions fixées au règlement de sécurité, de visites périodiques de contrôle et de visites inopinées effectuées par la commission de sécurité compétente².

Enfin, **la fermeture des ERP exploités en infraction à la réglementation applicable peut être ordonnée par le maire ou par le représentant de l'État dans le département**³. La décision est prise par arrêté après avis de la commission de sécurité compétente.

2. Un risque de qualification en établissement recevant du public plane aujourd'hui sur les habitats inclusifs comptant plus de six habitants

Or le Conseil d'État a récemment jugé que les logements sociaux destinés à loger des personnes handicapées dans le cadre d'un habitat inclusif établi au sein d'un immeuble **constituaient un ERP du type J et non un bâtiment à usage d'habitation**, compte tenu « *de la concentration en un lieu unique de personnes dont l'aptitude à se soustraire aux effets d'un incendie est nécessairement diminuée, alors que cette aptitude est au nombre des paramètres à retenir pour l'appréciation des mesures en vue d'assurer la sécurité des personnes contre l'incendie* »⁴.

Le juge administratif considère à ce titre que les circonstances que les personnes handicapées concernées sont titulaires d'un contrat de location et non pas admis dans un établissement médico-social et que l'immeuble ne comporte pas de lieu collectif de vie, contrairement à un tel établissement, **ne sauraient faire obstacle à cette qualification**.

Les ERP du type J

Relèvent du type J **les établissements ayant pour vocation principale d'héberger des personnes âgées présentant des difficultés d'autonomie ou des personnes handicapées**⁵.

Ces ERP appartiennent à la cinquième catégorie lorsque leur capacité d'hébergement est comprise entre 7 et 19 et à la quatrième catégorie lorsque cette capacité est égale ou supérieure à 20 lorsqu'ils accueillent des personnes handicapées et à 25 lorsqu'ils accueillent des personnes âgées⁶.

¹ Article R. 143-39 du code de la construction et de l'habitation.

² Article R. 143-41 du code de la construction et de l'habitation.

³ Article R. 143-45 du code de la construction et de l'habitation.

⁴ Conseil d'État, Juge des référés, 20 février 2023, n° 470899.

⁵ Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, article J1.

⁶ Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, article PE 2.

La réglementation précise que, compte tenu de leur spécificité et des difficultés du public reçu, le niveau de sécurité des ERP du type J repose, notamment au début de l'incendie, sur le transfert horizontal de ces personnes vers une zone contiguë suffisamment protégée. Leur sont donc notamment prescrits :

- un renforcement des conditions d'isolement ;
- un large emploi de la détection automatique d'incendie permettant une alarme précoce ;
- ou encore le désenfumage des circulations¹.

Il en résulte **une forte insécurité juridique pour les habitats inclusifs comportant plus de 6 habitants**, qui risquent, en cas de contentieux, de se voir requalifier en ERP du type J et, en conséquence, d'être astreints au respect de la réglementation applicable à de tels établissements, notamment en matière de sécurité contre les risques d'incendie, et, faute de pouvoir satisfaire à cette obligation, de **faire l'objet d'une mesure de fermeture administrative**.

B. L'Assemblée nationale propose de consacrer la nature de bâtiments d'habitation des lieux d'habitation d'un habitat inclusif au regard de la réglementation en matière de sécurité contre les risques d'incendie

Le présent article, qui résulte d'un amendement de la députée Servane Hugues (groupe Renaissance) et de plusieurs de ses collègues des groupes Renaissance, Démocrate (MoDem et Indépendants) et Horizons et apparentés adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, tend à insérer au sein du code de l'action sociale et des familles un article L. 281-4-1 disposant que, quel que soit le nombre d'habitants, les lieux d'habitation d'un habitat inclusif² **constituent un bâtiment à usage d'habitation pour l'application de la réglementation en matière de sécurité contre les risques d'incendie**³.

Les règles applicables aux bâtiments d'habitation en matière de sécurité contre les risques d'incendie

La réglementation applicable aux bâtiments d'habitation en matière de sécurité contre les risques d'incendie est bien **moins contraignante** que celle qui s'applique aux ERP.

Il est ainsi uniquement prévu que :

- la disposition des locaux, les structures, les matériaux et l'équipement de ces bâtiments doivent **permettre la protection des habitants contre l'incendie** ;

¹ Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public, article J3.

² Les logements, les dégagements et les locaux réservés à la vie commune.

³ Article L. 141-2 du code de la construction et de l'habitation.

- les logements doivent être isolés des locaux qui, par leur nature ou leur destination, peuvent constituer un danger d'incendie ou d'asphyxie ;
- la construction doit permettre aux occupants, en cas d'incendie, soit de quitter l'immeuble sans secours extérieur, soit de recevoir un tel secours ;
- les installations, aménagements et dispositifs mécaniques, automatiques ou non, mis en place pour permettre la protection des habitants des immeubles doivent être entretenus et vérifiés de telle manière que le maintien de leurs caractéristiques et leur parfait fonctionnement soient assurés jusqu'à la destruction desdits immeubles¹.

Un décret fixerait les mesures complémentaires requises, le cas échéant, pour assurer la sécurité des habitants contre les risques d'incendie, ainsi que les personnes physiques ou morales auxquelles elles incomberaient. D'après l'exposé des motifs de l'amendement, ces mesures *« devront tenir compte du degré de perte d'autonomie des habitants et pourront comprendre des installations (portes coupe-feu), des équipements (extincteurs) ou des organisations particulières (information des personnes, formation des professionnels, exercices d'évacuation, etc.) qui seront mises en œuvre par les personnes physiques ou morales (propriétaire, occupants, animateur du projet) les mieux à même de les assurer »*.

II - La position de la commission : une nécessaire mise en cohérence avec l'objectif affiché

Les rapporteurs souscrivent pleinement à l'objectif porté par le présent article et dont dépend l'avenir de l'habitat inclusif.

Sur leur proposition, la commission a toutefois adopté un amendement de réécriture **COM-223** visant à la fois à **améliorer la qualité rédactionnelle du dispositif et à supprimer les dispositions permettant au pouvoir réglementaire de fixer des mesures complémentaires en matière de sécurité contre les risques d'incendie**.

Il serait en effet tout à fait **illogique** de garantir la qualification des locaux dans lesquels sont constitués les habitats inclusifs en bâtiments d'habitation dans le but d'alléger les obligations qu'ils leur seraient applicables s'ils étaient considérés comme des ERP en prévoyant dans le même temps de **les astreindre au respect de contraintes supplémentaires** à celles qui pèsent sur les bâtiments d'habitation.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Article R. 111-13 du code de la construction et de l'habitation ; arrêté du 31 janvier 1986 relatif à la protection contre l'incendie des bâtiments d'habitation.

Article 13 bis B

Suppression des plafonds d'accueil de personnes âgées dépendantes et d'autres publics en résidence autonomie

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à supprimer les limites à l'accueil de personnes âgées dépendantes, de personnes handicapées, d'étudiants et de jeunes travailleurs en résidence autonomie.

La commission a adopté cet article dans une nouvelle rédaction afin de substituer à la suppression des plafonds de personnes âgées dépendantes et d'autres publics fragiles en résidence autonomie une possibilité d'assouplissement de ces seuils par décret et d'assurer la sécurité juridique du dispositif.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la suppression des plafonds d'accueil de publics fragiles en résidence autonomie

A. Les résidences autonomie ne peuvent accueillir des personnes âgées dépendantes et certains autres publics fragiles qu'en-deçà de certains seuils

Les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale¹ sont des **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)** dès lors qu'ils accueillent :

- une proportion de résidents classés dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 3 **supérieure à 15 % de la capacité autorisée** (voir le commentaire de l'article 11 de la présente proposition de loi) ;

- ainsi qu'une proportion de résidents classés dans les GIR 1 à 2 **supérieure à 10 % de cette capacité**².

D'autre part, les structures qui sont à la fois des établissements ou services accueillant des personnes âgées ou leur apportant à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale et des logements-foyers³ constituent des **résidences autonomie** dès lors qu'elles accueillent des personnes âgées dépendantes dans des proportions **inférieures aux seuils au-delà desquels un établissement est qualifié d'Ehpad**⁴.

¹ Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, 6° du I.

² Articles L. 313-12 et D. 313-15 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation.

⁴ Article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Les logements-foyers

La loi définit le logement-foyer comme un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois **des locaux privatifs** meublés ou non et **des locaux communs affectés à la vie collective**.

Il accueille notamment **des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées**.

Certains types de logements-foyers revêtent une qualification spécifique, à savoir :

- la « résidence sociale », destinée aux personnes ou familles éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de leurs ressources ou de leurs conditions d'existence, et qui ont droit, à ce titre, à une aide de la collectivité pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir ;

- la « pension de famille », destinée à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire ;

- et la « résidence accueil », qui correspond à une pension de famille dédiée aux personnes présentant un handicap psychique.

L'une des particularités des résidences autonomie est de proposer à leurs résidents des prestations individuelles ou collectives qui **concourent à la prévention de la perte d'autonomie** et peuvent également être proposées à des non-résidents. Pour l'exercice de cette mission, les départements leur allouent une aide spécifique, le **forfait autonomie**.

Par ailleurs, dans le cadre d'un projet d'établissement à visée intergénérationnelle, ces structures peuvent accueillir, d'une part, **des personnes handicapées** et, d'autre part, **des étudiants ou des jeunes travailleurs** dans des proportions **inférieures ou égales au total à 15 % de la capacité autorisée**¹.

Elles ne peuvent accueillir de nouveau résident remplissant les conditions de perte d'autonomie auxquelles est assujéti le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) **que si le projet d'établissement le prévoit et que des conventions de partenariat ont été conclues** avec un Ehpad et au moins une catégorie de praticiens de santé parmi les suivantes :

- un service autonomie à domicile ;
- un centre de santé ;

¹ Article D. 313-24-1 du code de l'action sociale et des familles.

- des professionnels de santé ;
- ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile.

Les résidences autonomie doivent enfin **proposer, dans un délai maximum d'un an, un accueil dans un Ehpad** aux résidents dont l'évolution du niveau de dépendance entraînerait un **dépassement des plafonds** d'accueil de personnes âgées dépendantes qui leur sont applicables.

B. L'Assemblée nationale propose de supprimer ces plafonds

Le présent article, qui résulte de deux amendements des membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants) adoptés en séance publique par l'Assemblée nationale, vise à **supprimer les plafonds d'accueil de personnes âgées dépendantes (1°) ainsi que de personnes handicapées, d'étudiants et de jeunes travailleurs (2°)** en résidence autonomie.

D'après l'exposé des motifs des amendements, il s'agit, d'une part, de permettre aux résidences autonomie de conserver « *leur vocation première d'accompagner principalement des personnes âgées encore relativement autonomes sans être contraintes par une réglementation trop stricte pouvant conduire à des ruptures de parcours* » et, d'autre part, compte tenu de la diminution du taux d'occupation des chambres dans ces structures, de leur accorder « *la faculté de faire usage, dans le cadre d'un projet d'établissement, des chambres inoccupées, favorisant ainsi les liens intergénérationnels et la mixité des publics qui sont des facteurs de cohésion sociale et contribuent à limiter le déclin cognitif des personnes âgées* ».

II - La position de la commission : alléger les contraintes sans renoncer à la protection des personnes âgées dépendantes

Aux yeux des rapporteurs, la suppression des seuils maximaux d'accueil de personnes âgées dépendantes applicables aux résidences autonomie présente deux inconvénients majeurs.

Sur le plan juridique, d'une part, le dispositif proposé paraît **extrêmement fragile**. En effet, lesdits seuils constituant, aux termes de la loi, la frontière essentielle entre l'Ehpad et la résidence autonomie et devant être conservés dans le cadre de la définition de l'Ehpad, **un risque de requalification en Ehpad pourrait planer sur les résidences autonomie** qui les dépasseraient.

Dans ce contexte, bien que, comme le note la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), « *la requalification en Ehpad nécessite une véritable démarche prenant en compte, notamment, les avis et autorisations du conseil départemental et de l'ARS et mettant en place une tarification* », la définition de l'Ehpad paraît devoir être révisée afin d'**éviter toute ambiguïté**.

D'autre part, en pratique, la suppression des seuils maximaux applicables aux résidences autonomie pose la question de **la capacité de ces structures non médicalisées à accueillir des personnes âgées particulièrement dépendantes dans des proportions plus importantes**. La DGCS, qui appuie la mesure proposée au motif qu'elle « *permet au gestionnaire de garder ou non les personnes plus dépendantes en fonction des moyens de son établissement et des partenariats qu'il a contractés avec le secteur sanitaire* », souligne toutefois que « *plus qu'une requalification [en Ehpad], si les personnes sont mises en danger, il pourrait y avoir une décision de fermeture de la résidence et la proposition de répartition des résidents dans d'autres établissements* ».

Compte tenu des révélations de ces dernières années sur la gestion de certains établissements médico-sociaux, les rapporteurs refusent catégoriquement de faire courir le moindre risque aux personnes en perte d'autonomie.

Enfin, la suppression du seuil maximal d'accueil de personnes en situation de handicap, d'étudiants et de jeunes travailleurs en résidence autonomie ne paraît pas justifiée, dans la mesure où **ce plafond peut être relevé par décret** et qu'il ne serait pas atteint, en pratique, dans la plupart des cas.

Sur la proposition des rapporteurs, la commission a donc adopté un amendement de réécriture **COM-224** tendant à la fois :

- dans un double souci de soutien au « virage domiciliaire » et de protection des résidents, à dissocier les seuils « plafonds » de personnes âgées dépendantes en résidence autonomie des seuils « planchers » de ces mêmes personnes en Ehpad, afin de **permettre au Gouvernement de relever les premiers par décret, sans aller jusqu'à leur suppression** ;

- à **sécuriser la situation juridique des résidences autonomie**, en garantissant que le dépassement des seuils « planchers » de personnes âgées dépendantes en Ehpad n'entraînera pas leur requalification en Ehpad ;

- à **supprimer les dispositions supprimant le seuil maximal d'accueil de personnes en situation de handicap, d'étudiants et de jeunes travailleurs en résidence autonomie** ;

- et à améliorer la qualité rédactionnelle du dispositif.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 13 bis C

Possibilité de sous-location de logements dans l'habitat inclusif à des salariés du porteur du projet de vie sociale et partagée ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à permettre la sous-location de logements sociaux au sein d'un habitat inclusif à certains salariés intervenant quotidiennement auprès des habitants.

La commission a adopté cet article dans une nouvelle rédaction afin d'en améliorer la qualité rédactionnelle et de confier au pouvoir réglementaire le soin d'en déterminer les conditions d'application.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : l'attribution aux organismes d'intermédiation locative de la faculté de sous-louer des logements sociaux au sein d'un habitat inclusif à des salariés de structures intervenant auprès des habitants

A. Des logements sociaux peuvent être sous-loués par les organismes d'intermédiation locative en vue d'y établir un habitat inclusif

Depuis 2022¹, la loi permet que l'habitat inclusif soit **constitué dans des logements locatifs sociaux** construits ou aménagés spécifiquement pour l'usage des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap et bénéficiant d'une autorisation spécifique délivrée par le représentant de l'État dans le département pour être attribués en priorité à ces mêmes personnes².

Dès lors, par dérogation à l'interdiction de sous-louer un logement locatif social³, les organismes d'habitations à loyer modéré (HLM)⁴ sont autorisés à louer aux organismes bénéficiant de l'agrément relatif à l'intermédiation locative et à la gestion locative sociale⁵ des logements construits ou aménagés spécifiquement pour l'usage des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap et bénéficiant de l'autorisation spécifique du représentant de l'État dans le département, **en vue de les sous-louer à une ou plusieurs de ces personnes**, le cas échéant dans le cadre d'une colocation⁶.

¹ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, article 134.

² Article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 442-8 du code de la construction et de l'habitation.

⁴ Offices publics de l'habitat, sociétés anonymes d'habitations à loyer modéré, sociétés anonymes coopératives de production, sociétés anonymes coopératives d'intérêt collectif d'habitations à loyer modéré, fondations d'habitations à loyer modéré, sociétés de coordination et sociétés de vente d'habitations à loyer modéré (article L. 411-2 du code de la construction et de l'habitation).

⁵ Cet agrément est accordé par l'autorité administrative pour une période de cinq ans renouvelable (articles L. 365-4 et R. 365-4 du code de la construction et de l'habitation).

⁶ Article L. 442-8-1-2 du code de la construction et de l'habitation.

B. L'Assemblée nationale propose de permettre la sous-location de logements au sein d'un habitat inclusif à des salariés de services sociaux et médico-sociaux et du porteur de l'habitat inclusif

Le présent article, qui résulte d'amendements identiques des membres des groupes Renaissance, Horizons et apparentés et Démocrate (MoDem et Indépendants) adoptés en séance publique par l'Assemblée nationale, tend à insérer au sein du code de la construction et de l'habitation un article L. 442-8-1-3 autorisant les organismes bénéficiant de l'agrément relatif à l'intermédiation locative et à la gestion locative sociale à sous-louer des logements locatifs sociaux faisant partie d'un habitat inclusif à **toute personne ayant fait le choix d'y habiter à titre de résidence principale**, et notamment :

- à des **personnes salariées de certains établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)**¹, lorsqu'elles assurent à tout ou partie des habitants de l'habitat inclusif un **accompagnement quotidien** (1°) ;

- et à des **personnes salariées par la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée** (2°).

**La prise en compte de la profession du demandeur pour
l'attribution d'un logement social**

Aux termes de la législation, l'attribution des logements locatifs sociaux participe à la mise en œuvre du droit au logement et doit donc tendre à **satisfaire les besoins des personnes de ressources modestes et des personnes défavorisées**².

Par conséquent, il est notamment tenu compte, pour l'attribution de ces logements, du patrimoine, de la composition, du niveau de ressources et des conditions de logement actuelles du ménage, de l'éloignement des lieux de travail, de la mobilité géographique liée à l'emploi, de la proximité des équipements répondant aux besoins des demandeurs³.

¹ Les établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale et les établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, 6° et 7° du I).

² Article L. 441 du code de la construction et de l'habitation.

³ Article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

Certaines dérogations à ces règles d'attribution existent néanmoins. Ainsi, par exemple, depuis 2005¹, l'activité professionnelle des membres du ménage est prise en compte pour l'attribution d'un tel logement que **lorsqu'il s'agit d'assistants maternels ou d'assistants familiaux agréés**².

De même, en 2021³, le législateur a prévu que, sur certains territoires⁴, la convention intercommunale d'attribution fixe, le cas échéant, un **objectif d'attributions aux personnes exerçant une activité de sapeur-pompier volontaire**⁵. Le Gouvernement a défini les modalités d'exercice de cette faculté⁶, en précisant que les logements concernés doivent être situés à proximité des centres d'incendie et de secours et que l'objectif d'attribution doit être déterminé à partir des besoins en logements constatés par les services d'incendie et de secours⁷.

Une nouvelle exception a enfin été établie en 2022⁸. Il en résulte une obligation pour la convention intercommunale d'attribution de fixer, sur les mêmes territoires, un objectif d'attributions aux demandeurs de logement exerçant une activité professionnelle qui ne peut être assurée en télétravail **dans un secteur essentiel pour la continuité de la vie de la Nation**, selon des modalités précisées par la conférence intercommunale du logement en fonction des besoins du territoire⁹.

II - La position de la commission : confier au Gouvernement le soin d'encadrer le dispositif

L'attribution aux organismes d'intermédiation locative de sous-louer des logements dans l'habitat inclusif aux salariés intervenant quotidiennement auprès des habitants se justifie d'autant mieux que, comme l'a rappelé la Caisse des dépôts et consignations, *« de fait, les salariés travaillant dans les habitats inclusifs ont de faibles revenus et sont éligibles au plafond PLS [prêt locatif social] »*.

¹ Loi n° 2005-706 du 27 juin 2005 relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux, article 15.

² Article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

³ Loi n° 2021-1520 du 25 novembre 2021 visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers et les sapeurs-pompiers professionnels, article 37.

⁴ Ceux des établissements publics de coopération intercommunale tenus de se doter d'un programme local de l'habitat ou ayant la compétence en matière d'habitat et au moins un quartier prioritaire de la politique de la ville, de la ville de Paris et des établissements publics territoriaux de la métropole du Grand Paris concernés.

⁵ Article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

⁶ Décret n° 2023-220 du 28 mars 2023 relatif à l'attribution de logements sociaux aux sapeurs-pompiers volontaires, article 1^{er}.

⁷ Article R. 441-1-3 du code de la construction et de l'habitation.

⁸ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, article 78.

⁹ Article L. 441-1 du code de la construction et de l'habitation.

En outre, cette mesure pourrait permettre de **compenser en partie le manque d'attractivité** des métiers de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, souvent caractérisés par leur pénibilité et des niveaux de rémunération relativement modestes.

En pratique, néanmoins, il conviendra de **veiller à ce que cette possibilité n'entraîne pas d'abus** en méconnaissance du droit du travail, notamment en dehors du temps de travail des travailleurs logés dans l'habitat inclusif.

Au terme des travaux des rapporteurs, **une interrogation persiste concernant le cadre juridique applicable à ces locations**. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) indique en effet, d'une part, que *« les baux consentis dans le cadre de cette dérogation seront des contrats de louage régis par les dispositions du code civil »* et, d'autre part, que *« cet article nécessiterait effectivement des précisions supplémentaires en imposant a minima un plafond de ressources et un plafond de loyer qui auraient été ceux appliqués dans ce logement en cas de location sociale normale »*, tout en précisant que *« le contrat devra également être encadré par le cadre civil, afin qu'il n'y ait pas de droit au maintien dans les lieux, puisqu'il s'agit d'un mode d'attribution dérogatoire pour une personne non prioritaire pour l'accès à un logement locatif social »*.

À défaut de pouvoir déterminer avec précision, dans ces conditions, le cadre le mieux adapté aux spécificités des situations en question, la commission a adopté un amendement de réécriture **COM-225** des rapporteurs, qui tend à la fois à **améliorer la qualité rédactionnelle et à confier au pouvoir réglementaire le soin d'en déterminer les conditions d'application**.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 13 bis D

**Interdiction d'exiger la remise des lieux en l'état lors du départ
d'un locataire ayant réalisé des travaux d'adaptation du logement
sans le consentement du bailleur**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, vise à interdire au bailleur d'exiger la remise en l'état d'un logement ayant fait l'objet, sans son accord, de travaux d'adaptation au handicap ou à la perte d'autonomie ou de rénovation énergétique.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la suppression de l'obligation de remise en l'état du logement lors du départ d'un locataire ayant réalisé des travaux d'adaptation sans l'accord du propriétaire

A. Le locataire peut réaliser des travaux d'adaptation du logement au handicap ou à la perte d'autonomie avec l'accord du bailleur, à défaut de quoi celui-ci peut exiger la remise des lieux en l'état à son départ

En l'état du droit, il est interdit au locataire de transformer les locaux et équipements loués **sans l'accord écrit du propriétaire**¹.

À défaut d'accord, ce dernier peut soit **exiger du locataire, à son départ des lieux, leur remise en l'état**, soit conserver à son bénéfice les transformations effectuées **sans que le locataire puisse réclamer une indemnisation des frais engagés**.

Toutefois, il est loisible au bailleur d'exiger la remise immédiate des lieux en l'état lorsque les transformations mettent en péril le bon fonctionnement des équipements ou la sécurité du local, et ce aux frais du locataire.

¹ 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, article 7.

Pour réaliser, à ses frais, des **travaux d'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie**¹ ou, depuis 2021², des **travaux de rénovation énergétique**³, le locataire doit demander l'autorisation au bailleur, par lettre recommandée avec avis de réception. L'absence de réponse du bailleur dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande **vaut acceptation**. Dès lors, **le bailleur ne peut pas exiger la remise des lieux en l'état** au départ du locataire.

La procédure applicable à la demande d'autorisation de réalisation de travaux d'adaptation du logement ou de rénovation énergétique

Le locataire qui envisage de conduire à ses frais des travaux d'adaptation du logement ou de rénovation énergétique doit adresser au bailleur, en vue de recueillir son accord, une demande qui **décrit précisément les transformations envisagées** et les conditions dans lesquelles ces travaux seront réalisés⁴. Il doit indiquer notamment l'entreprise chargée de les exécuter.

Cette demande doit mentionner **expressément** qu'à défaut de réponse dans le délai de deux mois, le bailleur sera **réputé avoir donné son accord** tacite à ces travaux et ne pourra pas, à l'issue du bail, demander la remise en état des lieux. Elle doit également reproduire les dispositions législatives sur lesquelles ce principe repose.

Enfin, dans un délai de deux mois suivant l'achèvement des travaux, le locataire doit **attester auprès du bailleur** que les travaux ont été réalisés par l'entreprise choisie et correspondent effectivement aux travaux de transformation notifiés et autorisés par le bailleur.

¹ Création, suppression ou modification de cloisons ou de portes intérieures au logement, modification de l'aménagement ou de l'équipement des pièces d'eau, création ou modification de prises électriques ou de communications électroniques et de points d'éclairage, installation ou adaptation de systèmes de commande, installation d'ascenseurs ou d'appareils permettant notamment le déplacement des personnes à mobilité réduite et installation ou modification des systèmes de fermeture et d'ouverture et d'alerte (décret n° 2016-1282 du 29 septembre 2016 relatif aux travaux d'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie réalisés aux frais du locataire, article 1^{er}).

² Loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets, article 163.

³ Isolation des planchers bas, isolation des combles et des plafonds de combles, remplacement des menuiseries extérieures, protection solaire des parois vitrées ou opaques, installation ou remplacement d'un système de ventilation et installation ou remplacement d'un système de production de chauffage et d'eau chaude sanitaire et interfaces associés (décret n° 2022-1026 du 20 juillet 2022 relatif aux travaux de rénovation énergétique réalisés aux frais du locataire, article 1^{er}).

⁴ Décret n° 2016-1282 du 29 septembre 2016 relatif aux travaux d'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie réalisés aux frais du locataire, article 2 ; décret n° 2022-1026 du 20 juillet 2022 relatif aux travaux de rénovation énergétique réalisés aux frais du locataire, article 2.

B. L'Assemblée nationale propose de supprimer l'obligation de remise en l'état des lieux au départ du locataire

Le présent article, qui résulte d'un amendement de la députée Béatrice Piron (groupe Renaissance) et de plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, vise à **interdire au bailleur d'exiger la remise des lieux en l'état** lors du départ d'un locataire ayant mené des travaux d'adaptation du logement à son handicap ou à sa perte d'autonomie ou de rénovation énergétique, **même s'il n'a pas donné son accord** à la réalisation de ces travaux.

II - La position de la commission : un dispositif contraire à la Constitution

Les rapporteurs tiennent en premier lieu à affirmer que, contrairement à ce que leur a indiqué la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le droit proposé n'est pas satisfait par le droit existant : **le bailleur peut bel et bien exiger la remise des lieux en l'état lorsque les travaux ont été réalisés sans son consentement.**

Le décret n° 2016-1282 du 29 septembre 2016 prévoit en effet que la demande d'autorisation adressée au bailleur par le locataire « *mentionne expressément qu'en application du f de l'article 7 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 modifiée tendant à améliorer les rapports locatifs, à défaut de réponse dans le délai de deux mois, le bailleur sera réputé avoir donné son accord tacite à ces travaux de transformation et ne pourra pas, à l'issue du bail, demander la remise en état des lieux* ».

Du reste, l'objet de l'amendement n° 283 au projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement présenté, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, par les sénateurs Georges Labazée et Gérard Roche et dont résulte la rédaction actuelle du f de l'article 7 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989, qui **traduit nettement l'intention du législateur**, indique que « *le bailleur ayant donné son accord explicite ou tacite ne peut demander la remise en état des lieux au départ du locataire* », ce qui implique nécessairement qu'**il le peut dès lors qu'il a autorisé la réalisation des travaux.**

En tout état de cause, il est primordial, aux yeux des rapporteurs, de **favoriser la coopération et le dialogue entre les bailleurs et les locataires.**

Or, au-delà même du fait qu'il constituerait vraisemblablement **une source intarissable de conflits**, le dispositif proposé leur paraît porter **une atteinte excessive au droit de propriété**, en permettant au locataire d'apporter des modifications au bien du bailleur sans son consentement et sans que celui-ci ne puisse en demander la remise en état, et doit être regardé, à ce titre, comme **contraire à la Constitution**¹.

Par ailleurs, **la nécessité d'une telle mesure n'a pas été démontrée**, dans la mesure où, comme l'a rappelé la Caisse des dépôts et consignations, « *de telles transformations sont le plus souvent réalisées avec l'autorisation du propriétaire* ».

Les rapporteurs relèvent du reste que, contrairement à la plupart des bailleurs privés, **les bailleurs sociaux peuvent aisément réattribuer le logement** dans lequel des travaux d'adaptation ont été réalisés à une autre personne en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, sans nécessairement avoir à exiger la remise en l'état des lieux.

Sur leur proposition, la commission a donc adopté un **amendement de suppression COM-226**.

La commission a supprimé cet article.

¹ « *Considérant que l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 proclame : Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté et la résistance à l'oppression ; que l'article 17 de la même Déclaration proclame également : La propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé si ce n'est lorsque la nécessité publique, légalement constatée, l'exige évidemment et sous la condition d'une juste et préalable indemnité ; [...]* Considérant qu'au contraire, par les référendums du 13 octobre 1946 et du 28 septembre 1958, le peuple français a approuvé des textes conférant valeur constitutionnelle aux principes et aux droits proclamés en 1789 [...] » (Conseil constitutionnel, décision n° 81-132 DC du 16 janvier 1982, Loi de nationalisation).

Article 13 bis
Coordination relative à l'aide à la vie partagée

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à remplacer, au sein des dispositions relatives à la conférence des financeurs de l'habitat inclusif, la mention du forfait pour l'habitat inclusif par celle de l'aide à la vie partagée.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : l'adaptation de la législation en vigueur à la montée en charge de l'aide à la vie partagée

A. Le transfert aux départements du financement de l'habitat inclusif est en cours

1. L'habitat inclusif est financé par les agences régionales de santé depuis 2019

Depuis 2019¹, un **forfait pour l'habitat inclusif** (FHI) visant à financer le projet de vie sociale et partagée des habitats inclusifs est attribué pour toute personne handicapée ou toute personne âgée en perte d'autonomie résidant dans un tel habitat² appartenant à l'une des catégories suivantes :

- les personnes handicapées bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)³, de la prestation de compensation du handicap (PCH)⁴ ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)⁵ ;

- les personnes majeures orientées vers certains établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS)⁶ par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées⁷ ;

¹ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, article 129.

² Article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles.

³ Articles L. 821-1 et L. 821-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁵ Ancien article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁶ Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation, les établissements ou services d'accompagnement par le travail, les établissements ou services de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle et les établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, 2°, 5° et 7°).

⁷ Article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles.

- certaines personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité¹ ;
- les personnes âgées en perte d'autonomie classées dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 5² (voir le commentaire de l'article 11 de la présente proposition de loi).

Les modalités de calcul et de versement du FHI

Le FHI est **versé par l'agence régionale de santé (ARS)** au profit de la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée lorsque l'habitat inclusif remplit les conditions fixées par le cahier des charges national³ et lorsqu'il est **retenu par l'ARS à la suite d'un appel à candidatures**⁴.

Le montant, la durée du forfait et les modalités de versement et de suivi de son utilisation, et, le cas échéant, de son reversement, font l'objet d'une convention avec l'ARS.

Le montant individuel du FHI, identique pour chaque habitant, est compris entre **3 000 euros et 8 000 euros par an et par habitant** et modulé par l'ARS selon l'intensité du projet de vie sociale et partagée, déterminée sur la base de trois critères :

- le temps consacré à l'animation du projet par le ou les professionnels chargés de cette mission par le porteur de l'habitat inclusif ;
- la nature et les caractéristiques des actions identifiées dans le cadre du projet dans l'habitat ;
- les partenariats organisés avec les acteurs concourant à la mise en œuvre du projet pour assurer la participation sociale et citoyenne des habitants.

En tout état de cause, le montant total des forfaits individuels versés pour un même habitat inclusif **ne peut dépasser 60 000 euros**.

Enfin, le départ d'un habitant ne fait pas l'objet d'une retenue dès lors qu'un nouvel habitant remplissant les conditions d'attribution du forfait emménage dans l'habitat inclusif dans un délai inférieur à trois mois.

¹ Les invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque et ceux qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (article L. 341-4 du code de la sécurité sociale, 2° et 3°).

² Article D. 281-2 du code de l'action sociale et des familles.

³ Article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles ; arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif, annexe I.

⁴ Article D. 281-3 du code de l'action sociale et des familles.

2. L'aide à la vie partagée monte en charge depuis 2021 et doit se substituer au forfait pour l'habitat inclusif à l'horizon de 2025

La loi permet au règlement départemental d'aide sociale¹ de prévoir que les habitants d'un habitat inclusif **auquel n'est pas attribué le FHI**² bénéficient d'une **aide à la vie partagée (AVP)**, qui leur permet de financer le projet de vie sociale et partagée, versée directement à la personne morale chargée d'assurer ce projet³.

L'AVP est déployée dans les départements **depuis 2021**⁴.

Les modalités de versement de l'AVP et de couverture de son financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Le bénéfice de l'AVP est subordonné à la signature, au titre des logements concernés, d'une convention entre le département et la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée dans l'habitat inclusif.

La CNSA peut verser un concours pour le financement des dépenses départementales d'AVP, dans des conditions fixées par un accord pour l'habitat inclusif, passé entre le département et la CNSA, et portant notamment sur le montant de l'aide et ses conditions d'attribution.

Cet accord peut prévoir d'autres engagements en matière de développement de l'habitat inclusif ou de politiques venant à son soutien et être également signé, à ce titre, par le représentant de l'État dans le département ou le directeur général de l'ARS.

Une annexe à l'accord recense, sous la forme d'une programmation pluriannuelle, les habitats inclusifs du département pour lesquels les dépenses départementales d'AVP font l'objet d'une couverture par le concours de la CNSA, pendant toute la durée de la convention et à hauteur d'un pourcentage de l'AVP versée par le département. Elle précise le nombre et le montant des AVP retenus pour chaque habitat ainsi que le taux de couverture de ces aides par la CNSA, lequel doit être **d'au moins 65 %** pour les habitats pour lesquels la convention est signée entre le 31 décembre 2022 et le 31 décembre 2024 et **d'au moins 50 %** pour ceux pour lesquels la convention sera signée après le 31 décembre 2024.

Le législateur a récemment prévu que **le FHI soit progressivement remplacé par l'AVP d'ici à 2025**⁵.

¹ Article L. 121-3 du code de l'action sociale et des familles.

² Comme le relève la CNSA, un logement peut répondre aux caractéristiques d'un habitat inclusif sans se voir attribuer le FHI, dans la mesure où l'attribution de ce dernier se fait dans le cadre d'une enveloppe fermée (Les cahiers pédagogiques, « L'habitat inclusif : un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale », octobre 2023).

³ Article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 34.

⁵ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 78.

Sur la base d'une convention conclue avant le 31 décembre 2022, 95 départements se sont engagés dans le déploiement de l'AVP et bénéficient à ce titre d'une participation de la CNSA à hauteur de 80 % des dépenses afférentes, c'est-à-dire jusqu'à 8 000 euros par an et par habitant.

Principales caractéristiques du FHI et de l'AVP

	FHI		AVP
Organisme débiteur	ARS		Conseil départemental
Attributaire	Porteur de l'habitat inclusif		Habitants de l'habitat inclusif
Conditions de ressources	Perte d'autonomie liée au handicap : bénéficiaires de certaines prestations sociales et personnes orientées vers certains ESSMS	Perte d'autonomie liée à l'âge : sans	Sans
Montant	3 000 € à 8 000 € par an et par habitant		Jusqu'à 10 000 € par an et par habitant

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

D'après les informations communiquées aux rapporteurs par les acteurs de l'habitat inclusif auditionnés¹, il semble que, dans les faits, l'AVP ne soit **jamais attribuée lorsque plus de 25 personnes résident au sein de l'habitat inclusif concerné**, dans le but de prioriser les habitats inclusifs « à taille humaine ».

3. La conférence des financeurs de l'habitat inclusif élabore un programme coordonné de financement dans le département

Dans chaque département, une **conférence des financeurs de l'habitat inclusif** pour les personnes handicapées et les personnes âgées, qui correspond à une formation spécifique de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées², est chargée de recenser les initiatives locales et de **définir un programme coordonné de financement de l'habitat inclusif**, dont le financement par le FHI, en s'appuyant sur les diagnostics territoriaux existants et partagés entre les acteurs concernés³.

¹ La Caisse des dépôts et consignations, la fondation Les Petits Frères des Pauvres, la Fédération nationale de la Mutualité française et l'Agence nationale de l'habitat.

² Article L. 233-1 du code de l'action sociale et des familles.

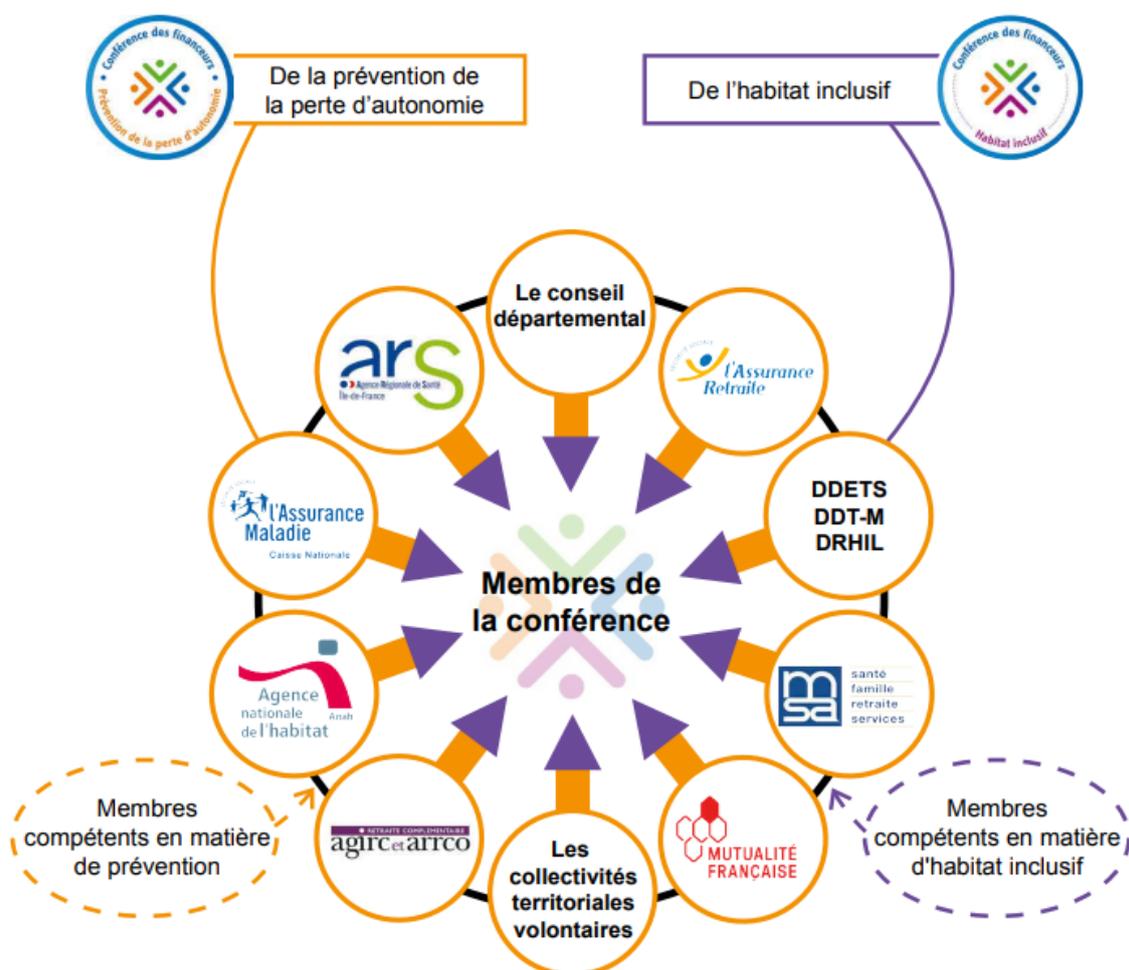
³ Article L. 233-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ayant pour président celui du conseil départemental¹ et pour vice-président le directeur général de l'ARS, cette formation comprend, en sus des membres de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, **des services déconcentrés de l'État compétents en matière d'habitat et de cohésion sociale**, à savoir :

- la direction départementale des territoires et de la mer (DDTM) ;
- la direction régionale et interdépartementale de l'habitat et du logement (DRIHL) ;
- la direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP).

Des partenaires locaux compétents en matière d'habitat peuvent également y être associés.

Composition de la conférence des financeurs



Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « L'habitat inclusif : un habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale », Les cahiers pédagogiques, octobre 2023

¹ Article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales.

B. L'Assemblée nationale propose une mise en cohérence des dispositions relatives au programme coordonné de financement de l'habitat inclusif avec le remplacement à venir du FHI par l'AVP

Le présent article, qui résulte d'un amendement adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale à l'initiative de l'une de ses deux rapporteuses, vise à **remplacer la mention du FHI par celle de l'AVP** au sein des dispositions prévoyant l'élaboration d'un programme coordonné de financement de l'habitat inclusif par la conférence des financeurs de l'habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées (I).

Cette modification serait **effective à partir du 1^{er} janvier 2025**, date à laquelle l'AVP doit remplacer le FHI (II).

L'Assemblée nationale a adopté cet article.

II - La position de la commission : la suppression de cet article

Bien que la coordination proposée se justifie pleinement, elle s'avère **incompatible** avec le dispositif de l'article 1^{er} bis A de la présente proposition de loi, qui **supprime les dispositions législatives dont la modification est proposée**.

La commission a donc adopté un **amendement de suppression COM-227** des rapporteurs, ainsi qu'un amendement **COM-155** tendant à intégrer le dispositif du présent article au sein de l'article 1^{er} bis A.

La commission a supprimé cet article.

Article 13 ter
Ajout d'un volet « habitat inclusif »
dans les plans départementaux de l'habitat

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à permettre l'intégration de la programmation pluriannuelle de financement de l'habitat inclusif dans le périmètre des plans départementaux de l'habitat.

La commission a modifié cet article afin d'en assurer l'applicabilité.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la prise en compte de l'enjeu de développement de l'habitat inclusif par les plans départementaux de l'habitat

A. Les plans départementaux de l'habitat n'intègrent pas la programmation pluriannuelle en matière d'habitat inclusif

1. Les départements et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie élaborent une programmation pluriannuelle en matière d'habitat inclusif

Financé par les agences régionales de santé (ARS) depuis 2019¹, le **forfait pour l'habitat inclusif** (FHI)² doit être progressivement remplacé, d'ici à 2025³, par l'**aide à la vie partagée** (AVP), déployée depuis 2021⁴ et financée par les départements avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁵ (*voir le commentaire de l'article 13 bis de la présente proposition de loi*).

Le bénéfice de l'AVP est subordonné à la signature, au titre des logements concernés, d'une convention entre le département et la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée de l'habitat inclusif.

Un accord pour l'habitat inclusif, passé entre le département et la CNSA, fixe les conditions qui ouvrent droit au versement par la CNSA d'un concours pour le financement des dépenses départementales d'AVP.

Une **annexe** à cet accord, signée par le département et la CNSA, recense, sous la forme d'une **programmation pluriannuelle**, les habitats inclusifs du département pour lesquels les dépenses départementales d'AVP font l'objet d'une **couverture par le concours de la CNSA**, pendant toute la durée de la convention et à hauteur d'un pourcentage de l'AVP versée par le département.

¹ Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, article 129.

² Article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles.

³ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 78.

⁴ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 34.

⁵ Article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'annexe précise **le nombre et le montant des AVP retenus pour chaque habitat** ainsi que **le taux de couverture de ces aides par la CNSA**, lequel doit être d'au moins 65 % pour les habitats pour lesquels la convention est signée entre le 31 décembre 2022 et le 31 décembre 2024 et d'au moins 50 % pour ceux pour lesquels la convention sera signée après le 31 décembre 2024.

2. Un plan départemental de l'habitat est adopté par les départements, lesquels coordonnent le développement de l'habitat inclusif

Chaque département élabore un **plan départemental de l'habitat** afin d'**assurer la cohérence** entre les politiques d'habitat menées dans les territoires couverts par un programme local de l'habitat et celles menées dans le reste du département¹.

Ce plan doit définir des orientations conformes à celles qui résultent des schémas de cohérence territoriale et des programmes locaux de l'habitat et prendre en compte les besoins définis par le plan départemental d'actions pour le logement des personnes défavorisées et **ceux résultant des sorties des établissements d'hébergement ou services figurant au schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale**.

Enfin, il doit comporter un diagnostic sur le fonctionnement des marchés du logement et définir les conditions de mise en place d'un dispositif d'observation de l'habitat dans le département.

Pour l'heure, la loi ne prescrit pas aux plans départementaux de l'habitat de prendre en compte l'enjeu de développement de l'habitat inclusif, dont **la coordination relève pourtant du président du conseil départemental**² depuis 2022³.

B. L'Assemblée nationale propose d'intégrer la programmation pluriannuelle de financement de l'habitat inclusif au champ des plans départementaux de l'habitat

Le présent article, qui résulte d'un amendement des membres du groupe Horizons et apparentés adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, prévoit la **prise en compte par les plans départementaux de l'habitat des besoins définis par la programmation pluriannuelle de financement de l'habitat inclusif** (2°).

¹ Article L. 302-10 du code de la construction et de l'habitation.

² Article L. 3211-1 du code général des collectivités territoriales.

³ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, article 134.

D'autre part, dans une logique d'élargissement du périmètre d'intervention des plans départementaux de l'habitat, il dispose que ces derniers prennent en compte non plus les besoins résultant des sorties des établissements d'hébergement ou services figurant au schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, **mais ceux des personnes en perte d'autonomie** définis par ce schéma (1°).

L'Assemblée nationale a adopté cet article.

II - La position de la commission : améliorer la sécurité rédactionnelle du dispositif

D'après la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'intégration de la programmation pluriannuelle de financement de l'habitat inclusif au champ des plans départementaux de l'habitat *« doit permettre un exercice de planification du déploiement de l'habitat inclusif à moyen et long terme et faire le lien entre le volet habitation et la programmation de l'aide à la vie partagée »*.

Les acteurs de l'habitat inclusif auditionnés par les rapporteurs estiment, pour leur part, que cette évolution leur donnera de la visibilité sur les engagements des départements en termes de financement, favorisera le dialogue entre partenaires et permettra de développer ce type d'habitat.

Si les rapporteurs souscrivent pleinement à ces objectifs, la rédaction du dispositif leur apparaît devoir être améliorée afin de **garantir l'effectivité de la prise en compte de l'enjeu de développement de l'habitat inclusif par les plans départementaux de l'habitat**.

En effet, la programmation pluriannuelle de financement de l'habitat inclusif **ne définit pas à proprement parler des « besoins »**, mais recense les habitats inclusifs du département pour lesquels les dépenses départementales d'AVP font l'objet d'une couverture par le concours de la CNSA **dans le but de répondre à des besoins**.

La commission a par conséquent adopté un **amendement de clarification rédactionnelle COM-228** des rapporteurs.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 13 quater

Rapport au Parlement sur le cadre juridique et financier de l'habitat mixte

Cet article, inséré en commission à l'Assemblée nationale, vise à prévoir la remise au Parlement d'un rapport établissant un cadre juridique et financier pour l'hébergement mixte.

La commission a supprimé cet article.

I – Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : la remise d'un rapport établissant un cadre juridique et financier pour l'hébergement mixte

Le présent article, qui résulte d'un amendement des députés Émilie Bonnivard et Yannick Neuder (groupe Les Républicains) adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, prévoit la remise au Parlement d'un rapport « *établissant un cadre juridique et financier pour l'hébergement mixte* » et évaluant « *le coût du financement des projets, notamment le coût réel des professionnels qui interviennent dans ces hébergements* », et ce dans un délai de six mois à compter de sa promulgation.

L'Assemblée nationale a adopté cet article.

II – La position de la commission : la suppression de cet article

Les rapporteurs rappellent que **l'habitat inclusif fait l'objet d'un financement par les agences régionales de santé (ARS) via le forfait pour l'habitat inclusif (FHI)¹**, lequel sera remplacé d'ici à 2025² par l'aide à la vie partagée (AVP), **versée par les départements avec le soutien financier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)³** (*voir le commentaire de l'article 13 bis de la présente proposition de loi*).

En tout état de cause, conformément à sa pratique constante concernant les demandes de rapports, la commission a adopté, sur la proposition des rapporteurs, un **amendement COM-229 de suppression de l'article**.

La commission a supprimé cet article.

¹ Article L. 281-2 du code de l'action sociale et des familles.

² Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 78.

³ Article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 13 quinquies
**Rapport au Parlement sur l'opportunité de réformer la gouvernance
du secteur médico-social**

Cet article, inséré en séance publique à l'Assemblée nationale, demande au Gouvernement la remise d'un rapport sur l'opportunité de réformer la gouvernance actuelle du secteur médico-social.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale : une demande de rapport

Cet article a été inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par l'adoption d'un amendement de Caroline Janvier (Renaissance).

Il vise à demander au Gouvernement la remise au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, d'un rapport sur l'opportunité de réformer la gouvernance du secteur médico-social.

Ce rapport formulerait notamment des propositions afin de permettre une meilleure lisibilité de ces politiques, que ce soit pour les professionnels du secteur ou pour les personnes âgées et leurs proches.

II - La position de la commission : supprimer cet article

Le sujet de la gouvernance du secteur médico-social ayant déjà été amplement documenté, l'heure n'est plus à la rédaction d'un nouveau rapport mais à des mesures concrètes afin d'améliorer la cohérence et la lisibilité des politiques du soutien à l'autonomie.

La commission a donc adopté l'amendement **COM-230** de suppression des rapporteurs.

La commission a supprimé cet article.

Article 14
Gage financier

Cet article constitue le gage financier de la proposition de loi.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Le présent article prévoit que la charge pour l'État, les organismes de sécurité sociale et les collectivités territoriales qui résulte de la présente proposition de loi est compensée par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

**COMPTE RENDU DE L'AUDITION
DE M. JEAN-RENÉ LECERF, PRÉSIDENT,
ET MME VIRGINIE MAGNANT, DIRECTRICE,
DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ
POUR L'AUTONOMIE**

(Mercredi 20 décembre 2023)

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, nous allons conclure nos travaux de l'année 2023 par l'audition de M. Jean-René Lecerf, président, et de Mme Virginie Magnant, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France.

Je vous rappelle que ce texte sera examiné par notre commission dès la semaine de rentrée parlementaire, mercredi 17 janvier 2024, puis en séance à partir du mardi 30 janvier.

Pour commencer, monsieur le président et madame la directrice, je vous laisse le soin de vous présenter la position générale de la CNSA sur ce texte et sur les principales dispositions qu'il contient.

Vous pourriez, en particulier, nous indiquer comment cette proposition de loi s'articule avec la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNSA pour 2022-2026. Quelles mesures permettent de concrétiser des engagements de la COG ? Quels engagements nécessiteraient encore, à vos yeux, une traduction législative ?

Nos rapporteurs, Jean Sol et Jocelyne Guidez, puis les membres de la commission pourront ensuite vous poser leurs questions.

M. Jean-René Lecerf, président de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. – Je suis d'autant plus honoré de clôturer vos travaux de cette année, mesdames, messieurs les sénateurs, que le Sénat est une maison chère à mon cœur. Je vous indiquerai la position du Conseil de la CNSA sur cette proposition de loi, puis Virginie Magnant précisera son articulation avec la COG, à laquelle il faudrait du reste signer un avenant, car depuis sa signature de nombreux engagements ont été pris par le Gouvernement.

Le Conseil de la CNSA regrette tout d'abord qu'il n'y ait pas eu une grande loi sur l'autonomie qui aurait embrassé la prise en charge, à la fois, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et qui, sans nécessairement tout prévoir, constituerait en quelque sorte un phare pour les dispositions législatives ultérieures. Un tel texte devrait permettre d'améliorer les conditions de vie de ces personnes en situation de vulnérabilité, tout en renforçant l'attractivité des métiers de l'accompagnement et du soin.

Nous souhaitons également voir affirmer de manière plus directe la fin du choix réducteur entre le domicile traditionnel et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cela est d'autant plus nécessaire qu'après l'affaire Orpéa, d'autres Ehpad commerciaux, notamment du groupe Emera, font aujourd'hui l'objet de nouvelles suspicions.

Aux présidents de département qui m'interrogent sur l'avenir de ces établissements, dont certains ne sont aujourd'hui remplis qu'à 65 %, je répons que la solution est peut-être de les transformer en résidences autonomie. Les personnes qui sont encore très largement valides pourraient ainsi être prises en charge sans que cela pose autant de difficultés au regard de leur dignité, et même de leur citoyenneté, que dans certains Ehpad.

A contrario, j'estime que pour les personnes en situation de grande dépendance ou en extrême fin de vie, il nous faut renforcer l'appréhension domiciliaire.

La grande loi autonomie qui fait aujourd'hui défaut devrait du reste également fixer les grandes orientations en matière de fin de vie.

En lieu et place de cette grande loi, nous avons plusieurs initiatives qui, pour être intéressantes, n'en sont pas moins compartimentées : le Conseil national de la refondation dans son volet « Bien vieillir », la Conférence nationale du handicap, la stratégie « Bien vieillir », avec la présentation d'une feuille de route interministérielle, et donc la mobilisation d'un grand nombre de membres du Gouvernement, et enfin cette proposition de loi remise à l'ordre du jour du Parlement après quelques aléas.

En dépit des limites inhérentes à une proposition de loi au regard de l'article 40 de la Constitution, ce texte nous paraît comporter un certain nombre de dispositions intéressantes. Nous avons reçu avec satisfaction la promesse d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge, dont la première devrait être votée avant la fin de l'année prochaine. Nous aurons ainsi l'occasion, tous les cinq ans, d'avoir un véritable débat sur les progrès réalisés et sur les difficultés qui persistent. Ce n'est certes pas la grande loi autonomie dont nous rêvions, notamment parce que ce texte sera contraint par l'aspect financier, mais cela s'en approche.

Nous accueillons de même favorablement les réflexions sur la tarification forfaitaire pour le domicile. Si l'instauration d'un tarif plancher partait d'une bonne idée, l'indifférenciation de la compensation selon les départements a créé une sorte d'effet d'aubaine pour les départements les plus aisés, sans compter que la tarification à l'heure entrave toute autonomie dans l'organisation de l'emploi du temps des personnels, ce qui ne contribue pas à redonner du sens à ces métiers.

Nous apprécions également le fléchage des bénéficiaires des Ehpad commerciaux. L'actualité montre qu'il nous faut renforcer les contrôles, non pas systématiques dans l'intégralité des Ehpad - ce choix nous avait laissés dubitatifs -, mais sur le fondement de procédures d'alerte déclenchant des contrôles inopinés et plus approfondis. De fait, les structures du groupe Emera qui sont aujourd'hui pointées du doigt avaient fait l'objet de ces contrôles systématiques, ce qui montre bien que cela n'a pas suffi à arranger la situation.

Nous saluons l'intérêt porté par le texte aux résidences autonomie, qui nous paraissent être l'une des clés du logement des personnes âgées dans le continuum qui, du domicile traditionnel aux Ehpad, inclut également le logement partagé et le logement inclusif.

Les résidences autonomie ayant été fort peu entretenues ces dernières années, elles ont besoin d'être réhabilitées, ce qui nécessitera des crédits bien plus importants que ceux qui y sont consacrés aujourd'hui. La résidence autonomie permet en outre une bien meilleure appréhension domiciliaire que certains Ehpad qui accueillent une proportion importante de personnes en fin de vie ou en situation de grande dépendance.

Sur ce sujet comme sur d'autres, nous sommes tout à fait en accord avec les propositions portées par cette proposition de loi, même si, comme je l'indiquais, la CNSA souhaite que l'ensemble de ces sujets soient traités de manière globale et cohérente.

Mme Virginie Magnant, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. - J'aborderai pour ma part l'articulation entre la proposition de loi et la feuille de route de la CNSA, fixée notamment par la COG 2022-2026.

Cette proposition de loi conforte des actions importantes prévues par la COG en leur donnant une base législative. Je pense notamment au renforcement de la prévention de la perte d'autonomie par la création d'une Conférence nationale de l'autonomie et à la création du service public départemental de l'autonomie (SPDA).

La Conférence nationale de l'autonomie a vocation à assurer le pilotage national de cette politique en prenant appui sur un centre de ressources et de preuves géré par la CNSA. Ce faisant, la rédaction actuelle de la proposition de loi consolide la politique de prévention de la perte d'autonomie engagée depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Si celle-ci a créé une instance territoriale de coordination des actions de prévention avec les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, elle n'a pas instauré de gouvernance nationale.

À défaut d'une telle gouvernance, les têtes de réseau des parties prenantes des conférences des financeurs se sont organisées. La CNSA participe à un comité de pilotage national de la prévention de la perte d'autonomie qui associe l'assurance vieillesse, les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) et des représentants des départements, mais cette instance, technique, a simplement vocation à coordonner le soutien apporté aux acteurs territoriaux des conférences des financeurs. Elle a notamment contribué à doter ces conférences de méthodes leur permettant de définir des programmes concertés de prévention de la perte d'autonomie, ainsi que d'outils d'évaluation. Toutefois, sa composition l'empêche de jouer le rôle d'une véritable instance de pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie.

Nous accueillons donc avec beaucoup d'optimisme la création de la Conférence nationale de l'autonomie.

Cette proposition de loi reconnaît par ailleurs le rôle du centre de ressources et de preuves dédié à la prévention de la perte d'autonomie, chantier phare de la COG de la CNSA. Ce centre a été installé à la fin de l'année 2022, puis il a constitué sa gouvernance, commencé à recruter et noué des partenariats avec les gérontopôles dans le courant de l'année 2023. Il a, dans le même temps, démarré son action d'animation de conférences pour renforcer la culture de la preuve, dans le triple objectif de capitaliser sur les démarches probantes, d'essaimer ces démarches dans un format accessible et de soutenir la culture de la prévention dans les territoires.

Si la reconnaissance du rôle du centre de ressources et de preuves en soutien à la future Conférence nationale de l'autonomie nous paraît donc de très bon aloi, nous nous inquiétons que le texte lui assigne la fonction nouvelle de labelliser les aides techniques. Non seulement cette mission nous paraît étrangère au champ des responsabilités actuelles du CNSA, mais elle est en décalage avec les ressources dont le centre dispose - nous estimons qu'il faudrait plus de 30 équivalents temps plein (ETP) pour instruire les dossiers des plusieurs milliers d'aides techniques qui existent, quand le centre n'en compte que 3 - tandis que d'autres instances, en particulier la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé de la HAS, paraissent mieux armées pour une telle mission.

La seconde disposition de ce texte qui fait écho à la COG est la création d'un service public départemental dédié aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap. Issue des propositions formulées par Dominique Libault dans son rapport intitulé *Vers un service public territorial de l'autonomie*, l'instauration d'un tel guichet unique dans les territoires permettra d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes dans la mise en œuvre de leurs droits, de soutenir les aidants et de promouvoir des actions de prévention de la perte d'autonomie.

La CNSA est d'ores et déjà mobilisée pour préparer et soutenir la création de ce futur service public départemental. Un comité d'orientation et de suivi a été mis en place pour accompagner la préfiguration du SPDA. Sous l'égide de la ministre Aurore Bergé, la CNSA a lancé l'été dernier un appel à manifestation d'intérêt pour inviter les départements qui souhaitent déjà avancer à se manifester, afin que nous puissions concevoir avec eux le futur cahier des charges de ce SPDA.

Tout est donc réuni pour qu'une telle disposition soit effective dans les meilleurs délais.

Le texte confie également à la Caisse un nouveau rôle en matière de promotion de l'audit et du contrôle interne en direction des « réseaux » de la caisse, en particulier des maisons départementales de l'autonomie (MDA).

Il nous semble en effet important de proposer des outils tels que le développement de systèmes d'information harmonisés et les référentiels, et de nous assurer qu'ils sont pleinement mobilisés par les acteurs territoriaux. Tel est précisément l'objet de la démarche de contrôle interne.

La CNSA devra être impliquée à la fois dans la préparation de la loi de programmation pluriannuelle qu'évoquait le président Lecerf et dans sa mise en œuvre. Il ne s'agit pour l'heure que d'une perspective, mais il est clair que son adoption pourrait conduire à faire varier la trajectoire financière de la branche et nécessiter un avenant à la COG.

La proposition de loi prévoit également une expérimentation de dotation forfaitaire pour les services d'aide à domicile en remplacement des tarifs horaires. La CNSA est d'ores et déjà mobilisée par plusieurs réformes visant à conforter la capacité des services à domicile à garantir le maintien des personnes à domicile. Je pense aux réformes tarifaires qui sont actuellement en phase de montée en charge afin de soutenir le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, ainsi que le bon fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Cette expérimentation de dotation forfaitaire, de même que l'aide au soutien à la mobilité des professionnels à domicile ou le travail sur les taux d'encadrement, sont autant de chantiers nouveaux pour la CNSA qui appelleront une modification de la COG.

M. Jean Sol, rapporteur. – Pensez-vous que la création d'un SPDA permette de réaliser la mise en place de guichets uniques par département et de faciliter les démarches administratives d'accompagnement et de suivi des parcours des personnes âgées ou en situation de handicap ? Où en est le chantier de préfiguration de ce SPDA, qui a été lancé sans attendre l'adoption de la proposition de loi ?

Par ailleurs, quelle serait la répartition des rôles entre la Conférence nationale de l'autonomie et le Conseil de la CNSA ?

Le texte confie à la CNSA une mission nationale d'audit et d'évaluation des départements et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en tant qu'acteurs des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Il introduit l'obligation pour les départements et les MDPH de communiquer à la CNSA tous documents et renseignements utiles et d'autoriser la tenue de missions sur place.

Ces dispositions sont-elles de nature à faciliter le travail de coordination et d'animation de la CNSA ? Auront-elles pour effet de modifier les relations entre la CNSA et les départements qui semblent assez hétérogènes ?

Plus généralement, le texte contient-il selon vous de réelles avancées dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie ?

M. Jean-René Lecerf. – Sur la mise en place du SPDA, nous sommes actuellement dans un processus de préfiguration. Un appel à candidatures a été adressé aux départements, 16 d'entre eux seront retenus. La CNSA leur financera un équivalent temps plein (ETP) pour les aider à coordonner ce travail de préfiguration. L'État souhaitait que toutes les régions soient représentées, ce qui sera quasiment réalisé.

Nous souhaitons parvenir à davantage d'uniformité et d'universalité sur les aides accordées aux uns et aux autres en fonction de leurs besoins. Effectivement, on se heurte là à une difficulté : nos « services extérieurs », si je peux m'exprimer ainsi, sont les agences régionales de santé (ARS) et les départements, et parfois les politiques départementales sont très disparates. Or nous voulons éviter qu'en France, à partir d'un certain âge, on doive choisir son lieu d'habitation en fonction des politiques menées au niveau départemental. Le développement de programmes comme le système d'information de l'allocation personnalisée d'autonomie (SI-APA) permet de lisser le manque d'équité potentiel.

Le SPDA sera un instrument puissant pour parvenir non pas à une uniformité totale des politiques mises en œuvre, mais à une situation où globalement les personnes avec les mêmes problèmes recevront une aide équivalente. Il offre aussi l'opportunité de gérer de nouvelles relations entre les ARS et les départements, car les relations n'étaient pas très bonnes entre la CNSA et les départements – ces derniers ayant largement boycotté les conseils de la CNSA pendant le précédent mandat. Mais les relations des départements avec les ARS étaient également fort difficiles : quand j'ai pris la tête du département du Nord en 2015, on ne se parlait pas ! La crise du covid-19 nous a fait progresser et aujourd'hui ce dialogue ARS-département-CNSA doit être renforcé.

Cela étant, la question du contrôle de la CNSA sur les politiques départementales est un sujet explosif : si l'on parlait de « tutelle » de la CNSA sur un département, mes anciens collègues présidents de département monteraient au créneau ! Si la CNSA peut jouer un rôle de bons offices entre les uns et les autres, elle le fera très volontiers. Elle obtient souvent des résultats, précisément parce qu'elle représente l'État sans l'être tout à fait, et cela semble faciliter les relations de travail, par exemple pour les aides accordées aux MDPH les plus en difficulté. Nous ne cherchons nullement à exercer un contrôle.

Mme Virginie Magnant. – Nous sommes très favorables à la création d'une mission d'appui et d'évaluation de la qualité qui donnera à la CNSA la capacité de réaliser de l'accompagnement, de l'audit et du conseil sur l'ensemble des services autonomie. Cette disposition nous semble importante, même s'il ne s'agit pas de bouleverser le sens de la relation entre la CNSA et les services des conseils départementaux et des MDPH. La CNSA n'a aucun lien hiérarchique ou d'autorité sur ces services ; dans le passé, elle a joué un rôle d'animation et de coconstruction de référentiels. Plus récemment, avec la feuille de route MDPH 2022, elle a accompagné une vingtaine de MDPH dans la conception et la mise en œuvre de plans d'amélioration de la qualité, afin de réduire durablement leurs délais de traitement, en revisitant les processus d'instruction des demandes et de délivrance des droits.

Cette mission a connu un franc succès, notamment à la MDPH du Finistère, où les délais de traitement ont été divisés par deux, ou à la MDPH de l'Aisne dont le rétablissement a été spectaculaire.

Pour autant, dans le contexte de création d'une branche de la sécurité sociale dont les comptes sont désormais certifiés, il importe que nous puissions garantir l'ouverture de justes droits avec un contrôle interne dépassant le périmètre strict de la CNSA. Il faut en effet inclure le fonctionnement des services qui œuvrent aujourd'hui pour l'ouverture des droits comme les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Cette mission est donc étroitement liée à la création de la branche et à la certification de ses comptes globaux. Elle vise à garantir au certificateur la parfaite conformité des droits ouverts et soutenus par les financements de la branche aux référentiels adoptés. L'inscription de cette mission dans la COG de la CNSA ne s'oppose pas à nos autres activités, qu'il s'agisse du travail d'expertise et de promotion de la coconstruction avec les MDPH et les services autonomie, ou de l'activité d'audit. On pourra par exemple réaliser des études thématiques sur plusieurs MDPH pour identifier les modalités d'ouverture des droits à la prestation de compensation du handicap (PCH) qui est fort complexe.

Il s'agit pour nous, d'une part, de répondre aux attentes du certificateur et, d'autre part, de conforter nos capacités d'accompagnement des équipes dans leurs activités d'évaluation et d'instruction, afin de garantir l'équité de traitement des situations individuelles.

Concernant le SPDA, je confirme qu'un travail de préfiguration est en cours et que l'appel à manifestations d'intérêt a été lancé. Les résultats seront annoncés prochainement par Mme Bergé. En 2024, la CNSA travaillera à favoriser le développement de ce guichet unique en soutenant les préfigurateurs dans leur démarche et en coconstruisant avec les territoires, les outils qui aideront les autres départements à structurer un tel guichet.

Au sujet de l'apport de ce service aux personnes, nous partageons le constat de Dominique Libault sur le fait que les démarches administratives que doivent remplir les personnes âgées ou en situation de handicap s'apparentent encore trop souvent à un parcours du combattant. Elles sont complexes et il importe de pouvoir mieux coordonner les acteurs comme les MDPH, les dispositifs d'appui à la coordination, les points info services, les centres locaux d'information et de coordination (Clic), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les services polyvalents de conseils départementaux qui, tous, apportent un service mais dont la lisibilité est loin d'être garantie.

M. Jean Sol, rapporteur. - Parce qu'ils ne se parlent pas ?

Mme Virginie Magnant. - Pas, ou pas assez. C'est donc pour en améliorer la qualité qu'est prévu ce dispositif, avec l'objectif d'être utile aux personnes.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. - La proposition d'une programmation pluriannuelle est vraiment attendue et serait très appréciée. Aujourd'hui, l'aspect financier n'est pas extrêmement lisible. Pourriez-vous nous dire à quelle hauteur la CNSA contribuerait au financement des dépenses liées à la coordination du SPDA et au fonctionnement de la conférence des financeurs, dans le cadre de la conférence territoriale de l'autonomie ? Les concours de la CNSA au titre des dépenses décidées par cette conférence des financeurs ont-ils vocation à progresser ?

L'article 1^{er} *bis* C qui prévoit la transmission par les départements à la CNSA de données relatives au nombre de financements de projets pérennes vous semble-t-il applicable ?

Comment appréciez-vous la proposition de réserver une fraction des bénéfices réalisés par les Ehpad privés lucratifs au financement des actions en faveur de l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement des résidents ?

On parle des contrôles qui doivent être faits dans les Ehpad, mais qu'en est-il pour les établissements de personnes handicapées ? Il me semble que les contrôles doivent y être renforcés également.

Existe-t-il des possibilités de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile sous forme de dotation globale et quelles sont leurs éventuelles limites ? En la matière, quels sont les objectifs des expérimentations prévues à l'article 8 ? Vous semblent-elles de nature à améliorer le financement des services à domicile ?

M. Jean-René Lecerf. - Concernant les contrôles, j'accueille avec satisfaction votre remarque consistant à dire qu'il faut appréhender ensemble le grand âge et le handicap. Les dérives ont pu être plus importantes dans le secteur du grand âge, mais nul ne peut l'assurer.

Pour le secteur du handicap, il faut également prendre en compte le fait que certains États voisins, comme la Belgique, ont acquis une certaine compétence, qu'il faut certes contrôler, mais qui complique toute interruption brutale de la collaboration. Il faut revaloriser les entreprises situées à l'étranger qui travaillent bien, de la même manière qu'on le fait pour les entreprises françaises, car nous n'avons pas vraiment le choix.

S'agissant de la dotation globale portant sur le secteur de l'aide à domicile, tous les éléments de réflexion sont importants. C'est un secteur en grande difficulté alors qu'il est de plus en plus indispensable. Des efforts colossaux doivent être menés pour améliorer la reconnaissance financière et l'attractivité de la fonction. Pour ce faire, la proposition de loi prévoit notamment une aide à la mobilité pour les personnels. La CNSA, l'État ou les départements pourraient ainsi faciliter l'acquisition de véhicules ou l'accès à des véhicules professionnels, qui pourraient également être utilisés pour des trajets personnels.

Par ailleurs, une réforme doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier prochain afin de transformer les heures dites « de convivialité » en heures « de lien social », permettant que ces professionnelles soient rémunérées non seulement pour le temps qu'elles passent à faire la toilette et les repas, mais aussi pour le temps qu'elles consacrent aux discussions avec les personnes âgées ou handicapées. Ces personnes ont besoin de temps d'échange, qui doivent être pris en compte dans la définition des fonctions des personnels d'aide.

On est encore très loin des souhaits formulés dans différents rapports comme celui de Mme El Khomri qui appelait à créer 350 000 emplois dans l'accompagnement et le soin, un chiffre qui ne sera pas atteint. Par conséquent, à côté des aides à domicile, il faut être très vigilant sur les aidants qui représentent environ 8 millions de personnes. Les progrès réalisés en la matière restent insuffisants. Il faut également que l'État, au niveau des départements en particulier, adopte une approche différente sur la question des séjours de répit des aidants.

En effet, j'ai reçu de nombreuses protestations des territoires concernant des initiatives très riches consistant à mettre en place des structures d'accueil pour aidants et aidés, de façon à ce que la solution ne soit pas toujours de recourir à l'Ehpad pour deux ou trois semaines mais qu'il soit également possible de prendre ensemble les repos nécessaires. Ces solutions ne sont pas encouragées à la hauteur des enjeux aujourd'hui.

Mme Virginie Magnant. – Les financements dédiés à la prévention de la perte d'autonomie pour 2022-2026 dans le cadre de la COG sont très significatifs. La branche autonomie a prévu de mobiliser 1 milliard d'euros sur cette période pour soutenir les actions pilotées au niveau territorial par les conférences des financeurs. La trajectoire est ascendante. Les crédits progressent chaque année : les concours destinés à soutenir la prévention en résidence autonomie et ceux dédiés aux autres actions de prévention, en particulier collectives, représentent aujourd'hui plus de 50 % des crédits mobilisés par les conférences.

La CNSA est le premier financeur des actions de prévention, abstraction faite de l'accès aux aides techniques financées par l'assurance maladie *via* la liste des prestations et produits remboursables. La COG de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) lui permet de renforcer ses moyens dédiés à la prévention de la perte d'autonomie au travers des crédits d'action sociale mobilisés par les Carsat : nous accueillons avec plaisir ce renforcement de la capacité collective.

S'agissant de l'expérimentation des dotations forfaitaires, la réforme du financement des services autonomie à domicile (SAD) permettait de tracer le chemin d'un financement plus global avec la mise en place de la dotation complémentaire, puisque celle-ci est conditionnée à la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). L'expérimentation de la dotation forfaitaire représente une avancée symbolique mais importante, car elle engage la rupture avec le principe d'un financement horaire. Elle permet de se rapprocher du mode de fonctionnement d'établissements médico-sociaux classiques, dans lesquels la dotation finance le fonctionnement global de la structure. On abandonne ainsi la référence à toute intervention horaire, très dénoncée par les acteurs comme allant de pair avec un fractionnement des interventions, une difficulté à financer les temps de coordination et des temps qui ne se mesurent pas strictement par la présence auprès de la personne accompagnée.

Mme Corinne Féret. – Je partage votre regret que l'on n'ait toujours pas cette grande loi autonomie promise depuis des années.

Au sujet du titre I^{er} qui concerne la création d'une Conférence nationale de l'autonomie et la mise en place d'un SPDA, des conférences territoriales n'auraient-elles pas été plus pertinentes pour garantir des réponses plus proches des acteurs concernés ?

En outre, il existe des conférences des financeurs dans les territoires, mais comment trouver la bonne articulation avec la Conférence nationale ?

Le SPDA est issu d'un amendement du Gouvernement qui fait écho à une proposition de Dominique Libault dans son second rapport. Que pensez-vous de la façon dont les choses se sont passées ?

Les propositions formulées dans le titre III, sur l'accompagnement des professionnels notamment, sont-elles suffisantes pour rendre ces métiers attractifs ? En effet, les organisations syndicales ont rappelé que ces emplois étaient occupés à 95 % par des femmes et que plus de 66 % d'entre elles étaient à temps partiel non choisi. Des propositions sont faites en matière de mobilité, d'organisation, de temps d'échange, mais où sont les moyens ? Si ces mesures ne sont pas financées, elles ne sont pas applicables.

Enfin, je m'interroge sur la formation de ces femmes : celles-ci craignent d'être parfois maltraitantes, faute d'avoir été formées. Il faut rappeler que la maltraitance, ce n'est pas seulement en établissement.

Mme Corinne Imbert. – Pour l'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance, le Gouvernement avait annoncé que 20 départements au plus seraient concernés. Pouvez-vous nous confirmer que 16 départements ont été retenus ?

L'accueil familial n'est pas développé de la même manière dans les différents départements. La loi prévoit qu'un accueillant familial peut être agréé pour trois personnes au plus, et jusqu'à quatre s'il accueille un couple par dérogation accordée par le président du conseil départemental, et si les conditions le permettent. Que pensez-vous de l'accueil familial comme solution pour les personnes âgées ou handicapées ? Cette dérogation pourrait-elle être élargie à l'ensemble des accueillants familiaux, à condition bien sûr que les conditions d'accueil le permettent ? Compte tenu du vieillissement de la population et des réticences à entrer en Ehpad, l'accueil familial présente des atouts : la proximité et la possibilité pour les services du conseil départemental de faire un suivi des personnes, quand, en parallèle, de plus en plus de structures d'accueil ouvrent leurs portes sans agrément et échappent à tout contrôle.

M. Alain Milon. – Monsieur le président, vous avez déclaré douter de l'avenir de ces propositions de loi. On observe pourtant leur multiplication, exonérant le Gouvernement de faire ses propres lois. La semaine dernière, lors d'une audition d'opérateurs privés, l'un d'eux a déclaré que le prix de journée pouvait varier de 75 euros à 1 500 euros. N'y a-t-il pas un risque de voir certains tenter de transformer leur Ehpad en soins palliatifs ?

M. Philippe Mouiller, président. – Rappelons qu'une proposition de loi ne fait l'objet ni d'étude d'impact ni d'avis du Conseil d'État.

M. Jean-René Lecerf. – Les 16 départements ont été choisis dans le cadre de la préfiguration du SPDA – c’est une autre thématique.

À propos de l’accueil familial, il n’existe aujourd’hui qu’à dose très homéopathique... Or il connaît un vrai succès, notamment en milieu rural. Des opportunités existent tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap, y compris dans le milieu agricole. Quand le dispositif fonctionne bien, les personnes accueillies y restent jusqu’à leur dernier jour. Il me semble tout à fait pertinent de réfléchir à son développement, comme pour le logement partagé ou le logement inclusif.

Le fait que la conférence créée par l’article 1^{er} soit nationale et non territoriale répond au constat qu’aujourd’hui en France, on a beaucoup de mal à garantir un minimum d’équité entre les situations des différents départements. J’ai été vice-président de l’Assemblée des départements de France, aujourd’hui Départements de France, chargé des finances et j’ai pu constater l’extrême difficulté d’obtenir des décisions œcuméniques. Pour aller vers plus d’équité ou d’universalité, il faut parfois imposer des structures qui ont une compétence nationale plutôt que locale.

Je ne critique pas les propositions de loi, mais j’ai quelquefois l’impression qu’elles servent à préparer la loi, ce qui n’était pas la raison d’être de ce droit d’initiative parlementaire. Bien que je puisse me vanter d’avoir eu une proposition de loi qui soit allée au bout du processus lorsque j’étais sénateur, le nombre de ces textes qui aboutissent est assez restreint. Néanmoins, la discussion que vous aurez sur la proposition de loi est fondamentale pour ce que sera l’avenir des lois de programmation. Elles devront être débattues tous les cinq ans si j’ai bien compris, afin de mettre en musique les décisions que vous aurez contribué à faire prendre.

Notre situation à la CNSA ressemble parfois à celle du législateur se trouvant sous les fourches caudines de l’article 40 de la Constitution. Depuis le vote de la COG, des ministres font des déclarations en faveur de la mise en place de politiques intéressantes mais coûteuses, et au moment du vote du budget on doit tirer les sonnettes. Il faut donner à la CNSA les moyens de tenir les promesses gouvernementales. Lorsqu’on demande d’utiliser les possibilités d’avenant de la COG, qui sont pourtant prévues, on a parfois l’impression de préférer des insanités. Mais nous y arriverons !

Mme Monique Lubin. – La mise en place du SPDA conduirait à une certaine uniformisation des services proposés dans les départements. Devons-nous y voir une territorialisation de la cinquième branche ? Les départements garderont-ils leur capacité d’innovation ? Je redoute une tentative d’amener la dépendance vers les ARS, et donc de priver les départements d’une partie de leurs compétences sur ce sujet.

Concrètement, comment le SPDA sera-t-il mis en place et qui le financera ? Ne faut-il pas craindre que progressivement le service ne puisse être maintenu que grâce aux financements des collectivités, comme on le voit pour les maisons France Services ?

Enfin, je rejoins tout ce qui a été dit sur les propositions de loi, qui permettent d'éviter d'avoir à réaliser une étude d'impact et donc de répondre à des questions. Je crains que cette proposition de loi ne conduise à créer des instances supplémentaires, mais qu'en est-il de l'offre ? Lorsque je discute avec mes concitoyens, ils ne sont pas inquiets de savoir où trouver l'information, mais plutôt de l'offre.

Vous avez évoqué les projets de certains départements à propos des aidants, mais il y a d'autres projets que nous peinons à financer. Ce qui m'intéresse, c'est l'offre. Cette proposition de loi n'empêchera-t-elle pas d'avoir un grand texte sur la dépendance ?

M. Olivier Henno. – Il y a une tension entre l'uniformité et l'équité ; il ne faudrait pas que les gens choisissent leur lieu d'habitation en fonction de ce que l'on offre dans tel ou tel territoire. Les Ehpad et les départements connaissent en outre des tensions financières. Pour ma part, je m'inquiète surtout de l'équité territoriale. Je suis pour la décentralisation, mais l'équité territoriale doit être assurée. Comment renforcer la légitimité de la CNSA dans le cadre de la cinquième branche et dans le respect de l'équité territoriale ?

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Vous avez parlé d'universalité, mais ne confondons pas universalité et uniformité. Compte tenu de la centralité de la CNSA, je crains que le cahier des charges soit appliqué uniformément partout sur le territoire, alors qu'il est au contraire essentiel de réfléchir selon les territoires, autour du département ou d'un autre territoire, dans le cadre d'une convention entre le département, l'ARS et la structure concernée.

En matière de financement, il y a deux acteurs : la sécurité sociale, qui prend en charge le soin, et le département, qui finance le social. Mais comment garantir la cohérence, quand les équipes autonomes de soignants et d'aides à domicile fonctionnent en groupe ? Faut-il scinder son activité selon que ce que l'on fait relève de la sécurité sociale ou du département ? Il faudrait repenser les circuits de financement.

Mme Corinne Bourcier. – Une association m'a alertée sur l'insuffisance de la tarification qui leur est appliquée par rapport à leur coût de revient : le tarif d'une heure à domicile est 25,60 euros et le coût de revient est de 32 euros, sachant que l'on ne peut pas facturer de reste à charge. Cette tarification insuffisante met en péril l'équilibre financier de ces associations alors que la demande explose. Comment faire évoluer la tarification des services d'aide à domicile ?

Le chèque emploi service universel (Cesu) permet d'employer une personne à domicile. Ces services sont soumis à un contrôle, mais comment sont exercés les contrôles des personnes payées par Cesu ? Cela paraît bien obscur...

M. Jean-René Lecerf. - Je préfère l'universalité à l'uniformité. Il n'est pas sain que tout se passe de la même manière sur tout le territoire. Mais les services offerts sur le territoire doivent être comparables.

Ensuite, avec des mesures trop ambitieuses, ne risque-t-on pas de décourager l'innovation ? Actuellement, nous orchestrons la réforme des dotations de la CNSA aux départements ; cette réforme doit conduire à ce que les aides accordées soient proportionnelles aux difficultés de chaque département, car l'égalité complète est une rupture d'égalité. Les départements qui ont le plus besoin d'aide doivent être plus aidés. On le voit, des départements défavorisés, notamment ruraux, ont des tarifs planchers plus importants que les départements riches, qui peuvent avoir un tarif plancher très faible sans que cela leur coûte trop. Si l'on réforme les concours de la CNSA aux départements, on devra se pencher sur cette question.

La forfaitisation ne doit pas entraîner une diminution du temps passé au chevet de la personne, cela doit donner plus de souplesse. On évoquait le quota de neuf heures de lien social par mois lors d'un conseil d'administration récent de la CNSA ; ce sont des heures très intéressantes, car le compagnonnage, la conversation, sont importants. Mais certains départements envisagent de confier ces heures de lien social aux agents de La Poste. J'ai de la sympathie pour cet établissement, mais je ne peux pas accepter cela. Ce travail doit être assuré par des professionnels, qui pourront ainsi passer peu à peu d'un emploi du temps hachuré à un emploi à temps complet, d'autant que le salaire moyen est honteux.

Mme Virginie Magnant. - Monsieur Milon, vous nous interrogez sur le tarif des Ehpad et sur le positionnement des Ehpad commerciaux. La CNSA publie les tarifs des Ehpad. Les écarts des tarifs journaliers vont de 63 à 97 euros en moyenne, avec des prix plus élevés en région parisienne - 155 euros -, notamment dans les Hauts-de-Seine - 132 euros - mais aussi dans les Yvelines, et en Haute-Savoie. Cela correspond en réalité aux territoires où le prix du foncier est très élevé.

Les durées de séjour sont différentes aussi : elles sont d'autant moins importantes que le coût est élevé - c'est un dernier recours. Mais ce n'est pas aux seuls Ehpad de prendre en charge les publics très dépendants. Le financement du soin consacré aux Ehpad ne suffirait pas. Le modèle Pathos ne va pas jusqu'à la prise en charge des soins palliatifs. Cela dit, les liens entre les Ehpad et les filières gériatriques ou d'hospitalisation à domicile se sont renforcés à la faveur de la pandémie de covid-19, au travers de conventions. C'est indispensable pour assurer l'accueil des personnes en fin de vie.

Je veux dire un mot sur le soutien de la CNSA aux départements qui promeuvent l'accueil familial des personnes âgées. Dans le cadre des rencontres interdépartementales sur l'autonomie, je me suis rendue dans des départements où j'ai visité des maisons d'accueillants familiaux. Cela m'a beaucoup intéressée. Ce sont des maisons comparables à un habitat autonome. Il y a trois ou quatre résidents, avec un hôte qui est là en permanence. L'accueillant familial est salarié et agréé. Cela permet de disposer d'autres services et cela garantit à la fois un chez-soi et des activités pour les pensionnaires.

Mme Brigitte Devésa. - La maltraitance peut prendre de nombreuses formes et touche aussi les services à domicile. Les familles peuvent en partie compenser ces maltraitances quand elles accueillent le bénéficiaire, mais les contrôles sont insuffisants. Quand il y a une réelle maltraitance et que l'on porte plainte, les plaintes ne donnent lieu à aucun suivi, on met même en doute les témoignages des plaignants au motif qu'ils sont séniles. Comment améliorer la situation ?

M. Khalifé Khalifé. - Je suis inquiet des couches multiples que l'on ajoute les unes aux autres. Certains départements sont de bons élèves, ils ont essayé de trouver des solutions, mais cette nouvelle couche risque de les mettre en difficulté.

Le Sénat a adopté à l'unanimité un amendement sur le dispositif dit « Creton » lors de l'examen du PLFSS. Nous aimerions maintenant que le Gouvernement s'en empare, car il y a 10 000 personnes en attente. Qu'en pensez-vous ?

Mme Frédérique Puissat. - Il n'y a rien dans le texte sur l'accueil de jour pour les personnes atteintes de troubles du comportement, comme la maladie d'Alzheimer, car cela relève du pouvoir réglementaire. Mais la circulaire qui organise l'accueil de jour date de 2011 et on constate qu'il y est dérogé sur le terrain. Pourtant, l'ARS considère qu'un accueil de 2 ou 3 places n'est pas suffisant et ferme les services. En avez-vous entendu parler ? Que pensez-vous des seuils de 6 et de 10 personnes ? Une disposition législative pourrait-elle rendre la gestion plus souple sur le terrain ?

M. Jean-René Lecerf. - Sur l'amendement Creton, il y a des progrès, notamment la volonté de créer des places dans le cadre des « 50 000 solutions ». Le dernier PLFSS marque cette orientation. Sur les dérives constatées dans les SAD, la seule solution est forcément globale : il faut que les personnels soient plus formés et plus nombreux. Il y a des cas de maltraitance, mais aussi des exemples nombreux de personnes qui se dévouent pour un salaire de misère. Je regrette par ailleurs la féminisation outrancière - 97 % - de cette fonction ! Dans les départements, on essaie de recruter plus d'hommes assistants familiaux, et on arrive à un équilibre 70 %-30 %.

Je comprends votre crainte que les départements les mieux disants soient pénalisés. Le tarif plancher a eu pour effet de compenser plus fortement les départements ayant fait le moins d'efforts.

Je suis moins pessimiste que vous sur l'évolution des tarifs. Le tarif est actuellement entre 24 et 25 euros, mais il faut ajouter souvent les 3 euros de qualité. Or, il n'y a pas si longtemps, on était encore à 16 euros. Les progrès dépendront de la qualité du recrutement et de la limitation d'un nombre de vacances de poste. Il y a beaucoup de congés maladie, car ce métier est devenu plus exposé aux risques. Cela s'explique par le fait que les aides techniques ne sont pas assez utilisées et que les formations sont insuffisantes. En outre, la personne qui n'a plus assez de force physique pour exercer ce métier doit cesser de l'exercer et devenir une personne ressource.

Mme Virginie Magnant. – Sur la qualité des accompagnements et les risques de maltraitance, vous soulignez les difficultés posées par les interventions trop fractionnées, des absences non remplacées ou un turnover des intervenantes, qui sont des symptômes des difficultés existantes sur le recrutement et la fidélisation des professionnelles de l'autonomie. C'est un sujet central auquel la CNSA a consacré ses dernières rencontres sur les métiers de l'autonomie qui sont en tension. Un livre blanc a été remis au Gouvernement.

Le soutien de l'attractivité de ces métiers appelle une mobilisation collective pour actionner de nombreux leviers : la rémunération des professionnelles, les conditions de leur recrutement, le fonctionnement des services.

La CNSA n'intervient pas dans le contrôle des structures qui incombe au premier chef aux autorités de tarification et de contrôle, c'est-à-dire les départements et les ARS.

Nous faisons partie des acteurs mobilisés pour promouvoir des organisations bien traitantes et avons lancé à cette fin une étude d'évaluation très importante du fonctionnement des services en équipes autonomes, afin de rompre avec des interventions trop minutées et de conforter des interventions au plus près des besoins.

Via des conventionnements de plusieurs dizaines de millions d'euros avec les grandes fédérations d'aide à domicile, nous soutenons aussi la formation des professionnels, des managers de ces équipes pour les sensibiliser à des modes d'organisation bien traitants et à la lutte contre la maltraitance. Cette culture de la bientraitance doit régulièrement être promue pour obtenir des résultats. Il faut, en écho aux préoccupations du Conseil, redire que les personnes sont des sujets de droit et non des objets de soin et s'assurer du plein consentement de la personne aux soins et à l'accompagnement qui lui sont prodigués.

L'effort doit être collectif et la CNSA s'applique à mobiliser plusieurs leviers comme la formation, l'accompagnement des fédérations, la promotion de l'organisation bientraitante pour faire progresser cette qualité de service.

Enfin, sur la question du développement des places de répit, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) a produit un rapport l'an dernier sur les freins à leur développement. Nous savons que le fait de conditionner la capacité des structures à organiser des séjours de répit avec un nombre de places minimum peut constituer un obstacle. En même temps, comme le rapport de l'Igas le soulignait, nous constatons avec dépit que les places peuvent être sous-occupées.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – La situation est différente selon les territoires car elle est liée aux problèmes de transports.

Mme Virginie Magnant. – Une réflexion est en cours pour étudier différentes solutions de répit, y compris à domicile, ce qui répondrait parfaitement au besoin des aidants d'être soutenus sans perturber le mode de vie de la personne aidée.

M. Philippe Mouiller, président. – Je vous remercie pour vos interventions.

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 17 janvier 2024, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de M. Jean Sol et de Mme Jocelyne Guidez, rapporteurs, sur la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France (n° 147, 2023-2024).

M. Philippe Mouiller, président. – Notre ordre du jour appelle maintenant l'examen du rapport et du texte de la commission sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France. Ce texte sera examiné en séance à partir du mardi 30 janvier.

Nos deux rapporteurs, Jean Sol et Jocelyne Guidez, ont tous deux réalisé un travail remarquable dans des conditions très particulières.

M. Jean Sol, rapporteur. – Je vous présente, tout d'abord, mes vœux les plus sincères pour cette nouvelle année.

« Bâtir la société du bien-vieillir en France » : tel est le programme ambitieux que se fixe la proposition de loi déposée par Mme Aurore Bergé qui est soumise à notre examen ce matin. Au regard des enjeux liés au vieillissement de la population, sous l'effet de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom, mais aussi des besoins d'inclusion encore non pourvus de nos concitoyens en situation de handicap, remplir cet objectif nécessite des efforts considérables.

Ce texte, qui comptait initialement 14 articles, est pourtant d'une ampleur modeste, en décalage par rapport aux enjeux, ce qui peut expliquer son cheminement chaotique. Au cours de son examen par l'Assemblée nationale, qui a commencé le 11 avril 2023 et ne s'est achevé que le 23 novembre dernier, le texte a considérablement gonflé pour totaliser 65 articles. C'est donc une proposition de loi hypertrophiée que nous devons traiter dès ce mois de janvier.

Il faut le dire d'emblée, le contenu de ces articles est d'une portée et d'une pertinence très inégales, et globalement limitées. La proposition de loi n'entraînera sans doute pas de bouleversement des politiques de soutien à l'autonomie. Comme l'ont révélé nos auditions, les attentes des acteurs sont désormais tournées vers la future loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge promise par le précédent gouvernement. L'annonce à l'article 2 *bis* B de l'adoption d'une telle loi de programmation avant le 31 décembre 2024, bien qu'elle n'ait qu'une portée morale et symbolique et, j'insiste, aucune portée juridique puisque le législateur ne peut se contraindre lui-même, a ainsi focalisé l'attention – cela donne une idée de l'importance des mesures contenues dans le présent texte. Elle aura au moins le mérite de rappeler cet engagement au nouveau gouvernement.

En effet, le principal défi, au-delà des ajustements qui nous sont ici proposés, est d'ordre financier. Que ce soit pour réussir le virage domiciliaire ou améliorer les conditions d'hébergement en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), la question du financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de l'accompagnement de leurs aidants ne cessera pas de se poser sans création de ressources nouvelles. D'autres leviers devront être saisis afin de relever le défi de l'attractivité des métiers du grand âge. En particulier, j'appelle de mes vœux la création d'une spécialisation en gériatrie ou gérontopsychiatrie de l'exercice infirmier en pratique avancée.

Nous avons donc abordé ce texte avec la volonté de le recentrer sur son contenu utile, ce qui nous conduira à vous proposer de supprimer ou de réécrire de nombreux articles. Nous vous ferons également une proposition de modification de l'intitulé afin qu'il rende mieux compte du contenu du texte.

La proposition de loi contient d'abord un volet relatif à la gouvernance et au pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie, qui fait l'objet du titre I^{er}.

L'article 1^{er} prévoit la création d'une conférence nationale de l'autonomie, présidée par le ministre compétent, afin d'assurer le pilotage national de cette politique. Nos auditions ne nous ont pas convaincus que cette nouvelle instance répondrait à un réel besoin et que la coordination doive se situer à ce niveau. Nous vous proposerons donc de supprimer ces dispositions.

Nous proposons, en revanche, de conserver, au même article, l'inscription dans la loi du centre national de ressources probantes chargé, au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de recenser et de diffuser les actions de prévention et d'élaborer des référentiels de bonnes pratiques. Toutefois, il ne semble pas opportun de lui confier la mission d'évaluer et de labelliser les aides techniques, pour laquelle la CNSA n'est pas dimensionnée.

L'article 1^{er bis} G confie à la CNSA une mission nationale d'audit et d'évaluation au bénéfice des départements, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie (MDA). Si la mission d'audit paraît de bon aloi, il nous semble préférable de limiter le rôle d'évaluation aux MDPH et aux MDA, et de supprimer son extension aux départements au nom des principes de la décentralisation.

Parmi les principaux apports du texte, la création, à l'article 1^{er} bis A, du service public départemental de l'autonomie (SPDA) vise un double objectif de décloisonnement des politiques sanitaires et médico-sociales, et de rapprochement des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Dans chaque département, ce service assuré conjointement par les acteurs territoriaux des politiques de l'autonomie aurait pour objectif de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des proches aidants, et de coordonner les services et les aides à leur intention. Il serait piloté par le département et exercerait quatre grandes missions, conformément aux préconisations du rapport de Dominique Libault, qui l'a inspiré, à savoir l'accueil, l'information et l'orientation des bénéficiaires ; l'instruction, l'attribution et la révision des droits ; l'assistance aux professionnels intervenant auprès des bénéficiaires ; la réalisation d'actions d'information, de prévention, de repérage et d'« aller-vers ».

Une conférence territoriale de l'autonomie composée du département et du bloc communal, de l'agence régionale de santé (ARS), du rectorat d'académie et du service public de l'emploi serait chargée de coordonner l'action des membres du SPDA à travers un programme annuel d'actions. Dans une formation élargie, elle succéderait à l'actuelle conférence des financeurs sous la dénomination de « commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie », également compétente en matière de financement de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

Il convient d'observer que le SPDA ne supprime aucun dispositif de coordination ou guichet existant, mais ajoute au contraire une couche supplémentaire. En outre, la notion de guichet unique qui sous-tend les recommandations du rapport Libault n'est pas explicitement reprise dans cet article. Cependant, l'imprécision du texte présente l'avantage de la souplesse et de l'adaptabilité du dispositif aux réalités locales, car la réponse aux objectifs du SPDA pourra varier selon les territoires.

Sans attendre l'adoption de la proposition de loi, le Gouvernement a d'ailleurs adressé aux départements un appel à manifestation d'intérêt afin de préfigurer le SPDA. Dix-huit départements ont ainsi été retenus pour expérimenter le dispositif en 2024.

Nous considérons que la logique de parcours doit être un pilier du SPDA, lequel doit s'inscrire dans la perspective du virage domiciliaire de nos politiques de soutien à l'autonomie, et favoriser un continuum des modes d'accompagnement et de soins.

Afin de donner au financement de la prévention de la perte d'autonomie une perspective pluriannuelle qui fait aujourd'hui défaut, nous vous proposerons que la commission des financeurs établisse un plan trisannuel définissant des axes prioritaires.

Par ailleurs, afin de renforcer l'inscription territoriale du SPDA, nous vous présenterons un amendement ouvrant la possibilité au conseil départemental et à l'ARS de définir conjointement des « territoires de l'autonomie » au niveau infradépartemental, et de mettre en place la conférence territoriale de l'autonomie à cette échelle.

Nous vous proposons également d'adopter l'article 1^{er} bis D : la généralisation à tous les départements des équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques, qui fait l'objet d'une expérimentation concluante, nous semble être une mesure utile.

Le texte apporte également des avancées en matière d'organisation de l'offre médico-sociale.

S'il existe divers outils permettant la coordination et la coopération entre établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS), ceux-ci sont encore insuffisamment utilisés et perfectibles. En outre, le parc d'Ehpad publics, qui représente près de 50 % des places, apparaît particulièrement atomisé.

L'article 1^{er} bis F vise à y remédier en contraignant les établissements et services publics pour personnes âgées à se regrouper : les Ehpad, les petites unités de vie, les accueils de jour autonomes et les services à domicile publics autonomes - à l'exception de ceux qui sont gérés par un centre communal d'action sociale (CCAS) ou un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) - auraient l'obligation d'adhérer soit à un groupement hospitalier de territoire (GHT), soit à un nouveau type de groupement dénommé groupement territorial social et médico-social (GTSMS) pour personnes âgées.

Prenant la forme juridique d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), le GTSMS pour personnes âgées aurait pour objet de mettre en œuvre une stratégie commune d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours et de rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions et d'expertises.

Nous pensons que cette évolution, soutenue par les représentants du secteur, est de nature à renforcer la structuration de l'offre. Ce nouveau type de groupement pourrait également, dans une perspective de décloisonnement, investir le champ du handicap. Aussi, nous vous proposerons de supprimer, dans la dénomination du GTSMS, les termes « pour personnes âgées ». En outre, il nous semblerait pertinent que le projet d'accompagnement partagé du groupement comporte un volet relatif à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes : un récent rapport de la Cour des comptes a en effet souligné les lacunes de leur prise en charge.

En matière de prévention, le programme *Integrated Care for Older People* (Icope), promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), consiste en une démarche de dépistage précoce, systématique et multidimensionnel de la perte d'autonomie en cinq étapes, ciblé sur les personnes âgées de 60 ans et plus. Expérimenté en France dans neuf régions, il concrétise une approche renouvelée de la prévention de la perte d'autonomie.

La généralisation de ce programme, proposée à l'article 2 *bis* A, constitue à nos yeux une avancée. Il serait néanmoins opportun de clarifier son articulation avec les rendez-vous de prévention créés par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023, en précisant que les consultations qui seront bientôt proposées aux 60-65 ans et aux 70-75 ans contribueront au programme Icope : ces rendez-vous pourraient donner l'occasion de repérer des fragilités au moyen d'un questionnaire - c'est l'étape 1 de la démarche Icope -, puis, le cas échéant, de conduire l'évaluation approfondie - qui constitue l'étape 2.

Par ailleurs, il n'est pas inutile de le rappeler en cette saison, la grippe est un facteur de risque de perte d'autonomie. Ainsi, nous proposons que ces rendez-vous de prévention donnent lieu à une information sur les conséquences de la grippe.

L'article 2 vise à étendre l'utilisation des registres « canicule » tenus par les maires afin de lutter contre l'isolement social et de mener des démarches d'« aller-vers ». Ces registres, aujourd'hui lacunaires, seraient enrichis par la transmission aux maires de données concernant les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et des personnes relevant des groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6 connues par la branche vieillesse. Nous vous proposerons un amendement visant notamment à garantir que les CCAS et CIAS seront habilités, comme les ESMS, à utiliser les données de ces registres.

Enfin, l'article 1^{er} *bis* prévoit la désignation dans chaque ESMS d'un référent prévention. De notre point de vue, la prévention doit irriguer tous les métiers de l'accompagnement et non être l'affaire d'une personne, *a fortiori* d'un bénévole. Il nous semble donc préférable de le supprimer.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. - Un titre de la proposition de loi est consacré à la promotion de la bientraitance dans les établissements hébergeant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Outre plusieurs articles dont nous vous proposerons la suppression, car leurs dispositions sont pleinement satisfaites par le droit en vigueur, quelques articles méritent de retenir notre attention.

En premier lieu, l'article 3 reconnaît un droit de visite dans les ESMS et les établissements de santé. Ce n'est pas la première fois que notre commission se penche sur de telles dispositions. Dès octobre 2021, le Sénat, sur l'initiative du président Bruno Retailleau, avait examiné et adopté une proposition de loi tendant à créer un droit de visite en établissements. Nous pouvons nous réjouir que le Gouvernement, qui à l'époque ne jugeait pas pertinent du tout de consacrer ce droit dans la loi, se soit rallié aux arguments alors défendus par notre rapporteure sur ce texte, Corinne Imbert, et soutienne désormais les dispositions de l'article 3.

Toutefois, et ceci explique peut-être cela, la reconnaissance apportée par l'article 3 reste modeste et imprécise. Son application risque donc d'être variable selon les établissements et de souffrir d'accommodements et de dérogations que le législateur n'aura pas forcément souhaités.

C'est pourquoi nous vous proposerons d'introduire les dispositions résultant des travaux du Sénat sur la proposition de loi adoptée en octobre 2021. Cette rédaction apporte une meilleure garantie au résident ou au patient quant à son droit d'accueillir dans les murs de l'établissement tout visiteur qu'il consent à recevoir. Elle permet également de reconnaître un droit absolu, même en période de crise sanitaire, de visiter quotidiennement un malade ou un résident en fin de vie.

L'article 4, dans sa rédaction transmise au Sénat, prévoit que toute personne ayant connaissance d'un cas de maltraitance envers des personnes âgées ou handicapées doit signaler cette situation à une instance placée auprès de l'ARS. Cette instance aurait ensuite pour mission de transmettre les signalements aux services de l'ARS ou au conseil départemental.

Le rapport de la mission d'information menée par nos anciens collègues Bernard Bonne et Michelle Meunier sur le contrôle des Ehpad a pointé les insuffisances des circuits actuels de remontées et de prise en compte des situations de maltraitance.

Toutefois, à l'issue de nos auditions, l'organisation retenue par le présent article ne nous paraît pas satisfaisante. Nous vous proposerons donc un amendement créant une cellule départementale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance sous l'autorité conjointe du président du conseil départemental et de l'ARS. Cette cellule regrouperait également les centres départementaux d'écoute et de recueil des cas de maltraitements envers les personnes majeures vulnérables. Cette organisation tirera ainsi parti des compétences et des expertises déjà développées par les acteurs locaux. Elle permettra un traitement plus efficace et mieux coordonné des signalements de maltraitance.

Enfin, l'article 5 *bis* A renforce le criblage des antécédents judiciaires des intervenants du secteur médico-social, dans la lignée de la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants.

Cet article, que nous vous inviterons à voter, vise à étendre l'interdiction d'exercer une activité à domicile d'assistance de majeurs vulnérables ou de garde d'enfant en cas d'antécédents judiciaires. L'article permet également la consultation du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (Fijais) pour les personnes majeures vulnérables, ce qui permettra de rendre applicables les interdictions prévues par la loi. Nous vous proposerons cependant, en concertation avec la commission des lois, de clarifier les conditions dans lesquelles les directeurs de structures médico-sociales pourront être informés d'une mise en examen ou d'une condamnation non définitive afin de suspendre provisoirement l'activité de la personne concernée. Enfin, cet article donne une base légale au système d'information, dont le déploiement est en cours, qui permettra l'application efficace de la loi.

Il me semble important d'évoquer l'article 3 *bis* A, qui consacre l'intégrité psychique des résidents des Ehpad, ainsi qu'un droit à une vie affective et sexuelle. Cet article met en lumière la question, encore largement taboue et impensée, de la vie affective et sexuelle des personnes âgées hébergées en établissement. Aux préjugés sociaux sur la sexualité des seniors s'ajoutent les difficultés pouvant être rencontrées en structure médico-sociale : proximité induite par la vie collective, séparation avec le conjoint, incapacités physiques, assurance du consentement en présence de troubles psychiques de la personne...

Toutefois, cet article s'insère dans un dispositif prévoyant les mesures particulières prises pour restreindre la liberté d'aller et venir des résidents. Ces mesures, définies à l'annexe du contrat de séjour, sont élaborées à l'issue d'une procédure collégiale à l'initiative du médecin coordonnateur. Pour ces raisons juridiques, qui rendent cet article inopérant, nous vous proposerons sa suppression. La Haute Autorité de santé (HAS), qui s'est saisie de cet enjeu important, doit publier prochainement un guide à l'usage des professionnels des établissements. Ce guide de recommandation des bonnes pratiques répondra davantage aux difficultés complexes rencontrées dans les établissements.

La proposition de loi, dans sa version qui nous est transmise, comporte également un chapitre mettant en œuvre une réforme du secteur de la protection juridique des majeurs qui, sans suspense, se révèle peu ambitieuse.

L'article 5 prévoit de développer les missions des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM), afin de faire référence à l'autonomie de la personne protégée et à une charte éthique pour la profession, et d'obliger parallèlement les MJPM à déclarer toute maltraitance à la cellule de signalement nouvellement créée, ainsi qu'aux procureurs.

Ces précisions sont déjà présentes dans le code civil au sujet de l'autonomie des majeurs protégés, ou bien sont satisfaites par l'article 4 de cette proposition de loi et par le droit pénal commun pour ce qui est des signalements. Aussi, nous vous proposons de supprimer ces éléments, ou de renvoyer au code civil lorsque cela semble pertinent.

En revanche, l'article 5 *septies* introduit une mesure de simplification administrative pour les services mandataires judiciaires à la protection des majeurs qui souhaitent croître, ce qui nous semble nécessaire compte tenu de l'augmentation continue du nombre de majeurs protégés. Je vous proposerai donc de l'adopter.

Les six autres articles concernant la protection des majeurs ont été délégués à la commission des lois, qui propose d'en supprimer l'essentiel, confirmant ainsi le caractère inabouti de cette réforme du secteur.

Cinq articles de la proposition de loi s'efforcent de répondre à la crise que traverse le secteur du domicile.

Les métiers de l'aide et du soin à domicile, très majoritairement exercés par des femmes, cumulent de multiples facteurs de pénibilité, des rémunérations faibles associées à des temps partiels souvent subis et une reconnaissance qui n'est pas à la hauteur de leur utilité sociale. Ces métiers souffrent en conséquence d'un profond déficit d'attractivité.

Dans ce contexte, la création à l'article 6 d'une carte professionnelle pour les intervenants à domicile, si elle a essentiellement une portée symbolique, est néanmoins attendue depuis la crise de la covid-19. La majorité des professionnels en question ne disposant d'aucun titre ou diplôme, nous vous proposerons de ne pas limiter cette carte aux titulaires d'une certification professionnelle, mais d'en ouvrir le bénéfice aux personnes justifiant de deux années d'exercice professionnel. En outre, au-delà du symbole, il serait souhaitable qu'un décret précise les facilités qui seraient associées à la détention de la carte.

Naturellement, une juste reconnaissance de la profession passe avant tout par des conditions de travail respectueuses des professionnels et des usagers et par une solvabilisation des services qui rendrait possible une revalorisation des rémunérations.

Les déplacements d'un lieu d'intervention à l'autre et les frais qu'ils occasionnent représentent une contrainte majeure des métiers de l'aide à domicile. Cette contrainte est inégalement compensée par les branches et par les départements.

Aussi, l'article 7 tend à créer une nouvelle aide financière de la CNSA aux départements afin de soutenir la mobilité des professionnels de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Le Gouvernement a annoncé que 100 millions d'euros seraient consacrés à son financement.

À l'Assemblée nationale, cette aide s'est vu assigner l'objectif supplémentaire de soutenir l'organisation au profit des professionnels de temps d'échange et de partage de bonnes pratiques. Elle a par ailleurs été réservée aux départements assurant le respect de conditions liées au mode de rémunération des temps de déplacement des professionnels et à l'indemnisation de leurs frais de déplacement.

Si l'objectif de cet article est louable, ce dispositif viendrait encore, après le concours complémentaire prévu par la LFSS pour 2024, complexifier les relations financières entre la CNSA et les départements, qui passent déjà par une douzaine de concours. Il y a là une incohérence avec la volonté affichée du Gouvernement de rationaliser ces relations.

Compte tenu des contraintes de mobilité qui imposent l'usage d'une voiture personnelle dans certaines zones, la nécessité d'obtenir le permis de conduire peut souvent être un obstacle au recrutement des professionnels. Nous proposons donc de prendre en compte, au titre de cette aide de la CNSA, les actions des départements visant à aider les professionnels intervenant à domicile à obtenir le permis de conduire.

Par ailleurs, nous vous proposerons de supprimer les conditions qui relèvent de la négociation de branche et ne semblent pas pouvoir être garanties par les départements.

Le mode de financement des services étant au cœur de la crise du domicile, l'article 8 ouvre la possibilité aux départements volontaires de mettre en place, jusqu'au 31 décembre 2027, des expérimentations relatives à un financement par des dotations forfaitaires des services autonomie à domicile (SAD) au titre de leur activité d'aide et d'accompagnement, en lieu et place de la tarification à l'heure.

Malgré l'instauration, par la LFSS de 2022, d'un tarif plancher et d'une dotation qualité, le financement des services à domicile reste inadapté. Certes, l'abandon de la référence horaire ne va pas de soi et il semble raisonnable de passer par des expérimentations. Toutefois, compte tenu de la situation économique des services à domicile, nous vous proposerons de ramener leur terme au 31 décembre 2025, ce qui serait plus cohérent avec la restructuration en cours du secteur.

Concernant cette réforme des SAD, l'article 8 *bis* vise à apporter des aménagements concernant les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) : elle doit normalement aboutir avant le 30 juin 2025, mais elle pose des difficultés pratiques. Il prévoit d'autoriser temporairement, pour une durée maximale de trois ans, un Ssiad à conventionner avec un service proposant des prestations d'aide et d'accompagnement à défaut de présenter une demande d'autorisation en SAD. Il prévoit, par ailleurs, un délai supplémentaire de trois ans pour les Ssiad obtenant un refus d'autorisation. Ces mesures nous paraissent bienvenues afin de faciliter la mise en œuvre de la réforme.

Concernant le financement des Ehpad, l'article 9 tend à supprimer l'obligation alimentaire, en matière d'aide sociale à l'hébergement (ASH), pour les petits-enfants et leurs descendants. Nous sommes favorables à cette mesure, dont l'impact sera toutefois limité. Nous vous proposerons, en complément, de sécuriser la mise en œuvre de l'ASH en affirmant dans la loi la compétence du conseil départemental pour fixer unilatéralement, sur la base d'un barème qu'il détermine, le montant de l'obligation alimentaire.

Quant à l'article 11, il prévoit que la dotation soins puisse financer, « concurremment avec le forfait global relatif à la dépendance », des actions de prévention de la perte d'autonomie. Il nous semble pertinent qu'une ligne de financement spécifique puisse prendre en charge des actions en faveur de l'activité physique adaptée ou des actions de stimulation cognitive. En revanche, il n'est pas opportun d'énumérer dans la loi les catégories d'actions pouvant être financées dans ce cadre, au risque d'en oublier. Par ailleurs, nous vous proposerons de lever une ambiguïté en supprimant la référence au forfait dépendance.

M. Jean Sol, rapporteur. – Nous en venons au volet du texte qui concerne plus particulièrement les conditions d'accueil et de prise en charge des résidents en Ehpad.

L'article 11 *bis* D prévoit d'imposer aux Ehpad privés à titre lucratif de réserver jusqu'à 10 % de leurs bénéfices au financement d'actions en faveur de l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents. Les travaux menés portent à croire qu'il s'agit avant tout d'une mesure d'affichage, dont la constitutionnalité n'est, de surcroît, pas assurée. Les groupes d'Ehpad commerciaux auditionnés ont indiqué qu'ils consacrent d'ores et déjà plus que 10 % de leurs bénéfices à de telles actions, et l'administration a admis ne disposer d'aucun élément permettant d'indiquer qu'ils investissent moins en ce sens que les autres types d'Ehpad. Dès lors, il s'agit d'une remise en cause du principe de libre affectation des bénéfices d'une entreprise privée qui est injustifiée, et nous vous proposerons de supprimer cet article.

L'article 11 *bis* E vise à instaurer un droit opposable par les résidents d'Ehpad à voir leur animal domestique accueilli. Nous nous réjouissons que ce sujet soit abordé par le texte, tant il est avéré que les animaux peuvent être source de réconfort pour les résidents, notamment au moment de leur admission en établissement, alors que tous leurs repères sont remis en cause. Pour autant, il semble nécessaire de modifier la notion de droit opposable, afin de s'adapter aux situations des établissements et de leur personnel, et de prendre en compte les risques que ces animaux peuvent induire pour les résidents eux-mêmes. Aussi, nous vous proposerons de modifier le texte afin que les Ehpad soient désormais tenus de préciser dans leur règlement de fonctionnement les conditions dans lesquelles des animaux domestiques peuvent être accueillis.

L'article 11 *bis* F autorise, à titre expérimental, d'imposer aux Ehpad de réserver une part de leurs chambres à l'accueil exclusif de nuit. Cette expérimentation répond au déficit d'offre de solution de répit pour les proches aidants. Aussi, nous vous proposons de l'adopter en l'étendant aux résidences autonomie.

L'article 12 *ter* impose aux Ehpad de transmettre leur taux d'encadrement des résidents accueillis à la CNSA. L'exigence de transparence des résidents et de leurs proches est légitime. Aussi, nous vous proposerons d'adopter cet article. Cependant, nous attirerons en séance l'attention du Gouvernement sur les difficultés qu'il y aurait à diffuser ces données publiquement sans contextualisation. Le niveau d'encadrement nécessaire est en effet différent selon les caractéristiques des résidents.

En revanche, nous vous proposerons de supprimer l'article 11 *quater*, qui prévoit un cahier des charges spécifique pour la qualité nutritionnelle des repas en Ehpad. Ces repas font déjà l'objet de normes exigeantes, communes avec d'autres ESMS qui accueillent des personnes présentant des risques de dénutrition et de déglutition comparables. D'après mon expérience personnelle, les efforts doivent davantage être portés sur la prise effective des repas par les résidents, et donc sur le temps consacré à chaque résident, plutôt que par de nouvelles normes en la matière.

Par ailleurs, huit articles portent sur l'évaluation et le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Concernant l'évaluation de la qualité des ESMS, introduite par la loi du 2 janvier 2002, la HAS avait pour mission, depuis 2019, d'élaborer un référentiel d'évaluation et d'habiliter les organismes chargés d'évaluer les ESMS. Pour renforcer l'indépendance de ces organismes, la LFSS pour 2022 avait prévu qu'ils soient accrédités par le Comité français d'accréditation (Cofrac) et soumis à un cahier des charges élaboré par la HAS. Considérées comme un « cavalier social », ces dispositions ont toutefois été censurées par le Conseil constitutionnel.

Alors qu'il aurait pu soumettre ces mesures au Parlement par un autre véhicule législatif, le Gouvernement a fait le choix de les prendre par un décret du 28 avril 2022. Afin de mettre la loi en conformité avec cette procédure introduite par décret, l'article 12 prévoit que les organismes évaluateurs sont accrédités par le Cofrac et que la HAS définit le cahier des charges à respecter.

Nous vous proposons d'adopter cet article afin de sécuriser un dispositif qui repose actuellement sur des normes réglementaires contraires à la loi en vigueur.

Il convient dorénavant d'appliquer ces mesures, alors que seulement 1 700 ESMS ont été évalués en 2023, sur un total de près de 40 000 structures devant être évaluées tous les cinq ans. Les moyens nécessaires à l'évaluation devront donc être suffisants et les gestionnaires accompagnés par les autorités de tutelle.

Nous vous proposons en outre d'approuver, à l'article 12, la publication par la CNSA d'indicateurs relatifs à l'activité et au fonctionnement des établissements et des services. Celle-ci contribuera à renforcer l'information des usagers sur la qualité de la prise en charge des résidents et des personnes accompagnées.

Enfin, l'article 11 *bis* C pourrait être supprimé. Il prévoit que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements pour personnes âgées et handicapées comportent des clauses relatives au financement de l'évaluation de la qualité. Or, les CPOM peuvent déjà comporter de telles stipulations et les règles de tarification permettent déjà de prendre en compte ces charges.

Concernant le contrôle, rappelons que les sanctions et les prérogatives de contrôle des ESMS ont été considérablement renforcées, à la suite de l'affaire Orpéa, par un décret du 28 avril 2022 et par la LFSS pour 2023 : rehaussement des exigences de transparence financière et comptable pour les établissements ; renforcement des pouvoirs de contrôle des autorités de tutelle, des corps d'inspection et des juridictions financières ; durcissement des sanctions pouvant être infligées aux ESMS en cas d'irrégularités.

En outre, le Gouvernement avait annoncé en 2022 un plan de contrôle de 7 500 Ehpad en deux ans. Entre le 1^{er} janvier 2022 et le 30 septembre 2023, 3 146 Ehpad ont été contrôlés. Ces contrôles ont notamment donné lieu au prononcé de 1 355 injonctions, à quatre décisions de suspension d'activité, dix décisions de mise sous administration provisoire et quatre décisions de cessation définitive d'activité.

Nous considérons que ce plan de contrôle doit être mené à son terme et qu'il convient dorénavant, en appliquant la loi au-delà des Ehpad, d'assurer le contrôle régulier et pérenne de l'ensemble des établissements et services du champ social et médico-social.

Si les pouvoirs de contrôle et les sanctions semblent aujourd'hui satisfaisants, les autorités de contrôle doivent avoir les moyens d'exercer leur mission et accompagner les établissements dans cette démarche, notamment dans la suite donnée aux contrôles.

Nous vous proposons donc d'adopter quelques ajustements en matière de contrôle et de supprimer les articles qui n'apportent pas d'amélioration à ce cadre déjà robuste, qui complexifient les procédures ou qui ne permettent pas d'assurer des contrôles adaptés et des sanctions proportionnées.

Ainsi, nous vous proposons d'adopter l'article 12 *bis*, qui étend les sanctions administratives pouvant être infligées aux établissements et services en cas de méconnaissance de leurs obligations en matière d'information sur les conditions d'accueil.

À l'article 12 *quater*, nous vous proposons d'approuver le renforcement de la surveillance des pratiques de prise de contrôle d'établissements par des groupes privés. Toutefois, demander une autorisation préalable à un changement dans les modalités de contrôle direct ou indirect du gestionnaire d'ESMS se heurte à d'importantes difficultés de mise en œuvre. Nous vous proposons donc de prévoir une information préalable des autorités de tutelle dans les deux mois précédant un changement dans les modalités de contrôle.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Enfin, dans une logique de soutien au « virage domiciliaire », la proposition de loi comporte huit articles consacrés au logement, dont six concernent l'habitat inclusif. Il s'agit d'un mode d'habitation regroupé proposé, à titre de résidence principale, aux personnes handicapées et aux personnes âgées, assorti d'un projet de vie sociale et partagée, et pouvant faire l'objet d'un financement par les départements, avec le concours de la CNSA, par le biais de l'aide à la vie partagée (AVP), qui remplacera en 2025 le forfait pour l'habitat inclusif (FHI) attribué par les ARS.

Très attendu par les acteurs de l'habitat inclusif, l'article 13 *bis A* tend à garantir la qualification en bâtiments d'habitation des locaux dans lesquels sont constitués les habitats inclusifs pour l'application de la réglementation en matière de sécurité incendie. En effet, le Conseil d'État a récemment requalifié en établissement recevant du public un habitat inclusif comportant plus de six habitants, ce qui fragilise le financement des projets dans la mesure où les règles applicables en la matière sont bien plus contraignantes.

L'article 13 vise, quant à lui, à permettre au porteur du projet de vie sociale et partagée de louer auprès d'un organisme d'HLM, pour en disposer, à titre exclusif, des locaux communs au sein d'un habitat inclusif constitué en intermédiation locative, et ce afin qu'il puisse intégrer au loyer des logements composant l'habitat des charges correspondant à la mise à disposition de ces locaux collectifs.

L'article 13 *bis C* autorise par ailleurs le porteur du projet de vie sociale et partagée d'un habitat inclusif constitué en intermédiation locative à sous-louer des logements au sein de l'habitat inclusif à ses salariés ou à des professionnels du secteur médico-social apportant un accompagnement quotidien aux résidents.

Enfin, l'article 13 *ter* doit permettre la prise en compte par les plans départementaux de l'habitat des objectifs définis par la programmation pluriannuelle de financement de l'habitat inclusif.

Ces dispositifs présentant des lacunes rédactionnelles majeures et une forte fragilité juridique, nous vous proposerons de les réécrire intégralement.

Du reste, nous vous suggérerons de supprimer l'article 13 *bis* D, qui vise à interdire aux bailleurs d'exiger la remise en l'état de leur logement au départ d'un locataire ayant réalisé sans leur accord des travaux d'adaptation des lieux à sa perte d'autonomie ou des travaux de rénovation énergétique. En effet, il est douteux que ces dispositions soient nécessaires dans les faits, et elles nous paraissent également porter une atteinte excessive au droit de propriété et risquent donc d'être, à ce titre, contraires à la Constitution.

Enfin, l'article 13 *bis* B, qui vise à supprimer les plafonds de personnes âgées dépendantes ainsi que de personnes en situation de handicap, d'étudiants et de jeunes travailleurs applicables aux résidences autonomie, doit être considérablement modifié.

Il ne nous paraît pas opportun, en effet, de supprimer ces limites, dès lors que cette mesure pourrait mettre en péril les résidents les plus dépendants s'ils devenaient trop nombreux dans ces structures non médicalisées et que les plafonds d'accueil des autres publics fragiles ne sont généralement pas atteints.

Nous vous inviterons donc à rejeter la suppression pure et simple de ces seuils, tout en permettant leur assouplissement par décret. En outre, nous souhaitons assurer la sécurité juridique du dispositif en garantissant que le dépassement des seuils de personnes âgées dépendantes au-delà desquels un établissement relève de la définition de l'Ehpad n'entraînera pas la requalification d'une résidence autonomie en Ehpad.

Au total, sous réserve des nombreuses modifications qui nous semblent nécessaires, nous vous proposerons d'adopter cette proposition de loi.

Pour finir, il nous appartient de vous proposer un périmètre pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution. Nous considérons que cette proposition de loi comprend des dispositions relatives à la gouvernance et au pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ; à la lutte contre l'isolement social des personnes vulnérables ; à la protection du droit au respect de la vie privée et familiale au sein des ESMS ; aux dispositifs d'alerte en cas de maltraitance envers les personnes vulnérables en raison de leur âge ou de leur handicap ; aux missions et à la déontologie des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ; à la reconnaissance et au soutien de la mobilité des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap ; au financement des services autonomie à domicile au titre de leurs activités d'aide et d'accompagnement ; à l'aide sociale à l'hébergement ; au financement de la prévention de la perte d'autonomie au

sein des établissements pour personnes âgées dépendantes ; à l'évaluation de la qualité des ESMS ; à l'habitat inclusif.

Il en est ainsi décidé.

M. Philippe Mouiller, président. – Je vous rappelle que nous avons délégué à la commission des lois l'examen des articles 5 *quater*, 5 *quinquies*, 5 *sexies*, 5 *octies*, 5 *nonies* et 5 *decies*. La rapporteure pour avis de la commission des lois, notre collègue Elsa Schalck, va nous présenter ses conclusions.

Mme Elsa Schalck, rapporteure pour avis de la commission des lois. – La commission des lois bénéficie d'une délégation au fond sur six articles du titre II *bis*, qui portent diverses dispositions en matière de protection juridique des majeurs. Sans les citer toutes, je mentionnerai parmi elles la création d'une fonction de tuteur ou de curateur de remplacement en cas de décès du tuteur ou du curateur en exercice ; l'ajout d'une finalité d'assistance dans le cadre du mandat de protection future, ou encore la possibilité de confier une habilitation familiale aux parents et alliés.

La commission des lois s'est réunie hier matin et il me revient de vous exposer sa position. Celle-ci est assez simple, car elle repose avant tout sur une critique de la méthode employée pour faire apparaître ces articles par voie d'amendements, sans étude d'impact ni concertation avec les professionnels concernés.

Ce procédé ne nous a pas semblé à la hauteur des enjeux de la protection juridique des majeurs. Cela est d'autant plus regrettable que de nombreux travaux ont été menés, sous l'égide de la Chancellerie et des ministères sociaux, qui invitent tous à une réflexion globale et transversale.

Les professionnels que j'ai auditionnés ont critiqué assez unanimement les retouches ponctuelles apportées, qu'ils ont qualifiées d'émiettement législatif, de logique de silos ou encore de fausses bonnes idées. Un grand nombre de ces articles nous semblent peu satisfaisants sur le fond.

Nous nous sommes d'autant plus étonnés d'une telle approche que le Gouvernement a annoncé, comme vous le savez, l'adoption d'une loi de programmation sur le grand âge avant la fin de l'année 2024. Pourquoi ne pas attendre ce projet de loi et proposer des dispositifs plus aboutis dans le cadre d'une démarche construite en concertation avec les acteurs concernés ?

Sur la base de ce constat, la commission des lois a fait le choix de supprimer l'ensemble des articles 5 *quater* à 5 *nonies* qui lui ont été délégués. Seul l'article 5 *decies* subsiste, car il a pour objet de créer d'ici à la fin de l'année 2026 un registre général de toutes les mesures de protection juridique, regroupant les mesures judiciaires – sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, habilitation familiale – et les mandats de protection future.

Nous avons souhaité préserver ce dispositif et mettre le Gouvernement face à ses responsabilités. Ce registre est en effet très attendu par tous les professionnels, qui nous l'ont tous dit lors des auditions. Il est nécessaire pour assurer le respect du principe de subsidiarité et appliquer les dispositions protectrices du code de procédure pénale. Il est aussi indispensable en vue du futur règlement européen, qui prévoit un partage de ces informations pour régler les situations transfrontalières. Au cours des auditions, les magistrats nous ont dit qu'ils ne savent pas toujours quelles mesures de protection sont utilisées d'une juridiction à une autre. Nous en avons rapproché la date d'entrée en vigueur d'un an, en 2025, considérant que ce registre était déjà dans les cartons depuis de nombreuses années.

Parallèlement, nous avons maintenu le registre spécial des mandats de protection future. Prévu depuis 2015, ce registre n'a toujours pas été créé faute de décret d'application. Le Conseil d'État, par sa décision du 27 septembre 2023, vient d'enjoindre au Gouvernement de prendre ce décret dans un délai de six mois, sous peine d'une astreinte de 200 euros par jour de retard. Il nous a semblé important de conserver le bénéfice de cette injonction, car c'est le manque de publicité qui freine considérablement le recours au mandat de protection future, un outil d'anticipation qui mériterait d'être développé, ce que ce texte ne suffira pas à assurer.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Merci aux rapporteurs pour leur travail remarquable. Ce texte a gonflé car il arrive au mauvais moment : il faut une grande loi sur la question. En son absence, cette proposition de loi revêt un caractère dilatoire et, sans vision générale, chacun veut y inscrire telle ou telle mesure. Résultat : nous allons trancher sur des articles importants sans avoir entendu le Gouvernement. On nous annonce une programmation pluriannuelle, mais celle-ci sera centrée sur le financement, pas sur l'analyse des besoins. Ce n'est pas la bonne méthode.

Oui, nous devons changer l'intitulé : il ne s'agit pas d'une loi sur le bien-vieillir, mais sur l'autonomie, y compris par rapport au handicap. La cinquième branche ne se limite pas à une série de mesures ponctuelles, de compensation du handicap ou de la perte d'autonomie notamment.

Enfin, les 10 % des bénéficiaires demandés aux Ehpad privés ne sont peut-être pas constitutionnels, mais ceux-ci sont davantage des opérateurs immobiliers que sociaux, comme l'a montré l'affaire Orpéa – la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en est convenue, d'ailleurs. Nous devons donc prévoir une mesure de substitution à ces 10 %.

Mme Pascale Gruny. – Ce texte était attendu, mais nous sommes déçus, en effet, car les moyens financiers ne sont pas au rendez-vous. Dans mon département, qui est l'un des plus pauvres, on ferme des Ehpad, car la demande est en baisse, à mesure que les soins à domicile se développent.

Est-ce soutenable à long terme ? Ne faudrait-il pas rattacher les Ehpad à l'hôpital, afin que le département n'ait plus à les financer ? Ils sont de plus en plus médicalisés, et les soins palliatifs s'y développent...

La prévention doit être renforcée, aussi en amont que possible. L'un de mes proches est atteint de surdité lourde depuis longtemps et le fait de ne pas l'avoir équipé assez tôt d'un appareil a accru son mal, car l'isolement dégrade les facultés cognitives.

Les contrôles dépendent aussi des alertes, qui sont un sujet délicat : même les médecins hésitent parfois. Les ARS sont prudentes, le plus souvent, même dans les cas de maltraitements avérés.

Mme Florence Lassarade. – Je souhaite des précisions sur l'article 9 : la suppression de l'obligation alimentaire pour les petits-enfants n'est-elle pas contraire au principe de solidarité familiale ?

M. Khalifé Khalifé. – Bravo aux rapporteurs. Ce texte profus risque de ne pas avoir beaucoup d'effets, cependant. Avons-nous les moyens de mieux médicaliser les Ehpad ? Ceux-ci deviennent presque des hôpitaux, à la différence des résidences autonomie. Le Gouvernement a bloqué l'ouverture de nouveaux Ehpad il y a quelques années, au profit du maintien à domicile. Ce texte prévoit-il de revenir sur cette décision, dont l'expérience montre les conséquences négatives ?

M. Olivier Henno. – Ce texte est sympathique et plein de bonnes intentions. Comme disait Coluche, en enfonçant des portes ouvertes, on ne risque pas de casser des vitres ! L'initiative parlementaire ne peut avoir la même portée que celle du Gouvernement, d'où le caractère décevant de cette proposition de loi. Nous attendons impatiemment le projet de loi sur le grand âge.

Au-delà des questions de financement, les Ehpad attirent de moins en moins. Le virage domiciliaire est une réalité sociale : plus de 90 % de nos concitoyens veulent finir leurs jours chez eux, et pas à l'hôpital. Nous devons prendre en compte les besoins d'hospitalisation à domicile. C'est un devoir moral, et ce texte n'y suffit pas.

Mme Corinne Féret. – Merci aux rapporteurs pour leur travail remarquable. Cette proposition de loi, examinée à l'Assemblée nationale en avril dernier, a été déposée par Aurore Bergé. Puis, elle est devenue ministre. Le texte finalement adopté, en novembre dernier, comporte 65 articles, contre 14 initialement. C'est du jamais vu pour une proposition de loi !

Voilà six ans qu'on nous promet une loi sur le grand âge. Il est nécessaire de s'engager en faveur de l'accompagnement de nos aînés, nous sommes désormais au pied du mur. Or ce texte, au lieu de simplifier les choses, les complexifie. Les acteurs s'y retrouveront-ils ? Mieux vaudrait un engagement clair du Gouvernement.

J'ai pris le temps d'écouter hier soir le Président de la République pendant plus de deux heures : pas un seul mot sur le grand âge et l'autonomie ! Est-ce à dire qu'il considère que tout est au mieux ?

Nous n'avons aujourd'hui qu'une super-ministre, chargée du travail, de la santé et des solidarités. Qui est chargé du soutien à nos aînés ? Le Gouvernement doit être complété prochainement, mais, pour l'instant, nous n'avons pas entendu de ministre sur ce texte. Est-ce délibéré ?

L'article 2 *bis* B prévoit une programmation pluriannuelle, tant mieux. Mais quels moyens seront prévus ? Nous serons tous vieux un jour, chers collègues... En séance, nous aurons beaucoup à dire sur cette proposition de loi, qui ne nous satisfait pas.

M. Daniel Chasseing. – Bravo aux rapporteurs pour leur travail efficace : certains articles étaient inutiles. Pour le maintien à domicile, comme pour les Ehpad, il faut renforcer le financement. Le nombre de personnes de plus de 85 ans aura doublé en 2040.

Pour assurer une prise en charge décente de nos aînés, il est impératif de créer au moins 50 000 emplois d'ici à 2027, conformément aux prévisions du Président de la République, soit cinq emplois par Ehpad. Cette mesure permettrait aux aides-soignantes d'augmenter le temps consacré à chaque résident de 35 à 50 minutes, favorisant ainsi la bientraitance et un rythme plus adapté pour les personnes dépendantes. Comme pour la loi de 2016, il y a de belles paroles, mais peu de financements, alors qu'il faudrait créer des emplois en Ehpad et à domicile. Certes, un financement est prévu pour la mobilité des aides à domicile.

En ce qui concerne les animaux domestiques en Ehpad, si vous mettez un animal dans chaque chambre, bon courage ! Des animaux peuvent venir voir les personnes dans leur réfectoire, dans le cadre d'animations, mais pas plus. Enfin, je suis favorable à l'habitat inclusif.

Bref, nous devons renforcer le maintien à domicile en créant davantage de Ssiad, avec des aides-soignants, et non des infirmiers, pour la prévention, et en augmentant le nombre d'emplois en Ehpad. En l'état, dans ce texte, le principal n'y est pas.

Mme Céline Brulin. – Je salue à mon tour le travail des rapporteurs pour rendre ce texte opérationnel, ce qui n'était pas une mince affaire compte tenu de l'ébauche de départ et dans le temps imparti. Je ne suis pas sûre que cela suffira à emporter un vote positif de notre part, cependant.

J'ai participé à quelques auditions, et les acteurs que nous avons entendus étaient plutôt coopératifs parce qu'ils avaient la perspective de cette loi de programmation sur laquelle le Gouvernement s'était engagé. Ils étaient prêts à travailler sur ce texte en sachant que viendrait ensuite un véhicule législatif plus important.

Aujourd'hui, je partage les inquiétudes de Corinne Féret. Cet engagement sera-t-il tenu par le nouveau Gouvernement ? Je ne vois plus de véritable vision. Et il n'y a pas de bouleversement à attendre de ce texte dans nos politiques d'autonomie. Je crains une forme de lassitude des différents acteurs du secteur si cette loi ne vient pas.

Sans rentrer dans le détail, je relève les mesures concernant les regroupements. Nous sommes tous favorables au projet de mieux penser le parcours d'autonomie. Mais les établissements, comme le domicile, subissent de grosses difficultés financières, des déficits importants, et des craintes, déjà, se développent sur le fait que ces regroupements peuvent donner lieu à partager la misère, mais pas à obtenir vraiment les moyens nécessaires.

Mme Maryse Carrère. - Je tiens aussi à remercier nos deux rapporteurs pour le travail réalisé sur ce sujet qui reste prioritaire pour notre pays, car il touche à la façon dont nous considérons nos aînés, et dont nous leur assurons un accompagnement dans la dignité.

Le titre de cette proposition de loi n'est pas forcément à la hauteur des attentes et des besoins d'aujourd'hui. Je partage les analyses qui ont été faites sur ce point, notamment par les rapporteurs. Cette proposition de loi ne remplacera jamais une loi complète sur l'autonomie, que nous attendons depuis de nombreuses années. Nous avons, au Sénat, souvent rappelé combien cette loi était nécessaire, car il nous faut une vue globale de l'accompagnement de nos personnes âgées et de nos personnes handicapées.

Sur la maltraitance, on pourra faire toutes les analyses qu'on veut, on pourra faire des constats, on pourra créer des observatoires, tant que nous ne revaloriserons pas les métiers du soin et de l'accompagnement, les conditions d'exercice et les salaires, nous continuerons à en voir, par défaut de moyens et par défaut de personnel. Ce n'est pas forcément de la maltraitance physique, mais c'est de la maltraitance, parce que les restrictions budgétaires des établissements ne sont pas propices à une prise en charge respectueuse des personnes. Le temps passé par les aides-soignantes auprès des résidents d'un Ehpad montre bien qu'on puisse assimiler à de la maltraitance certains actes. Je regrette aussi que cette proposition de loi ne comporte pas de propositions sur ce sujet.

Un autre point n'a pas été suffisamment abordé : les services d'aide à domicile, notamment dans le milieu rural. L'aide à domicile en milieu rural (ADMR) est souvent organisée par le milieu associatif de manière bénévole. De vraies entreprises sont gérées par des bénévoles et le milieu associatif. Or cette proposition de loi ne comporte pas de réponses à leurs difficultés, à la pénurie de personnel que nous pouvons constater et aux conditions d'exercice de leur travail. Il aurait fallu réfléchir à davantage de décentralisation, pour laisser plus de place et surtout de moyens au conseil départemental.

On se rappelle du fameux avenant n° 54 que les départements ont assumé alors que les budgets n'étaient pas au beau fixe : ils ont tenu à assurer cette revalorisation des personnels d'aide à domicile pour assurer ces missions d'accompagnement. Nous devons faire confiance aussi au département pour continuer à accompagner les structures, les établissements et l'aide à domicile.

Mme Annie Le Houerou. – Sur la protection des majeurs, ce texte témoigne d'une impréparation totale. Il est donc bienvenu de reporter cette discussion.

Pour la prévention de la maltraitance, l'article 4 prévoit la création d'une instance territoriale. Cette instance doit impérativement être sous l'autorité conjointe du président du conseil départemental et de l'ARS, compte tenu des compétences du département en la matière et de la nécessité de respecter les structures existantes, notamment les centres Alma d'écoute et de recueil des cas de maltraitance, les gestionnaires de la plateforme 3977. Dans ce texte, où sont ces outils, qui rendent un service très important, fait par des bénévoles formés ? Vos amendements les associent, ce qui est absolument nécessaire. Mais ces instances associatives ne pourront bien fonctionner avec le département et l'ARS que si des moyens supplémentaires sont apportés. La maltraitance résulte d'abord d'un manque de moyens : c'est de la maltraitance institutionnelle. La clé sera donc la loi de programmation.

Mme Monique Lubin. – Sur la prise en compte des temps d'attente et de déplacement pour les services à domicile, il y a au moins une volonté d'aider au financement : les départements ne peuvent pas financer seuls. Sinon, qui va payer ? En fait, les services sont payés par les utilisateurs... Un pas est fait, mais cette somme de 100 millions d'euros, d'où vient-elle ? Les besoins ont-ils été chiffrés ?

Un article intéressant parle du respect de l'intimité et de la sexualité des personnes âgées dans les Ehpad. Il faudrait y ajouter certains aspects... Un Ehpad, c'est le lieu de résidence d'une personne. C'est sa résidence principale. Une fois la porte fermée dans sa chambre, il me semble que le résident de l'Ehpad doit pouvoir mener un semblant de vie qui lui convient. C'est notamment vrai lorsqu'il s'agit d'une personne qui n'est pas extrêmement dépendante, mais qui y réside parce qu'elle ne peut plus vivre seule, notamment pour des raisons de sécurité. Faut-il alors éteindre sa télévision à 20 h 30 ? Je déposerai un amendement sur cet aspect.

Sur l'article 13 *bis* D, je ne suis pas du tout d'accord avec vous. Je préside une commission d'attribution de logements sociaux, et ne pense pas qu'il faille admettre que des locataires fassent des travaux dans le logement qui leur est attribué, même pour des raisons d'accessibilité. Dans l'organisme où je siège, lorsqu'un locataire devient dépendant, c'est l'organisme qui, lui-même, fait les travaux d'accessibilité.

Et lorsque des locataires prennent la liberté de faire des travaux, d'accessibilité ou d'une autre nature, dans leur logement, on leur demande de remettre le logement en l'état quand ils s'en vont. Si nous voulons, par la loi, revenir sur ce point, je souhaite beaucoup de plaisir aux gestionnaires des organismes de logements sociaux ! Je vous demande donc d'y réfléchir.

Sur l'article 13 *bis* A, je ne comprends pas très bien pourquoi vous voulez enlever ce qui relève de la sécurité incendie. Vous vous justifiez par le fait que cela impose des coûts et une complexité supplémentaires. Dans un habitat inclusif, c'est-à-dire un établissement où les gens vivent individuellement, mais partagent des pièces communes, il me semble normal qu'on puisse avoir dans la construction et dans le fonctionnement la même exigence que pour d'autres locaux qui reçoivent du public.

À l'article 13 *bis* B, vous limitez le nombre de personnes dépendantes qui peuvent venir dans une résidence autonomie. Actuellement, il y a un pourcentage à ne pas dépasser. C'est dangereux et, dans mon département, nous avons un plan de résidence autonomie, avec un nombre de places très limité pour les personnes dépendantes.

Si l'on n'y prend pas garde et si l'on ne met pas de limites, les personnes vont vieillir et devenir très dépendantes, et cela se transformera inexorablement en Ehpad, ce qui fut le cas des maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie (Marpa) dans les années 1980. Ce serait un retour en arrière extraordinaire. Les gens qui vont dans des résidences autonomie et des résidences partagées ne veulent pas vivre avec des personnes extrêmement dépendantes. Je trouve que c'est une fausse bonne idée.

Pour terminer, dans mon département comme dans d'autres, il y a quinze ans que nous ne faisons plus appel aux petits-enfants pour le remboursement de l'aide sociale à l'hébergement. Mais nous avons mis une clause, et je la proposerai dans un amendement, qui consiste à vérifier s'il n'y a pas eu de donation faite dans les dix années précédentes. Dans l'affirmative, le remboursement leur est réclamé.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Bravo aux rapporteurs pour leur travail sur cette proposition de loi, qu'ils proposent de bien débroussailler, et surtout d'élaguer, à juste titre. Comme l'a indiqué Dominique Libault lors de son audition, le texte devrait garantir quatre missions essentielles : l'information, l'orientation, le dépistage ; la gestion des droits ; les services à mettre en place ; et la prévention, qui est essentielle pour faire reculer l'âge de passage en Ehpad. Surtout, il ne faut rien décréter d'en haut. Justement, cette proposition de loi ne met pas assez en avant les moyens à mettre en place au niveau local, ou alors au niveau départemental. Nous n'avons pas besoin de chapeau à plumes : il faut partir du réel, de l'existant, et avoir un assembleur territorial pour améliorer les choses. De ce point de vue, les élus sont indispensables.

Je partage les regrets sur le fait que le Président de la République ne se soit pas exprimé dans sa conférence de presse sur ce sujet. J'attends beaucoup de la déclaration de politique générale du Premier ministre sur ce point. Nous souhaitons des engagements précis sur la loi à venir, et des précisions sur la gouvernance et le financement.

M. Bernard Jomier. – Permettez-moi un petit exercice de thérapie législative sur ce texte. Souvent, on parle beaucoup pour masquer des vides : vide de l'angoisse, angoisse du vide. Ce texte est très long, compte beaucoup d'articles, mais pour masquer le fait qu'il ne répond pas à des questions essentielles. La première d'entre elles étant la suivante : quel est le modèle économique du maintien à domicile ?

Une note récente de l'Institut des politiques publiques indique que, dans la dynamique actuelle du maintien à domicile, il faut 4,6 milliards d'euros de plus d'ici à 2040. Comme c'est une proposition de loi, ce texte ne peut apporter de réponse à cette question. Les autres grandes questions sont, en quelque sorte, euphémisées, ou font l'objet de réponses partielles.

Bien sûr, ce texte comporte des mesures intéressantes. Mais pouvons-nous légiférer par bribes, sans modèle d'ensemble ? Nous ne pouvons qu'attendre la loi de programmation et, en attendant, nous légiférons cul par-dessus tête, ce qui n'est pas satisfaisant du tout.

Quatre personnes de plus de 80 ans sur cinq vivent dans des conditions d'autonomie satisfaisantes. Seule une sur cinq a des problèmes d'autonomie qui nécessitent des interventions coordonnées et relativement importantes. Il y a un peu de prévention dans ce texte, pour les âges élevés, pour compenser des déficiences auditives, visuelles, ou faire la prévention des chutes, ce qui permet d'améliorer la prise en charge de la perte d'autonomie. Mais il manque quelque chose d'essentiel : les maladies chroniques, qui sont le facteur majeur de perte d'autonomie à un âge avancé. En la matière, la prévention doit se faire aux âges médians, voire bien plus tôt dans la vie. Si l'on n'y pense pas, on rate une partie de la cible. De ce point de vue, il y a un défaut de cadre dans cette proposition de loi, ce qui invalidera une part des débats en séance.

Un point, qui n'est pas anecdotique, a été soulevé par Daniel Chasseing : la question de l'animal en Ehpad. Je suis en désaccord radical avec lui. Il s'agit d'un amendement de Philippe Juvin, qui a été adopté par l'Assemblée nationale, après avoir été défendu par Jérôme Guedj. Le principe serait que la personne puisse garder son animal de compagnie quand elle entre dans un Ehpad. Ne pas accepter cette lecture, c'est prévoir que la logique de l'institution, parfois dans sa brutalité, vient imposer une rupture affective à un moment où on est particulièrement fragile dans sa vie. Le lien entre une personne très âgée qui entre en institution et son chien, son chat, son animal de compagnie, est essentiel.

Permettez-moi un conseil de lecture. Maints hommes politiques, y compris des candidats à la présidence de la République, écrivent des livres passionnants, qui sont vendus à 1 000 ou 2 000 exemplaires. Un auteur inconnu a écrit un livre intitulé *Son odeur après la pluie*, qui a échappé à toutes les critiques ; plus de 200 000 exemplaires ont été vendus. De quoi parle ce livre ? Du deuil animal. On ne peut faire une loi sur le bien-vieillir sans répondre à une préoccupation essentielle des Français : en fin de vie, on a besoin de son animal de compagnie.

Bien sûr, le maintien de ce lien ne doit pas aboutir à demander aux aides-soignantes et aux agents de passer leur temps à ramasser les déjections des animaux... Il faudra mettre des bornes. Mais le législateur doit réaffirmer un principe : une personne très âgée, qui est déjà en situation difficile sur le plan affectif, ne saurait être séparée de son animal de compagnie. Ce serait un manque d'humanité.

M. Jean Sol, rapporteur. – Nous partageons la frustration exprimée par certains d'entre vous, car nous attendions davantage sur la transition démographique et épidémiologique.

Daniel Chasseing évoque la création de 50 000 postes. Encore faudrait-il former, dans un temps assez restreint, les personnes concernées. L'attractivité des métiers n'est pas assez renforcée, malgré la carte professionnelle et l'attention portée au fameux taux d'encadrement, qui fait l'objet de nombreux débats depuis de multiples années.

Sur l'intitulé, nous vous ferons une proposition de modification.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Moi aussi !

M. Jean Sol, rapporteur. – Il m'a manqué un fil conducteur. Il faudrait partir de la prévention, passer au virage domiciliaire et, à partir de là, prévoir un *continuum* qui prépare à la résidence autonomie, à la résidence senior, laquelle peut précéder l'entrée dans un Ehpad voire, pour certains, la prise en charge dans une unité de soins de longue durée (USLD).

Sur le financement des Ehpad, nous sommes au milieu du gué. Une expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance va débuter, et nous nous orientons donc vers un financement des deux sections par la sécurité sociale.

Sur la prévention, le texte contient quelques mesures qu'il faut souligner. Je pense notamment à la généralisation d'Icope, qui est un bon outil de repérage des facteurs de risque, puisqu'il évoque la locomotion, l'audition, la vision, la santé mentale, la dénutrition... Je salue aussi l'élargissement des registres des personnes vulnérables, pour lutter contre un isolement social auquel nous sommes malheureusement trop souvent confrontés.

Le texte ne prévoit effectivement aucune mesure quantitative, monsieur Khalifé. Tous ces aspects sont renvoyés à la loi de programmation pluriannuelle, mais celle-ci ne pourra pas tout, ne rêvons pas. Elle fixera des objectifs, mais c'est le PLFSS de chaque année qui donnera, ou non, les moyens de les atteindre.

L'inscription dans le texte d'une loi de programmation n'a en soi aucune portée normative, mais il faut tout de même pouvoir compter sur l'engagement pris par le Gouvernement en la matière.

Daniel Chasseing a évoqué la problématique de l'emploi et le manque d'attractivité dans nos Ehpad. La création de 50 000 postes ne sera pas un luxe, comme il l'a souligné. Encore faut-il avoir le temps de former ces agents pour qu'ils aient la compétence nécessaire. Et il y a un travail important à faire sur l'attractivité des métiers, qu'il s'agisse de la spécialité en gériatrie ou en gérontopsychiatrie ou des infirmiers en pratique avancée (IPA) « grand âge ».

À propos de l'animal en Ehpad, la version de l'Assemblée nationale comporte un réel risque, en prévoyant un droit à accueillir tout animal domestique - y compris une vache, un cheval ou un ver à soie... Nous devons donc faire preuve de discernement. Notre amendement vise à limiter et définir les conditions d'accueil dans les Ehpad.

L'objectif des groupements est de mutualiser les moyens pour rendre les ESMS plus efficaces. Globalement, l'obligation d'adhérer aux groupements pour les établissements et services publics autonomes est réclamée par la majorité des représentants du secteur.

Monsieur Vanlerenberghe, ce que vous décrivez est l'objectif du service public départemental de l'autonomie, qui est prévu à l'article 1^{er} bis A ; celui-ci fait suite aux préconisations du rapport de M. Libault sur l'accueil, l'orientation, la gestion des droits, et qui va jusqu'à l'accompagnement et au suivi. Icope est un bon outil de prévention de la perte d'autonomie, qui pourra être complété par des consultations spécifiques.

Pour la prévention précoce, les rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie peuvent constituer l'occasion de faire le point sur les facteurs de risque de la perte d'autonomie et de différer autant que possible l'entrée dans leur dépendance.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. - Nous avons rencontré Mme Aurore Bergé en amont, heureusement. Nous ne pensions pas que sa situation changerait aussi rapidement ! Nous avons donc pu échanger avec elle sur les différents articles.

Je suis d'accord avec Mmes Gruny et Carrère sur la maltraitance. Souvent, les personnes qui en sont témoins n'osent pas déclarer la maltraitance par peur de perdre leur place. J'ai l'exemple en tête d'une personne de mon entourage, atteinte du syndrome de Rett, que l'on a trouvée avec des bleus partout sur les jambes : scandaleux ! Sa famille a entrepris des démarches, qui n'aboutissent à rien.

Madame Lassarade, une minorité de départements ont encore recours à l'obligation alimentaire des petits-enfants. Lors de nos auditions, nous avons entendu que certains petits-enfants ne connaissent même pas leurs grands-parents, à cause des évolutions du modèle familial. La suppression du recours à cette obligation est consensuelle.

Dans les HLM, quand on transforme l'appartement, il faut le remettre en état avant de le quitter. Le texte concerne surtout des cas où les occupants font des travaux sans demander la permission.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-40 et COM-136 visent à supprimer l'article 1^{er}. Nous pensons que cette nouvelle conférence nationale serait superflue et redondante. Toutefois, nous proposons avec l'amendement COM-142 de conserver la création au sein de la CNSA du centre national de ressources probantes, chargé de recenser et de diffuser les actions de prévention de la perte d'autonomie et d'élaborer des référentiels d'actions et de bonnes pratiques. Par conséquent, notre avis est défavorable sur ces amendements de suppression.

Les amendements identiques COM-40 et COM-136 ne sont pas adoptés. L'amendement COM-142 est adopté. En conséquence, les amendements COM-21 rectifié, COM-41, COM-111 et COM-112 deviennent sans objet.

L'article 1^{er} est ainsi rédigé.

Après l'article 1^{er}

L'amendement COM-113 est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-119 a trait à la création d'un comité interministériel de la transition démographique. La création d'un comité interministériel est une mesure d'organisation du Gouvernement, qui ne relève pas du domaine de la loi. Avis défavorable.

L'amendement COM-119 n'est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Notre amendement COM-143 vise à mettre en cohérence les compétences du département en matière de politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées avec la création du service public départemental de l'autonomie.

L'amendement COM-143 est adopté.

L'amendement de coordination COM-144 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – La notion de parcours doit être un pilier du service public départemental de l'autonomie. Elle doit s'inscrire dans la perspective du virage domiciliaire de nos politiques du soutien à l'autonomie. C'est l'objet de notre amendement COM-145.

L'amendement COM-145 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-122 rectifié prévoit l'adaptation aux besoins des personnes concernées de l'action du service public départemental de l'autonomie. Il vise à préciser, au titre des objectifs du SPDA, que les missions de ce service devront être assurées non seulement dans le respect de la volonté des personnes concernées, mais aussi en réponse à leurs besoins. Cette précision paraît judicieuse. Avis favorable.

L'amendement COM-122 rectifié est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-123 rectifié porte sur le caractère individualisé des réponses du SPDA ; j'y suis favorable.

L'amendement COM-123 rectifié est adopté, de même que l'amendement de coordination COM-146.

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis favorable à l'amendement COM-126 rectifié, qui tend à consulter les associations représentatives des usagers avant l'élaboration du cahier des charges du SPDA.

L'amendement COM-126 rectifié est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-127 rectifié prévoit que le référentiel de qualité de service défini par le cahier des charges du SPDA respecte les recommandations de bonnes pratiques établies par la HAS. Avis défavorable.

L'amendement COM-127 rectifié n'est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-128 rectifié et COM-137 prévoient que le pilotage du SPDA soit assuré en lien avec le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie. Avis défavorable.

Les amendements identiques COM-128 rectifié et COM-137 ne sont pas adoptés.

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-4 rectifié et COM-10 rectifié prévoient d’inclure les CCAS et les CIAS au sein du SPDA. J’y suis défavorable car ils sont satisfaits : les communes et leurs établissements seront membres du SPDA.

Les amendements identiques COM-4 rectifié et COM-10 rectifié ne sont pas adoptés.

L’amendement rédactionnel COM-147 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-148 vise à inclure les opérateurs Cap emploi au sein du SPDA.

L’amendement COM-148 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable aux amendements identiques COM-5 rectifié et COM-11 rectifié, qui tendent à faire des unions départementales ou territoriales des CCAS et des CIAS des membres du SPDA.

Les amendements identiques COM-5 rectifié et COM-11 rectifié ne sont pas adoptés.

L’amendement de coordination COM-149 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Les politiques territoriales de soutien à l’autonomie doivent pouvoir être menées au plus près du terrain, au niveau des bassins de vie.

À cette fin, l’amendement COM-150 permet au conseil départemental et à l’ARS de créer des « territoires de l’autonomie » à l’échelle infra-départementale afin d’installer à ce niveau la conférence territoriale de l’autonomie.

L’amendement COM-150 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable aux amendements identiques COM-6 rectifié et COM-12 rectifié, qui tendent à préciser que le diagnostic des besoins des personnes âgées sera établi par la commission des financeurs du SPDA à partir des données infra-départementales issues des analyses des besoins sociaux des CCAS.

Les amendements identiques COM-6 rectifié et COM-12 rectifié ne sont pas adoptés.

M. Jean Sol, rapporteur. – Par cohérence avec la proposition de supprimer la conférence nationale de l’autonomie à l’article 1^{er}, l’amendement COM-151 prévoit que la commission des financeurs établit elle-même un plan trisannuel définissant des axes prioritaires de financement.

L’amendement COM-151 est adopté, de même que l’amendement de coordination COM-152.

M. Jean Sol, rapporteur. – Avec l’amendement COM-153, je propose la suppression d’une référence obsolète aux services polyvalents d’aide et de soins à domicile (Spasad), désormais reconnus comme services autonomie à domicile.

L’amendement COM-153 est adopté, de même que l’amendement rédactionnel COM-154.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-42 tend à supprimer l’interruption des versements de la CNSA en cas de défaut de transmission des données de la commission des financeurs ; avis défavorable : ce mécanisme est déjà applicable et ne pose pas de difficultés.

L’amendement COM-42 n’est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-155 vise à intégrer le dispositif de l’article 13 *bis*, car la rédaction de ces articles est incompatible. Il sera par ailleurs proposé de supprimer l’article 13 *bis*.

L’amendement COM-155 est adopté, de même que les amendements de coordination COM-156 et COM-157.

L’article 1^{er} bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l’article 1^{er} bis A (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable à l’amendement COM-43, qui vise à ce que les directeurs d’Ehpad publics soient nommés conjointement par le président du conseil départemental et l’ARS.

L’amendement COM-43 n’est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-44 prévoit que le conseil d’administration des Ehpad publics soit présidé par le président du conseil départemental. Avis défavorable.

L’amendement COM-44 n’est pas adopté.

Article 1^{er} bis B (nouveau)

L’amendement de suppression COM-158 est adopté.

L’article 1^{er} bis B est supprimé.

Article 1^{er} bis C (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-159 tend à supprimer cet article.

L’amendement COM-159 est adopté.

L’article 1^{er} bis C est supprimé.

Article 1^{er} bis D (nouveau)

L’amendement rédactionnel COM-160 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-124 rectifié tend à inclure les outils de communication alternative et améliorée dans le champ des équipes locales sur les aides techniques. Avis défavorable : il convient de ne pas lister dans la loi les aides concernées.

L’amendement COM-124 rectifié n’est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-161 précise que les équipes locales sur les aides techniques, que l’article 1^{er} bis D tend à généraliser, sont pluridisciplinaires. Elles pourraient par exemple réunir des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux.

L’amendement COM-161 est adopté.

L’article 1^{er} bis D est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 1^{er} bis E (nouveau)

L’amendement de suppression COM-162 est adopté.

L’article 1^{er} bis E est supprimé.

Après l’article 1^{er} bis E (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-1 tend à adapter la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l’autonomie (CDCA) à Saint-Martin. Par ailleurs, il vise à reconnaître en tant que MDPH le service compétent de la collectivité. Avis favorable.

L’amendement COM-1 est adopté et devient article additionnel.

Article 1^{er} bis F (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-75 vise à obliger les établissements et services gérés par un CCAS d’adhérer à un groupement territorial social et médico-social. Avis défavorable.

L’amendement COM-75 n’est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-163 tend à supprimer les termes « pour personnes âgées » dans la dénomination des GTSMS.

L’amendement COM-163 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-164 prévoit que le projet d’accompagnement partagé du GTSMS comporte un volet relatif à l’accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

L’amendement COM-164 est adopté.

L’article 1^{er} bis F est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 1^{er} bis G (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – Afin de respecter les principes de la décentralisation, l'amendement COM-165 vise à limiter le rôle de la CNSA envers les conseils départementaux à l'accompagnement, au conseil et à l'audit, et à réserver le rôle d'évaluation aux MDPH et aux maisons départementales de l'autonomie.

L'amendement COM-165 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-45 devient sans objet.

L'article 1^{er} bis G est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 1^{er} bis (nouveau)

L'amendement de suppression COM-166 est adopté.

L'article 1^{er} bis est supprimé.

Article 1^{er} ter (nouveau)

L'amendement de suppression COM-167 est adopté.

L'article 1^{er} ter est supprimé.

Article 2

L'amendement COM-168 est adopté. En conséquence, les amendements identiques COM-7 rectifié et COM-13 rectifié deviennent sans objet.

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-60 rectifié, COM-68 et COM-139 visent à remplacer l'accord préalable du bénéficiaire à la transmission de ses données par un droit d'opposition. Avis défavorable à ces amendements incompatibles avec notre amendement COM-169, qui a le même objet.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il faut maintenir l'état actuel du droit : ces personnes n'ont pas forcément envie de que leurs données personnelles soient transmises aux maires. Leur accord préalable est nécessaire.

Les amendements identiques COM-60 rectifié, COM-68 et COM-139 ne sont pas adoptés. L'amendement COM-169 est adopté.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 2

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-18 rectifié prévoit que le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur la trajectoire de la branche autonomie. Avis défavorable, suivant la position habituelle de la commission sur ces demandes.

L'amendement COM-18 rectifié n'est pas adopté.

Article 2 bis A (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'article 2 bis A tend à généraliser un programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées fondé sur le programme Icope de l'OMS.

L'amendement COM-170 vise à articuler ce dispositif avec les rendez-vous de prévention à certains âges de la vie créés par la LFSS de 2022 et modifiés par la LFSS de 2023. Il est également proposé que ces rendez-vous donnent lieu à une information sur les conséquences de la grippe, qui accélère la perte d'autonomie des personnes âgées.

L'amendement COM-170 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-171 vise à encadrer la collecte, la transmission et l'utilisation de données nominatives par les acteurs chargés de mettre en œuvre le programme Icope, lesquels seront définis par décret en Conseil d'État.

L'amendement COM-171 est adopté.

L'article 2 bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 2 bis A (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable à l'amendement COM-22 rectifié, qui vise à permettre aux kinésithérapeutes de prescrire des séances d'activité physique adaptée (APA).

L'amendement COM-22 n'est pas adopté.

Article 2 bis B (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-74 prévoit une loi de programmation pluriannuelle déterminant la trajectoire des finances publiques en matière de soutien à l'autonomie. J'y suis défavorable.

Mme Raymonde Poncet Monge. – La programmation pluriannuelle se concentre uniquement sur les personnes âgées et fait l'impasse sur les mesures relatives au handicap. Or la CNSA devrait agir sur ces deux dossiers prioritaires : sans cela, son action est bancale. Ou alors il faudrait créer un deuxième opérateur, sinon la période sera marquée par des régressions. En l'état, la programmation pluriannuelle ne porte que sur l'autonomie des personnes âgées, et rien sur celle des handicapés, au grand dam des associations qui les représentent.

Mme Émilienne Poumirol. – Exactement !

M. Philippe Mouiller, président. – Je souscris à votre analyse, mais je rappelle que cet article d'intention n'a aucune portée, si ce n'est celle de mener une opération de communication.

L'amendement COM-74 n'est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-46 tend à consulter les conseils départementaux avant l'adoption de la loi de programmation pour le grand âge. Pour les raisons précédemment évoquées, avis défavorable à toute modification de cet article.

L'amendement COM-46 n'est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-8 rectifié et COM-14 rectifié visent à élargir le champ de la loi de programmation pour le grand âge à l'aménagement des territoires en vue d'adapter les bassins de vie au vieillissement. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

Les amendements identiques COM-8 rectifié et COM-14 rectifié ne sont pas adoptés.

L'article 2 bis B est adopté sans modification.

Article 2 bis (nouveau)

L'amendement de suppression COM-172 est adopté.

L'article 2 bis est supprimé.

Article 2 ter (nouveau)

L'amendement de suppression COM-173 est adopté.

L'article 2 ter est supprimé.

Article 3

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-174 vise à renforcer le dispositif garantissant le droit des patients et des résidents à recevoir dans les établissements les visiteurs qu'ils consentent à voir.

L'amendement COM-174 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-175 vise à supprimer la consécration redondante du droit du résident à être informé des recours contre la maltraitance.

L'amendement COM-175 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je suis favorable à l'amendement rédactionnel COM-129 rectifié.

L'amendement COM-129 rectifié est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-125 rectifié prévoit que la mise en place d'une communication alternative et améliorée doit rechercher l'expression du consentement éclairé de la personne majeure accueillie. Si l'intention est louable, il n'est pas nécessaire de prévoir ces dispositions dans la loi : avis défavorable.

L'amendement COM-125 rectifié n'est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-9 rectifié, COM-15 rectifié et COM-176 visent à supprimer l'obligation imposée aux établissements ou services sociaux ou médico-sociaux de créer un comité d'éthique.

Les amendements identiques COM-9, COM-15 rectifié et COM-176 sont adoptés.

L'article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 3

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je suis défavorable à l'amendement COM-69 qui vise à rendre obligatoire une formation à la promotion de la bientraitance pour les professionnels travaillant dans les structures médico-sociales.

L'amendement COM-69 n'est pas adopté.

Article 3 bis A (nouveau)

L'amendement de suppression COM-177 est adopté.

L'article 3 bis A est supprimé.

Article 3 bis B (nouveau)

L'amendement de suppression COM-178 est adopté.

L'article 3 bis B est supprimé.

Article 3 bis (nouveau)

L'amendement de suppression COM-179 est adopté.

L'article 3 bis est supprimé.

Article 3 ter (nouveau)

L'amendement rédactionnel COM-180 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je suis défavorable à l'amendement rédactionnel COM-130 rectifié qui n'est pas nécessaire.

L'amendement COM-130 rectifié n'est pas adopté.

L'article 3 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 4

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-181 vise à créer une cellule départementale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance sous l'autorité du président du conseil départemental et du directeur général de l'ARS. En lieu et place de l'instance placée auprès de l'ARS, comme le prévoit actuellement le texte.

L'amendement COM-181 est adopté. En conséquence, les amendements COM-47 et COM-3 rectifié deviennent sans objet.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-2 rectifié prévoit que les centres Alma soient obligatoirement informés, en plus des données transmises aux ARS ; il est satisfait par l’amendement COM-181 qui vise à inclure ces centres associatifs dans la nouvelle cellule départementale : avis défavorable.

L’amendement COM-2 rectifié n’est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-182 prévoit que la cellule de recueil et de traitement des situations de maltraitance informe la personne ayant signalé la situation des suites qui ont été données à sa démarche.

L’amendement COM-182 est adopté.

L’article 4 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l’article 4

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-98 vise à lever l’obligation du secret professionnel pour les professionnels de santé ou de l’action sociale lorsqu’ils ont connaissance d’informations relatives aux personnes majeures vulnérables ou aux majeurs protégés ; demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L’amendement COM-98 n’est pas adopté.

Article 5

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-100 et COM-184 prévoient de réécrire les missions des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et de supprimer la charte d’éthique de la profession.

Les amendements identiques COM-100 et COM-184 sont adoptés.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-185 vise, d’une part, à supprimer le caractère annuel de l’obligation de formation continue des MJPM et, d’autre part, à l’étendre au personnel encadrant des services mandataires.

L’amendement COM-185 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-131 rectifié, COM-183 et COM-101 tendent à supprimer les obligations de signalement au procureur de la République et à la cellule de lutte contre les maltraitances nouvellement créée.

Les amendements identiques COM-131 rectifié, COM-183 et COM-101 sont adoptés.

L’article 5 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5 bis A (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-102 et COM-186 visent à clarifier la rédaction de la base légale au système d'information permettant la consultation du Fijais et du bulletin n° 2 du casier judiciaire.

Les amendements identiques COM-102 et COM-186 sont adoptés.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-103 et COM-187 tendent à préciser les conditions dans lesquelles le directeur d'une structure médico-sociale peut être informé d'une condamnation non définitive ou d'une mise en examen d'un intervenant.

Les amendements identiques COM-103 et COM-187 sont adoptés.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-104 et COM-188 visent à clarifier le champ des activités ou des professions pour lesquelles l'article étend la consultation du Fijais.

Les amendements identiques COM-104 et COM-188 sont adoptés.

L'article 5 bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5 bis (nouveau)

L'amendement de suppression COM-189 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-16 rectifié devient sans objet.

L'article 5 bis est supprimé.

Article 5 ter (nouveau)

L'amendement de suppression COM-190 est adopté.

L'article 5 ter est supprimé.

M. Philippe Mouiller, président. – Les articles 5 *quater* à 5 *sexies* et 5 *octies* à 5 *decies* ont été délégués au fond à la commission des lois. Nous vous proposons de confirmer sa position.

Article 5 quater (nouveau)

L'amendement de suppression COM-105 est adopté. En conséquence, les amendements COM-99 et COM-93 deviennent sans objet.

L'article 5 quater est supprimé.

Après l'article 5 quater (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – La commission des lois a émis un avis défavorable sur l'amendement COM-17 rectifié.

Mme Chantal Deseyne. – Si nous n'adoptons pas cet amendement, cela se fera au détriment des bénéficiaires.

M. Philippe Mouiller, président. – Comme je vous l’ai dit, je vous propose de suivre la position de la commission des lois à qui, nous avons délégué cet article. *L’amendement COM-17 rectifié n’est pas adopté.*

Article 5 quinquies (nouveau)

L’amendement de suppression COM-106 est adopté. En conséquence, l’amendement COM-94 devient sans objet.

L’article 5 quinquies est supprimé.

Après l’article 5 quinquies (nouveau)

L’amendement COM-72 n’est pas adopté.

Article 5 sexies (nouveau)

L’amendement de suppression COM-107 est adopté. En conséquence, les amendements COM-95 et COM-132 rectifié deviennent sans objet.

L’article 5 sexies est supprimé.

Article 5 septies (nouveau)

L’article 5 septies est adopté sans modification.

Article 5 octies (nouveau)

L’amendement de suppression COM-108 est adopté.

L’article 5 octies est supprimé.

Article 5 nonies (nouveau)

L’amendement de suppression COM-109 est adopté. En conséquence, l’amendement COM-96 devient sans objet.

L’article 5 nonies est supprimé.

Article 5 decies (nouveau)

L’amendement COM-110 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – La création d’un registre général de toutes les mesures de protection nécessite de prendre un arrêté technique. Tel est l’objet de l’amendement COM-97 sur lequel j’émet un avis défavorable.

L’amendement COM-97 n’est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Avis défavorable à l’amendement COM-133 rectifié.

L’amendement COM-133 rectifié n’est pas adopté.

L’article 5 decies est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 6

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-48 prévoit d'assujettir l'octroi de la carte professionnelle à un contrôle des antécédents judiciaires.

Cette précaution est superflue puisque ce contrôle est déjà prévu par l'article 5 *bis* A de la proposition de loi pour l'exercice de professions impliquant un contact des majeurs vulnérables ; avis défavorable.

L'amendement COM-48 n'est pas adopté.

L'amendement rédactionnel COM-191 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'article 6 crée une carte professionnelle pour les professionnels intervenant au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées. Cependant, il conditionne la délivrance de cette carte à l'obtention préalable d'une certification professionnelle. Or la plupart des aides à domicile ne disposent pas de titres et diplômes. L'amendement COM-192 étend donc le bénéfice de la carte aux professionnels pouvant justifier d'au moins deux années d'exercice.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Les associations donnent des cartes professionnelles à tous leurs collaborateurs ! Pourquoi créer des inégalités entre les aides à domicile, selon qu'elles aient ou non un diplôme ou qu'elles aient plus de deux ans d'ancienneté ?

L'amendement COM-192 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-193 prévoit qu'un décret définisse précisément les facilités dont pourront bénéficier, pour l'exercice de leur métier, les détenteurs de la carte professionnelle de l'aide à domicile créée à l'article 6.

L'amendement COM-193 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-194 vise à simplifier les conditions d'entrée en vigueur de l'article 6 en la fixant au 1^{er} janvier 2025.

L'amendement COM-194 est adopté.

L'article 6 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 7

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-49 vise à inclure les aides au permis de conduire dans le dispositif en faveur de la mobilité créé à l'article 7. Avis défavorable : il est satisfait par notre amendement COM-195.

L'amendement COM-49 n'est pas adopté.

L'amendement COM-195 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel COM-196.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je suis défavorable à l'amendement COM-50, qui tend à supprimer le second volet de l'aide de la CNSA créée par l'article 7, lequel vise à contribuer à l'organisation, au profit des professionnels de l'aide à domicile, de temps d'échange et de partage de bonnes pratiques.

L'amendement COM-50 n'est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-197 et COM-51 visent à supprimer les conditions liées à la rémunération des temps de déplacement des professionnels ainsi qu'à l'indemnisation des frais de déplacement pour le versement de l'aide de la CNSA.

Les amendements identiques COM-197 et COM-51 sont adoptés.

L'article 7 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 7 bis (nouveau)

Les amendements identiques de suppression COM-198 et COM-52 sont adoptés.

L'article 7 bis est supprimé.

Article 8

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-199 tend à avancer le terme des expérimentations au 31 décembre 2025.

L'amendement COM-199 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je suis défavorable à l'amendement COM-53 qui prévoit une consultation des conseils départementaux sur les modalités d'application des expérimentations.

L'amendement COM-53 n'est pas adopté.

L'article 8 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 8

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-62 rectifié prévoit que les anciens Spasad, désormais réputés autorisés en tant que services autonomie à domicile, disposent d'une autorisation pour l'ensemble des territoires visés par leurs autorisations antérieures au titre de leurs différentes activités. L'amendement est satisfait, par des dispositions réglementaires : avis défavorable.

L'amendement COM-62 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement COM-138 est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 8 bis (nouveau)

L'article 8 bis est adopté sans modification.

Après l'article 8 bis (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-54 permet à la CNSA de créer une labellisation nationale des SAD ; avis défavorable.

L'amendement COM-54 n'est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je suis défavorable à l'amendement COM-88, qui vise à verser une dotation de coordination aux SAD, car il est satisfait.

L'amendement COM-88 n'est pas adopté.

Article 9

L'amendement rédactionnel COM-200 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-201 vise à sécuriser les décisions prises par les conseils départementaux en matière d'obligation alimentaire sur l'aide sociale à l'hébergement en leur donnant compétence pour fixer unilatéralement, dans le cadre d'un barème qu'ils déterminent, le montant de l'obligation alimentaire en faveur des demandeurs de l'ASH sans faire dépendre le montant de cette obligation d'une décision du juge aux affaires familiales.

L'amendement COM-201 est adopté.

L'article 9 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 9

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je propose de déclarer les amendements COM-92 et COM-134 rectifié irrecevables au titre de l'article 45 de la Constitution, car ils n'ont aucun lien avec les dispositions du texte déposé.

Les amendements COM-92 et COM-134 sont déclarés irrecevables en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 10 (supprimé)

L'article 10 demeure supprimé.

Après l'article 10 (supprimé)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-114 vise à supprimer les possibilités de récupération de l'aide sociale ; j'y suis défavorable.

L'amendement COM-114 n'est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-84 prévoit une modulation des tarifs d’hébergement pour les résidents ne relevant pas de l’aide sociale à l’hébergement. Demande de retrait ou défavorable : nous vous proposons de retravailler sa rédaction en vue de la séance publique.

L’amendement COM-84 n’est pas adopté.

Article 11

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Je suis défavorable à la suppression de l’article ainsi que le propose l’amendement COM-55.

L’amendement COM-55 n’est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-202 vise à lever toute ambiguïté sur la rédaction de l’article : c’est bien la dotation soins qui devrait financer les actions de prévention en Ehpad.

L’amendement COM-202 est adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-203 tend à supprimer l’énumération des actions de prévention pouvant être financées par le forfait soins, afin que celle-ci ne soit pas interprétée comme limitative.

L’amendement COM-203 est adopté.

L’article 11 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l’article 11

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-116, qui proclame que la Nation se fixe pour ambition à l’horizon 2027 de recruter 50 000 infirmiers et aides-soignants en Ehpad, n’a aucune portée normative et ne relève pas du domaine de la loi : avis défavorable.

L’amendement COM-116 n’est pas adopté.

Article 11 bis A (nouveau)

L’amendement de suppression COM-204 est adopté.

L’article 11 bis A est supprimé.

Article 11 bis B (nouveau)

L’amendement de suppression COM-205 est adopté.

L’article 11 bis B est supprimé.

Article 11 bis C (nouveau)

L’amendement de suppression COM-206 est adopté.

L’article 11 bis C est supprimé.

Après l'article 11 bis C (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable aux amendements identiques COM-35 rectifié et COM-81, qui prévoient la publication d'une synthèse des contrôles des ESMS.

Les amendements identiques COM-35 rectifié et COM-81 ne sont pas adoptés.

Article 11 bis D (nouveau)

Les amendements identiques de suppression COM-207 et COM-77 sont adoptés. En conséquence, l'amendement COM-118 devient sans objet.

L'article 11 bis D est supprimé.

Article 11 bis E (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-208 prévoit la transformation du droit opposable des résidents d'Ehpad à l'accueil de leurs animaux domestiques en une définition dans le règlement de l'établissement.

L'amendement COM-208 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable à l'amendement COM-59 rectifié *bis*, qui tend à restreindre le champ des animaux domestiques pouvant faire l'objet d'un accueil en Ehpad aux seuls chiens, chats et furets.

L'amendement COM-59 rectifié bis n'est pas adopté.

L'article 11 bis E est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 11 bis F (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-209 étend aux résidences autonomie d'une partie des chambres d'Ehpad réservées à l'accueil exclusif de nuit.

L'amendement COM-209 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-61 rectifié et COM-141 prévoient que l'expérimentation imposant aux Ehpad de réserver une partie de leurs chambres à l'accueil exclusif de nuit soit menée sur la base du volontariat ; j'y suis défavorable.

Les amendements identiques COM-61 rectifié et COM-141 ne sont pas adoptés.

L'article 11 bis F est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 11 bis F (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-83 et COM-36 rectifié visent à supprimer les autorisations spécifiques des ARS afin que des places soient indifféremment utilisées pour l'hébergement permanent ou temporaire ou l'accueil de jour. Avis défavorable.

Les amendements identiques COM-83 et COM-36 rectifié ne sont pas adoptés.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-76 prévoit que le nombre de places d'accueil à titre temporaire soit établi en fonction des capacités des établissements. Demande de retrait, ou, à défaut, avis défavorable : j'invite les auteurs de l'amendement à le retravailler avant la séance.

L'amendement COM-76 est retiré.

Article 11 bis (nouveau)

L'amendement de suppression COM-210 est adopté.

L'article 11 bis est supprimé.

Après l'article 11 bis (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-120 prévoit, d'une part, que le médecin coordonnateur d'Ehpad soit assisté d'un médecin gériatre et, d'autre part, que tous deux disposent d'une capacité de prescription. Avis défavorable.

M. Philippe Mouiller, président. – Avis défavorable, car nous attendons la loi de programmation – il y a toujours un espoir...

L'amendement COM-120 n'est pas adopté.

Article 11 ter (nouveau)

L'amendement de suppression COM-211 est adopté.

L'article 11 ter est supprimé.

Article 11 quater (nouveau)

L'amendement de suppression COM-212 est adopté.

L'article 11 quater est supprimé.

Article 11 quinquies (nouveau)

L'amendement de suppression COM-213 est adopté.

L'article 11 quinquies est supprimé.

Article 11 sexies (nouveau)

L'article 11 sexies est adopté sans modification.

Article 12

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-214 tend à supprimer les précisions relatives aux effets d'un retrait de l'habilitation délivrée par la HAS à un organisme évaluateur.

L'amendement COM-214 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-19 rectifié prévoit de supprimer la possibilité offerte aux organismes évaluateurs d'être accrédités par un organisme européen équivalent au Cofrac. Avis défavorable.

L'amendement COM-19 rectifié n'est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-56 supprime la publication par la CNSA d'indicateurs sur l'activité des établissements, ce que nous souhaitons conserver. Avis défavorable.

Les amendements COM-80 et COM-215 visent, sous des formes différentes, à supprimer l'énumération des types d'indicateurs publiés par la CNSA sur le fonctionnement des établissements. Avis défavorable à l'amendement COM-80, au profit de notre amendement COM-215.

Les amendements COM-56 et COM-80 ne sont pas adoptés.

L'amendement COM-215 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable à l'amendement COM-57 rectifié qui tend à supprimer le décret définissant les modalités de renouvellement de l'autorisation des ESMS.

L'amendement COM-57 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement de coordination COM-216 est adopté.

L'article 12 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 12 bis (nouveau)

L'amendement de coordination COM-217 est adopté.

L'article 12 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 12 bis (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L'amendement COM-117, qui prévoit des sanctions en l'absence de médecin coordonnateur dans un Ehpad, est satisfait : avis défavorable.

L'amendement COM-117 n'est pas adopté.

Article 12 ter (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-58 tend à supprimer l’obligation de transmission des taux d’encadrement des Ehpad à la CNSA ; j’y suis défavorable.

L’amendement COM-58 n’est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-218 tend à supprimer l’ajout du guide de bonnes pratiques en matière de taux d’encadrement des missions de la CNSA.

L’amendement COM-218 est adopté.

L’article 12 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 12 quater (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – Je suis défavorable à l’amendement COM-78 qui vise à supprimer l’article.

L’amendement COM-78 n’est pas adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-219 prévoit l’information préalable des autorités de tutelle dans les deux mois précédant un changement dans les modalités de contrôle direct ou indirect du gestionnaire d’ESMS.

L’amendement COM-219 est adopté.

M. Jean Sol, rapporteur. – L’amendement COM-220 prévoit d’appliquer le présent article aux changements qui interviendront trois mois après la promulgation de la loi.

L’amendement COM-220 est adopté.

L’article 12 quater est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 12 quinquies (nouveau)

M. Jean Sol, rapporteur. – Les amendements identiques COM-79 et COM-221 visent à supprimer l’article. Avis favorable.

Les amendements COM-79 et COM-221 sont adoptés.

L’article 12 quinquies est supprimé.

Article 13

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L’amendement COM-222 vise à sécuriser juridiquement l’article.

L’amendement COM-222 est adopté.

L’article 13 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 13

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable à l'amendement COM-89 prévoyant la possibilité de constituer un habitat inclusif au sein d'une résidence services.

L'amendement COM-89 n'est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Les amendements identiques COM-91 et COM-39 rectifié *bis* prévoient un taux réduit de TVA à 5,5 % sur la fourniture de logement et de nourriture dans les résidences services. Retrait ou, à défaut, avis défavorable.

Les amendements identiques COM-91 et COM-39 rectifié bis ne sont pas adoptés.

Article 13 bis A (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-223 tend à supprimer les dispositions permettant au pouvoir réglementaire de fixer des mesures complémentaires applicables aux habitats inclusifs en matière de sécurité contre le risque incendie.

L'amendement COM-223 est adopté.

L'article 13 bis A est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 13 bis B (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-34 rectifié vise à revenir sur les dispositions prévoyant la suppression des plafonds de personnes âgées très dépendantes en résidence autonomie. Demande de retrait au profit de l'amendement COM-224 de la commission.

L'amendement COM-34 rectifié n'est pas adopté.

L'amendement COM-224 est adopté. En conséquence, l'amendement COM-64 n'a plus d'objet.

L'article 13 bis B est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Après l'article 13 bis B (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Conformément à la position constante de la commission, avis défavorable à l'amendement COM-65 qui prévoit la remise au Parlement d'un rapport comparant le cadre juridique et financier des résidences services et des résidences autonomie.

L'amendement COM-65 n'est pas adopté.

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Même avis pour les mêmes raisons sur l'amendement COM-66 qui prévoit la remise au Parlement d'un rapport sur la réglementation applicable aux résidences autonomie.

L'amendement COM-66 n'est pas adopté.

Article 13 bis C (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-225 vise à sécuriser la rédaction de l'article sur le plan juridique.

L'amendement COM-225 est adopté.

L'article 13 bis C est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 13 bis D (nouveau)

L'amendement de suppression COM-226 est adopté.

L'article 13 bis D est supprimé.

Article 13 bis (nouveau)

L'amendement de suppression COM-227 est adopté.

L'article 13 bis est supprimé.

Article 13 ter (nouveau)

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – L'amendement COM-228 vise à sécuriser la rédaction de l'article sur le plan juridique.

L'amendement COM-228 est adopté.

L'article 13 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 13 quater (nouveau)

L'amendement de suppression COM-229 est adopté.

L'article 13 quater est supprimé.

Article 13 quinquies (nouveau)

L'amendement de suppression COM-230 est adopté.

L'article 13 quinquies est supprimé.

Article 14

L'article 14 est adopté sans modification.

Intitulé de la proposition de loi

Mme Jocelyne Guidez, rapporteure. – Nous avons déposé un sous-amendement COM-231 à l'amendement COM-73 visant à modifier l'intitulé de la proposition de loi.

L'intitulé deviendrait ainsi : « Proposition de loi portant diverses mesures relatives au grand âge et à l'autonomie ».

Le sous-amendement COM-231 est adopté. L'amendement COM-73, ainsi sous-amendé, est adopté.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

TABLEAU DES SORTS

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
TITRE I^{er} : Renforcer le pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie et lutter contre l'isolement social			
Article 1^{er} Création d'une conférence nationale de l'autonomie			
Mme MULLER-BRONN	40	Suppression de l'article	Rejeté
Mme ROMAGNY	136	Suppression de l'article	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	142	Suppression de la conférence nationale de l'autonomie	Adopté
Mme LASSARADE	21 rect.	Représentation des ordres des professions de santé compétentes au sein de la conférence nationale de l'autonomie	Satisfait ou sans objet
Mme MULLER-BRONN	41	Présidence de la conférence nationale de l'autonomie par un président de conseil départemental	Satisfait ou sans objet
Mme CONCONNE	111	Proposition au Gouvernement par la conférence nationale de l'autonomie d'une feuille de route pluriannuelle définissant un programme d'actions	Satisfait ou sans objet
Mme CONCONNE	112	Ajout des actions innovantes en direction des proches aidants parmi les thèmes du programme coordonné des conférences des financeurs	Satisfait ou sans objet
Articles additionnels après l'article 1^{er}			
Mme CONCONNE	113	Création dans chaque assemblée parlementaire d'une délégation parlementaire à la transition démographique	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Mme CONCONNE	119	Création d'un comité interministériel de la transition démographique	Rejeté
Article 1^{er} bis A (nouveau) Création du service public départemental de l'autonomie			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	143	Mise en cohérence des compétences du département en matière d'autonomie des personnes âgées	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	144	Coordination	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	145	Soutien du maintien à domicile et suivi dans la durée des personnes accompagnées par le SPDA	Adopté
Mme PANTEL	122 rect.	Adaptation aux besoins des personnes concernées de l'action du service public départemental de l'autonomie	Adopté
Mme PANTEL	123 rect.	Caractère individualisé des réponses du SPDA	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	146	Coordination	Adopté
Mme PANTEL	126 rect.	Élaboration du cahier des charges du SPDA après consultation des associations représentatives des usagers	Adopté
Mme PANTEL	127 rect.	Respect par le référentiel de qualité de service du SPDA des recommandations de bonnes pratiques de la HAS	Rejeté
Mme PANTEL	128 rect.	Pilotage du SPDA en lien avec le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie	Rejeté
Mme ROMAGNY	137	Pilotage du SPDA en lien avec le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie	Rejeté
Mme ROMAGNY	4 rect.	Inclusion des CCAS et CIAS au sein du SPDA	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	10 rect.	Inclusion des CCAS et CIAS au sein du SPDA	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	147	Amendement rédactionnel	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	148	Inclusion des Cap emploi au sein du SPDA	Adopté
Mme ROMAGNY	5 rect.	Mention des unions départementales ou territoriales des CCAS et CIAS en tant que membres du SPDA	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	11 rect.	Mention des unions départementales ou territoriales des CCAS et CIAS en tant que membres du SPDA	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	149	Coordination	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	150	Possibilité de créer la conférence territoriale de l'autonomie à une échelle infra-départementale	Adopté
Mme ROMAGNY	6 rect.	Établissement du diagnostic de la commission des financeurs à partir des analyses des besoins sociaux des CCAS	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	12 rect.	Établissement du diagnostic de la commission des financeurs à partir des analyses des besoins sociaux des CCAS	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	151	Établissement par la commission des financeurs d'un plan triennal définissant des axes prioritaires de financement	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	152	Coordination	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	153	Suppression d'une mention obsolète	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	154	Amendement rédactionnel	Adopté
Mme MULLER-BRONN	42	Suppression de l'interruption des versements de la CNSA en cas de défaut de transmission des données de la commission des financeurs	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	155	Intégration du dispositif de l'article 13 bis	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	156	Coordinations	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	157	Coordinations	Adopté
Articles additionnels après l'article 1^{er} bis A (nouveau)			
Mme MULLER-BRONN	43	Nomination des directeurs d'Ehpad publics par le président du conseil départemental conjointement avec l'ARS	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	44	Présidence du conseil d'administration des Ehpad publics par le président du conseil départemental	Rejeté
Article 1^{er} bis B (nouveau) Association du gérontopôle à la conférence des financeurs			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	158	Suppression de l'article	Adopté
Article 1^{er} bis D (nouveau) Généralisation des équipes locales sur les aides techniques			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	160	Amendement rédactionnel	Adopté
Mme PANTEL	124 rect.	Mention des outils de communication alternative et améliorée	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	161	Caractère pluridisciplinaire des équipes locales sur les aides techniques	Adopté
Article 1^{er} bis E (nouveau) Alignement de la temporalité des schémas régionaux de santé et des schémas d'organisation sociale et médico-sociale			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	162	Suppression de l'article	Adopté
Article additionnel après l'article 1^{er} bis E (nouveau)			
Mme PETRUS	1	Adaptation à Saint-Martin de la composition du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie et du statut de la maison départementale des personnes handicapées	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 1^{er} bis F (nouveau) Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux			
Mme MICOULEAU	75	Obligation pour les établissements et services gérés par un CCAS d'adhérer à un groupement territorial social et médico-social	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	163	Suppression des termes : « pour personnes âgées » dans la dénomination des GTSMS	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	164	Prise en compte des personnes handicapées vieillissantes par le projet d'accompagnement partagé du GTSMS	Adopté
Article 1^{er} bis G (nouveau) Mission nationale d'audit et d'évaluation de la CNSA			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	165	Limitation du rôle de la CNSA à l'égard des départements	Adopté
Mme MULLER-BRONN	45	Suppression de la mission d'évaluation de la CNSA	Satisfait ou sans objet
Article 1^{er} bis (nouveau) Désignation d'un référent prévention dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	166	Suppression de l'article	Adopté
Article 1^{er} ter (nouveau) Rapport annuel au Parlement sur l'activité de la conférence nationale de l'autonomie et du centre de ressources probantes			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	167	Suppression de l'article	Adopté
Article 2 Utilisation des registres nominatifs pour lutter contre l'isolement social des personnes vulnérables			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	168	Précisions sur les modalités de transmission et d'utilisation des données du registre des personnes vulnérables	Adopté
Mme DESEYNE	60 rect.	Transmission automatique des données sauf opposition du bénéficiaire	Rejeté
Mme LERMYTTE	68	Transmission automatique des données sauf opposition du bénéficiaire	Rejeté
Mme ROMAGNY	139	Transmission automatique des données sauf opposition du bénéficiaire	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	169	Transmission des données relatives aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH en l'absence d'opposition de leur part	Adopté
Mme ROMAGNY	7 rect.	Transmission des données aux EPCI disposant de la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire, aux CCAS et aux CIAS	Satisfait ou sans objet

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme MULLER-BRONN	13 rect.	Transmission des données aux EPCI disposant de la compétence d'action sociale d'intérêt communautaire, aux CCAS et aux CIAS	Satisfait ou sans objet
Article additionnel après l'article 2			
Mme MULLER-BRONN	18 rect.	Demande de rapport sur la trajectoire de la branche autonomie	Rejeté
Article 2 bis A (nouveau) Programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	170	Mise en œuvre du programme ICOPE dans le cadre des rendez-vous de prévention	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	171	Encadrement de l'usage des données nominatives	Adopté
Article additionnel après l'article 2 bis A (nouveau)			
Mme LASSARADE	22 rect.	Extension de la prescription de l'activité physique adaptée aux kinésithérapeutes	Rejeté
Article 2 bis B (nouveau) Loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge			
Mme PONCET MONGE	74	Loi de programmation pluriannuelle déterminant la trajectoire des finances publiques en matière de soutien à l'autonomie	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	46	Consultation des départements sur la loi de programmation pour le grand âge	Rejeté
Mme ROMAGNY	8 rect.	Élargissement du champ de la loi de programmation à l'aménagement des territoires pour adapter les bassins de vie au vieillissement	Rejeté
Mme MULLER-BRONN	14 rect.	Élargissement du champ de la loi de programmation à l'aménagement des territoires pour adapter les bassins de vie au vieillissement	Rejeté
Article 2 bis (nouveau) Rapport au Parlement d'évaluation de l'article 2			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	172	Suppression de l'article	Adopté
Article 2 ter (nouveau) Rapport au Parlement sur la trajectoire financière de la branche autonomie jusqu'en 2030			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	173	Suppression de l'article	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
TITRE II : Promouvoir la bientraitance en luttant contre les maltraitements des personnes en situation de vulnérabilité et garantir leurs droits fondamentaux			
Article 3 Amélioration de la lutte contre la maltraitance et renforcement du droit au respect de la vie privée et familiale			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	174	Renforcement du dispositif garantissant le droit des patients et des résidents à recevoir dans les établissements les visiteurs qu'ils consentent à voir	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	175	Suppression du droit à être informé des recours contre la maltraitance	Adopté
Mme Maryse CARRÈRE	129 rect.	Amendement rédactionnel	Adopté
Mme PANTEL	125 rect.	Mise en place d'une communication alternative et améliorée pour rechercher l'expression du consentement éclairé de la personne majeure accueillie	Rejeté
Mme ROMAGNY	9 rect.	Suppression de l'obligation faite aux ESMS de créer un comité d'éthique	Adopté
Mme MULLER-BRONN	15 rect.	Suppression de l'obligation faite aux ESMS de créer un comité d'éthique	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	176	Suppression de l'obligation faite aux ESMS de créer un comité d'éthique	Adopté
Article additionnel après l'article 3			
Mme LERMYTTE	69	Obligation d'une formation continue consacrée à la promotion de la bientraitance	Rejeté
Article 3 bis A (nouveau) Prise en compte de l'intégrité psychique et du droit à une vie sexuelle et affective des résidents dans l'annexe au contrat de séjour encadrant les restrictions de liberté			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	177	Suppression de l'article	Adopté
Article 3 bis B (nouveau) Composition du conseil de la vie sociale des structures médico-sociales			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	178	Suppression de l'article	Adopté
Article 3 bis (nouveau) Élaboration d'un projet d'accueil et d'accompagnement personnalisé			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	179	Suppression de l'article	Adopté
Article 3 ter (nouveau) Amélioration du recueil du consentement des personnes accueillies en ESMS en ce qui concerne le contrôle de leur espace de vie privatif			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	180	Amendement rédactionnel	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme Maryse CARRÈRE	130 rect.	Amendement de précision rédactionnelle	Rejeté
Article 4 Renforcement du dispositif de signalement des cas de maltraitance dans le secteur social et médico-social			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	181	Création d'une cellule départementale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance en lieu et place de l'instance auprès de l'ARS	Adopté
Mme MULLER-BRONN	47	Transmission de tous les signalements de maltraitance au conseil départemental, à l'ARS et au préfet	Satisfait ou sans objet
Mme ROMAGNY	3 rect.	Composition de l'instance de recueil des signalements de maltraitance élargie au conseil départemental, aux centres ALMA, au préfet et aux partenaires	Satisfait ou sans objet
Mme ROMAGNY	2 rect.	Information obligatoire des centres ALMA en parallèle de l'instance créée auprès de l'ARS	Rejeté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	182	Obligation de retour des suites données à un signalement de maltraitance	Adopté
Article additionnel après l'article 4			
Mme AESCHLIMANN	98	Levée du secret professionnel pour les professionnels de santé ou de l'action sociale dans le cas d'une personne majeure vulnérable ou protégée	Rejeté
Article 5 Précision des missions de la protection juridique des majeurs notamment face à des cas de maltraitance			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	100	Réécriture des missions des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et suppression de la charte d'éthique de la profession	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	184	Réécriture des missions des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et suppression de la charte d'éthique de la profession	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	185	Suppression du caractère annuel de l'obligation de formation continue des mandataires judiciaires à la protection des majeurs, et extension au personnel encadrant des services mandataires	Adopté
Mme Maryse CARRÈRE	131 rect.	Suppression des obligations de signalement à la cellule de lutte contre les maltraitances nouvellement créée et au procureur de la République	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	183	Suppression des obligations de signalement à la cellule de lutte contre les maltraitances nouvellement créée et au procureur de la République	Adopté
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	101	Suppression des obligations de signalement à la cellule de lutte contre les maltraitances nouvellement créée et au procureur de la République	Adopté
Article 5 bis A (nouveau) Contrôle des antécédents judiciaires des personnes exerçant une activité au contact d'un majeur vulnérable			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	102	Clarification rédactionnelle de la base légale au système d'information permettant la consultation du Fijaisv et du bulletin n° 2 du casier judiciaire	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	186	Clarification rédactionnelle de la base légale au système d'information permettant la consultation du Fijaisv et du bulletin n° 2 du casier judiciaire	Adopté
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	103	Précision des conditions dans lesquelles le directeur d'une structure médico-sociale peut être informé d'une condamnation non définitive ou d'une mise en examen d'un intervenant	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	187	Précision des conditions dans lesquelles le directeur d'une structure médico-sociale peut être informé d'une condamnation non définitive ou d'une mise en examen d'un intervenant	Adopté
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	104	Clarification du champ des activités ou professions pour lesquelles l'article étend la consultation du Fijaisv	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	188	Clarification du champ des activités ou professions pour lesquelles l'article étend la consultation du Fijaisv	Adopté
Article 5 bis (nouveau) Création d'un livret d'accueil pour la personne accueillie en format « facile à lire et à comprendre »			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	189	Suppression de l'article	Adopté
Mme MULLER-BRONN	16 rect.	Précision selon laquelle le livret en format facile à lire et à comprendre doit être accessible	Satisfait ou sans objet

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 5 ter (nouveau) Rapport au Parlement sur les mesures de contention dans les ESMS			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	190	Suppression de l'article	Adopté
TITRE II bis : Renforcer l'autonomie des adultes vulnérables en favorisant l'application du principe de subsidiarité(Division nouvelle)			
Article 5 quater (nouveau) Permettre la désignation d'un curateur ou tuteur de remplacement par le juge des tutelles			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	105	Amendement de suppression	Adopté
Mme AESCHLIMANN	99	Présence obligatoire de l'avocat aux côtés de la personne à l'égard de laquelle il est envisagé d'ordonner une mesure de protection	Satisfait ou sans objet
Mme NADILLE	93	Possibilité de substitution d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) en cas d'indisponibilité temporaire	Satisfait ou sans objet
Article additionnel après l'article 5 quater (nouveau)			
Mme DESEYNE	17 rect.	Possibilité de substitution d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) en cas d'indisponibilité temporaire	Rejeté
Article 5 quinquies (nouveau) Créer un mandat de protection future aux fins d'assistance			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	106	Amendement de suppression	Adopté
Mme NADILLE	94	Amendement rédactionnel	Satisfait ou sans objet
Article additionnel après l'article 5 quinquies (nouveau)			
Mme JACQUEMET	72	Création d'une déclaration de volonté en vue de protection future	Rejeté
Article 5 sexies (nouveau) Évolution du dispositif d'habilitation familiale			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	107	Amendement de suppression	Adopté
Mme NADILLE	95	Modification du régime de l'habilitation familiale	Satisfait ou sans objet
Mme Maryse CARRÈRE	132 rect.	Suppression de l'élargissement de l'habilitation familiale aux parents ou alliés	Satisfait ou sans objet
Article 5 octies (nouveau) Applicabilité outre-mer des dispositions relatives aux majeurs protégés			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	108	Amendement de suppression	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 5 nonies (nouveau) Regroupement des dispositions relatives à la responsabilité des organes de protection juridique			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	109	Amendement de suppression	Adopté
Mme NADILLE	96	Responsabilité de l'État en cas de faute du juge des tutelles, du directeur des services de greffe judiciaires et du greffier	Satisfait ou sans objet
Article 5 decies (nouveau) Création d'un registre général des mesures de protection			
Mme SCHALCK, rapporteure pour avis	110	Responsabilité de l'État en cas de faute du juge des tutelles, du directeur des services de greffe judiciaires et du greffier	Adopté
Mme NADILLE	97	Maintien de l'article 477-1 du code civil et report de l'entrée en vigueur du registre général à 2028	Rejeté
Mme Maryse CARRÈRE	133 rect.	Précision quant au contenu du registre général des mesures de protection juridique	Rejeté
TITRE III : Garantir à chacun des conditions d'habitat ainsi que des prestations de qualité et accessibles, grâce à des professionnels accompagnés et soutenus dans leurs pratiques			
Article 6 Création d'une carte professionnelle de l'aide à domicile			
Mme MULLER-BRONN	48	Assujettissement de l'octroi de la carte professionnelle à un contrôle des antécédents judiciaires	Rejeté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	191	Amendement rédactionnel	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	192	Octroi de la carte professionnelle aux personnes justifiant de deux années d'exercice professionnel dans des activités d'intervention à domicile	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	193	Précision par décret des facilités dont pourront bénéficier les détenteurs de la carte professionnelle	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	194	Entrée en vigueur de l'article au 1er janvier 2025	Adopté
Article 7 Versement d'une aide financière aux départements pour soutenir la mobilité des professionnels de l'aide à domicile			
Mme MULLER-BRONN	49	Prise en charge des aides au permis de conduire dans le cadre de l'aide à la mobilité de la CNSA	Rejeté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	195	Prise en compte au titre de l'aide de la CNSA des actions des départements de soutien à l'obtention du permis de conduire	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	196	Amendement rédactionnel	Adopté
Mme MULLER-BRONN	50	Suppression du volet relatif aux temps d'échange et de partage de bonnes pratiques de l'aide de la CNSA	Rejeté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	197	Suppression des conditions liées à la rémunération des temps de déplacement des professionnels ainsi qu'à l'indemnisation des frais de déplacement	Adopté
Mme MULLER-BRONN	51	Suppression des conditions liées à la rémunération des temps de déplacement des professionnels ainsi qu'à l'indemnisation des frais de déplacement	Adopté
Article 7 bis (nouveau) Rapport au Parlement sur les modalités d'augmentation des indemnités kilométriques pour les professionnels de l'aide à domicile			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	198	Suppression de l'article	Adopté
Mme MULLER-BRONN	52	Suppression de l'article	Adopté
Article 8 Expérimentation d'un financement par forfait des services à domicile			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	199	Avancement du terme des expérimentations au 31 décembre 2025	Adopté
Mme MULLER-BRONN	53	Consultation des départements sur les modalités d'application des expérimentations	Rejeté
Articles additionnels après l'article 8			
Mme DESEYNE	62 rect.	Autorisation des anciens Spasad en tant que SAD sur l'ensemble de leurs zones d'intervention	Rejeté
Mme ROMAGNY	138	Recouvrement des indus en cas de pluralité d'établissements, services ou professionnels intervenant auprès d'un même assuré	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Articles additionnels après l'article 8 bis (nouveau)			
Mme MULLER-BRONN	54	Labellisation par la CNSA des services autonomie à domicile	Rejeté
M. MILON	88	Versement d'une dotation coordination aux services autonomie à domicile	Rejeté
Article 9 Suppression de l'obligation alimentaire pour les petits-enfants et leurs descendants dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	200	Amendement rédactionnel	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	201	Compétence du conseil départemental pour fixer la participation des obligés alimentaires	Adopté
Articles additionnels après l'article 9			
Mme AESCHLIMANN	92	Harmonisation de la définition des proches aidants	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Mme Maryse CARRÈRE	134 rect.	Harmonisation de la définition des proches aidants	Irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution
Articles additionnels après l'article 10 (Supprimé)			
Mme CONCONNE	114	Suppression des possibilités de récupération de l'aide sociale	Rejeté
M. MILON	84	Modulation des tarifs hébergement pour les résidents ne relevant pas de l'aide sociale à l'hébergement	Rejeté
Article 11 Financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie dans les forfaits soins et dépendance attribués aux Ehpad			
Mme MULLER-BRONN	55	Suppression de l'article	Rejeté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	202	Suppression de la mention du forfait dépendance	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	203	Suppression de l'énumération des actions de prévention de la perte d'autonomie pouvant être financées par le forfait soins	Adopté
Article additionnel après l'article 11			
Mme CONCONNE	116	Proclamation de l'objectif de recruter 50 000 infirmiers et aides-soignants en Ehpad	Rejeté
Article 11 bis A (nouveau) Réunion régulière des autorités compétentes en matière de contrôle des ESMS			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	204	Suppression de l'article	Adopté
Article 11 bis B (nouveau) Conditionner le renouvellement de l'autorisation des ESMS à l'obtention de conclusions satisfaisantes lors des évaluations externes et des contrôles			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	205	Suppression de l'article	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 11 bis C (nouveau) Mention du financement de l'évaluation de la qualité des ESMS dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	206	Suppression de l'article	Adopté
Articles additionnels après l'article 11 bis C (nouveau)			
Mme DESEYNE	35 rect.	Publication d'une synthèse des contrôles des ESMS	Rejeté
M. MILON	81	Publication d'une synthèse des contrôles des ESMS	Rejeté
Article 11 bis D (nouveau) Réservation d'une fraction des bénéfices réalisés par les Ehpad privés lucratifs pour financer des actions en faveur de l'amélioration des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	207	Suppression de l'article	Adopté
M. MILON	77	Suppression de l'article	Adopté
Mme CONCONNE	118	Mise en place d'un plancher de 5 % de la part des bénéfices que les Ehpad privés à but lucratifs doivent consacrer à des actions en faveur des conditions d'hébergement et d'accueil des résidents	Satisfait ou sans objet
Article 11 bis E (nouveau) Droit des résidents d'accueillir leur animal domestique			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	208	Transformation du droit opposable des résidents d'Ehpad à l'accueil de leurs animaux domestiques en une définition dans le règlement d'établissement de ces conditions d'accueil	Adopté
M. BAZIN	59 rect. bis	Restriction des animaux domestiques faisant l'objet d'un droit opposable des résidents d'Ehpad à l'accueil aux seuls chiens, chats et furets	Rejeté
Article 11 bis F (nouveau) Expérimentation d'un quota minimal de chambres réservées à l'accueil exclusif de nuit			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	209	Extension de l'expérimentation d'une part des chambres d'Ehpad réservées à l'accueil exclusif de nuit aux résidences autonomie	Adopté
Mme DESEYNE	61 rect.	Précision du caractère volontaire de l'expérimentation concernant la part des chambres d'Ehpad réservées à l'accueil exclusif de nuit	Rejeté
Mme ROMAGNY	141	Précision du caractère volontaire de l'expérimentation concernant la part des chambres d'Ehpad réservées à l'accueil exclusif de nuit	Rejeté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Articles additionnels après l'article 11 bis F (nouveau)			
M. MILON	83	Suppression des autorisations spécifiques de l'ARS aux places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire	Rejeté
Mme DESEYNE	36 rect.	Suppression des autorisations spécifiques de l'ARS aux places d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire	Rejeté
Mme PUISSAT	76	Fixation des places d'accueil à titre temporaire en fonction des capacités que les établissements concernés sont en mesure d'offrir	Retiré
Article 11 bis (nouveau) Renforcement du rôle du médecin coordonnateur en Ehpad			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	210	Suppression de l'article	Adopté
Article additionnel après l'article 11 bis (nouveau)			
Mme CONCONNE	120	Précision de la possibilité que le médecin coordonnateur d'Ehpad soit assisté d'un médecin gériatre, disposant d'une capacité de prescription	Rejeté
Article 11 ter (nouveau) Renforcement des procédures d'injonction et d'astreinte envers les ESMS ne respectant pas les règles du code de l'action sociale et des familles			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	211	Suppression de l'article	Adopté
Article additionnel après l'article 11 ter (nouveau)			
Article 11 quater (nouveau) Mesures en faveur de l'amélioration de la santé nutritionnelle des résidents d'Ehpad			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	212	Suppression de l'article	Adopté
Article 11 quinquies (nouveau) Rapport au Parlement sur la mise en place d'un taux d'encadrement minimal dans les Ehpad			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	213	Suppression de l'article	Adopté
Article 12 Procédure d'évaluation de la qualité dans les ESMS			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	214	Suppression des précisions relatives aux effets d'un retrait de l'habilitation délivrée par la HAS à un organisme évaluateur	Adopté
Mme MULLER-BRONN	19 rect.	Suppression de la possibilité pour les organismes évaluateurs d'être accrédités par un organisme européen équivalent au Cofrac	Rejeté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme MULLER-BRONN	56	Suppression de la publication par la CNSA d'indicateurs relatifs à l'activité et au fonctionnement des établissements et services	Rejeté
M. MILON	80	Suppression de l'énumération des types d'indicateurs publiés par la Cnsa sur le fonctionnement des établissements	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	215	Suppression de l'énumération des types d'indicateurs publiés par la Cnsa sur le fonctionnement des établissements	Adopté
Mme MULLER-BRONN	57 rect.	Suppression du décret définissant les modalités de renouvellement de l'autorisation des ESMS	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	216	Coordination	Adopté
Article 12 bis (nouveau) Renforcement des sanctions applicables aux ESMS			
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	217	Rédactionnel	Adopté
Article additionnel après l'article 12 bis (nouveau)			
Mme CONCONNE	117	Application de sanctions par les autorités de contrôle en l'absence de médecin coordonnateur dans un Ehpad	Rejeté
Article 12 ter (nouveau) Transparence et bonnes pratiques en matière de taux d'encadrement en Ehpad			
Mme MULLER-BRONN	58	Suppression de l'obligation de transmission des taux d'encadrement des Ehpad à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	218	Suppression de l'ajout du guide de bonnes pratiques en matière de taux d'encadrement des missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Adopté
Article 12 quater (nouveau) Accord préalable de l'autorité compétente sur la prise de contrôle d'un gestionnaire d'ESMS			
M. MILON	78	Suppression de l'article	Rejeté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	219	Information préalable des autorités de tutelle dans les deux mois précédant un changement dans les modalités de contrôle direct ou indirect du gestionnaire d'ESMS	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	220	Application de l'article aux changements qui interviendront trois mois après la promulgation de la loi	Adopté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Article 12 <i>quinquies</i> (nouveau) Obligation pour les Ehpad privés à but lucratif de respecter les conditions des sociétés à mission			
M. MILON	79	Suppression de l'article	Adopté
M. SOL et Mme GUIDEZ, rapporteurs	221	Suppression de l'article	Adopté
Article 13 Possibilité de location de locaux communs de logements sociaux pour mettre en œuvre un projet de vie sociale et partagée dans un habitat inclusif			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	222	Sécurisation juridique	Adopté
Articles additionnels après l'article 13			
M. MILON	89	Possibilité de constituer un habitat inclusif au sein d'une résidence services	Rejeté
M. MILON	91	Application du taux réduit de TVA à 5,5 % sur la fourniture de logement et de nourriture dans les résidences-services	Rejeté
Mme DESEYNE	39 rect. <i>bis</i>	Application du taux réduit de TVA à 5,5 % sur la fourniture de logement et de nourriture dans les résidences-services	Rejeté
Article 13 <i>bis</i> A (nouveau) Reconnaissance de la nature de bâtiments à usage d'habitation des lieux d'habitation des habitats inclusifs			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	223	Suppression des dispositions permettant au pouvoir réglementaire de fixer des mesures complémentaires applicables aux habitats inclusifs en matière de sécurité contre les risques d'incendie	Adopté
Article 13 <i>bis</i> B (nouveau) Suppression des plafonds d'accueil de personnes âgées dépendantes et d'autres publics en résidence autonomie			
Mme DESEYNE	34 rect.	Suppression des dispositions prévoyant la suppression des plafonds de personnes âgées dépendantes en résidence autonomie	Rejeté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	224	Suppression des dispositions prévoyant la suppression des plafonds de personnes âgées dépendantes et d'autres publics fragiles en résidence autonomie et sécurisation juridique	Adopté
Mme AESCHLIMANN	64	Définition de la résidence autonomie	Rejeté
Articles additionnels après l'article 13 <i>bis</i> B (nouveau)			
Mme AESCHLIMANN	65	Remise au Parlement d'un rapport comparant le cadre juridique et financier des résidences-services et des résidences autonomie	Rejeté

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
Mme AESCHLIMANN	66	Remise au Parlement d'un rapport sur la réglementation applicable aux résidences autonomie	Rejeté
Article 13 bis C (nouveau) Possibilité de sous-location de logements dans l'habitat inclusif à des salariés du porteur du projet de vie sociale et partagée ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	225	Sécurisation juridique	Adopté
Article 13 bis D (nouveau) Interdiction d'exiger la remise des lieux en l'état lors du départ d'un locataire ayant réalisé des travaux d'adaptation du logement sans le consentement du bailleur			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	226	Suppression de l'article	Adopté
Article 13 bis (nouveau) Coordination relative à l'aide à la vie partagée			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	227	Suppression de l'article	Adopté
Article 13 ter (nouveau) Ajout d'un volet « habitat inclusif » dans les plans départementaux de l'habitat			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	228	Sécurisation juridique	Adopté
Article 13 quater (nouveau) Rapport au Parlement sur le cadre juridique et financier de l'habitat mixte			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	229	Suppression de l'article	Adopté
Article 13 quinquies (nouveau) Rapport au Parlement sur l'opportunité de réformer la gouvernance du secteur médico-social			
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	230	Suppression de l'article	Adopté
Intitulé de la proposition de loi			
Mme PONCET MONGE	73	Modification de l'intitulé de la proposition de loi	Adopté
Mme GUIDEZ et M. SOL, rapporteurs	231	Modification de l'intitulé de la proposition de loi	Adopté

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie².

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

¹ Cf. commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites.

² Cf. par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.

³ Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 - Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales **a arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 17 janvier 2024, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 147 (2023-2024) portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- à la gouvernance et au pilotage de la politique de prévention de la perte d'autonomie et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;

- à la lutte contre l'isolement social des personnes vulnérables ;

- à la protection du droit au respect de la vie privée et familiale au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) ;

- aux dispositifs d'alerte en cas de maltraitance envers les personnes vulnérables en raison de leur âge ou de leur handicap ;

- aux missions et à la déontologie des mandataires judiciaires à la protection des majeurs ;

- à la reconnaissance et au soutien de la mobilité des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées ou en situation de handicap ;

- au financement des services autonomie à domicile au titre de leurs activités d'aide et d'accompagnement ;

- à l'aide sociale à l'hébergement ;

- au financement de la prévention de la perte d'autonomie au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes ;

- à l'évaluation de la qualité des ESMS ;

- à l'habitat inclusif.

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

Benjamin Caniard, co-responsable du pôle Autonomie-parcours

Sandrine Courtois, co-responsable du pôle Autonomie-parcours

Marc-Antoine Thévenot, responsable adjoint du pôle Autonomie-Parcours

Marc Bourquin, conseiller stratégie, responsable de l'articulation et de la coordination Parcours, proximité, autonomie et territoire

- **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (Synerpa)**

Jean-Christophe Amarantinis, président

Diane-Sophie Laroche, responsable affaires publiques

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (Fehap)**

Marie-Sophie Desaulle, présidente

Charles Guépratte, directeur général

- **Nexem**

Sylvain Connangle, membre du bureau, directeur de l'Ehpad la Madeleine

Dorothee Bedok, directrice générale adjointe

Marie Aboussa, directrice de l'offre sociale et médico-sociale

- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)**

Priscille Laurent, conseillère technique sur les sujets de l'autonomie (secteur du grand âge et du handicap)

- **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa)**

Jean Pierre Riso, président

- **Orpea**

Laurent Guillot, directeur général

Eudoxe Denis, directeur des affaires publiques

Audrey Bartouel, directrice du cabinet Eslnetwork

- **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa)**

Jean Pierre Riso, président

- **Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)**

Éric Fregona, directeur adjoint

- **Collectif des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (COD3S)**

Eve Guillaume, directrice

- **Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et personnes handicapées (CNDEPAH)**

Emmanuel Sys, directeur

- **Fédération du service aux particuliers (FESP)**

Brice Alzon, président

Catherine Lopez, directrice générale

- **Fédération des services à la personne et de proximité (Fédésap)**

Frank Nataf, président

Remus Diaconescu, administrateur et président de la commission
« autonomie »

Julien Jourdan, directeur général

- **Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)**

Vincent Vincentelli, responsable du pôle politiques publiques

Clémence Marraud des Grottes, chargée de mission Médico-social

- **Aide à domicile en milieu rural (ADMR)**

Jérôme Perrin, directeur développement et qualité

- **Fédération des particuliers employeurs de France (Fépem)**

Baptiste Lenfant, délégué général du groupe domicile & compétences

Michaël Christophe, délégué aux affaires publiques sectorielles
directeur de cabinet de la gouvernance

Pauline Nien, chargée de mission autonomie,

Robin Cloedt, responsable des politiques sociales

- **Fédération Santé-Sociaux CFDT**

Nathalie Pain, secrétaire nationale

- **Fédération nationale CGT des personnels des organismes sociaux**

Fabienne Clamens, membre du pôle revendicatif

Laëtitia Mauré, membre du collectif fédéral de l'aide et du maintien à domicile

- **Fédération nationale Action sociale FO (FNAS-FO)**

Pascal Corbex, secrétaire général

Sylvie Majna, membre

- **Union nationale des associations familiales (Unaf)**

Xavier Rénier, administrateur, président du département Cohésion sociale

Valérie Bonne, coordonnatrice du pôle Protection et droits des personnes

Claire Ménard, chargée des relations parlementaires

- **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)**

Stef Bonnot-Briey, membre de la commission permanente et pilote de la commission Accompagnement des personnes

Sophie Crabette, membre de la commission permanente

Natacha Eté, membre de la commission permanente

Danièle Langlois, membre de la commission permanente et de la commission Accompagnement des personnes

Bernadette Pilloy, membre de la commission permanente

Julia Tabath, vice-présidente et pilote de la commission Compensation

Miroslava Kachler, coordinatrice

- **Union nationale des associations familiales (Unaf)**

Xavier Rénier, administrateur, président du département Cohésion sociale

Valérie Bonne, coordonnatrice du pôle Protection et droits des personnes

Claire Ménard, chargée des relations parlementaires

- **Haute Autorité de santé (HAS)**

Pr Lionel Collet, président

Angélique Khaled, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

- **Dominique Libault**, président du Haut conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), auteur du rapport « *Vers un service public territorial de l'autonomie* »

- **Inspection générale des affaires sociales (Igas)**

Thomas Audigé, chef de l'inspection générale des affaires sociales

Laurent Habert, inspecteur général en service extraordinaire

Éric Ginésy, inspecteur des affaires sociales

- **Inspection générale des finances (IGF)**

Jean-Philippe de Saint-Martin, inspecteur général des finances

Thomas Espeillac, inspecteur des finances

Gaspard Bianquis, inspecteur des finances

- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**

Jean-Benoît Dujol, directeur général

Arnaud Flanquart, sous-directeur du service des personnes âgées et des personnes handicapées

Florian Kastler, chef du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées

Olivier Bachellery, sous-directeur du service des affaires financières et modernisation

Jean-Robert Jourdan, sous-directeur du service des professions sociales, emploi et Territoires

- **Conseil départemental du Morbihan**

Fabrice Robelet, vice-président délégué aux personnes âgées

Antoine Lafargue, directeur général de services

- **Conseil départemental de Charente**

Marie Pragout, vice-présidente déléguée à l'autonomie et au handicap

- **Conseil départemental du Nord**

Florence Magne, directrice générale adjointe autonomie

Charlène Vandemeulebrouck, chargée de mission DGA Autonomie

Romanie Tiberghien, conseillère technique en charge des affaires sociales

- **Assemblée des Départements de France**

Olivier Richefou, président du conseil départemental de la Mayenne, vice-président de l'assemblée des Départements de France, président du groupe de travail sur le grand âge

Eric Bellamy, directeur des politiques sociales

Marylène Jouvien, conseillère relations avec le Parlement

Léo Lesné, collaborateur spécial de M. Richefou

- **Agence régionale de santé d'Île-de-France**

Amélie Verdier, directrice générale, présidente de la conférence des directeurs généraux d'ARS

Isabelle Bilger, directrice de l'autonomie

- **Agence régionale de santé d'Occitanie**

Didier Jaffre, directeur général

Régine Martinet, directrice adjointe à la direction de l'offre de soins et de l'autonomie

- **Agence régionale de santé du Grand Est**

Virginie Cayré, directrice générale

- **Agence régionale de santé de Corse**

Marie-Hélène Lecenne, directrice générale

- **Agence régionale de santé des Pays de la Loire**

Jérôme Jumel, directeur général

- **Caisse des dépôts et consignations**

Laure De La Bretèche, directrice des politiques sociales

Rolland Loïc, directeur Grand âge et autonomie du département des politiques sociales

Michel Léo, conseiller Relations institutionnelles

- **Fondation des Petits Frères des Pauvres**

François-Xavier Turbet Delof, directeur adjoint développement-qualité des établissements

- **Agence nationale de l'habitat (Anah)**

Valérie Mancret-Taylor, directrice générale

Jessica Brouard-Masson, directrice de l'expertise et des politiques publiques

Antonin Valière, responsable des relations institutionnelles

- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**

Guénaëlle Haumesser, directrice adjointe de l'offre de soins, de l'autonomie et des parcours (DOSAP)

Yannick Lucas, directeur des affaires publiques

Anais Rodrigues, chargée de mission médico-social

- **Laurent Frémont**, secrétaire général et fondateur du collectif « Tenir ta main », auteur du rapport de la mission « Droit de visite et lien de confiance »

- **Nadège Grille**, directrice des Solidarités et de la Cohésion sociale, directrice générale du CCAS de Toulouse

- **Pr Claude Jeandel**, président du conseil national professionnel de gériatrie, vice-président du Conseil Scientifique de la CNSA, chargé de la feuille de route ministérielle Ehpad/USLD

- **Cercle Vulnérabilités et société**

Édouard de Hennezel, président fondateur

Delphine Langlet, directrice générale, Fondation Partage et Vie

Christine Jeandel, présidente, groupe Colisée

Jean Vendroux, président, Fondation Anne de Gaulle

- **France Assos santé**

Marianick Lambert, membre du bureau

Féreuze Aziza, chargée de mission Assurance maladie

Alexis Vervialle, chargé de mission Offre de soins

- **Collectif Handicaps**

Bernadette Pilloy, présidente du Conseil français des personnes handicapées pour les questions européennes (CFHE) et administratrice de la Conférence française pour la promotion sociale des aveugles et des amblyopes (CFPSAA)

Danièle Langlois, présidente d'Autisme France

Roselyne Touroude, administratrice de l'Unafam

Malika Boubekour, conseillère nationale Compensation et MDPH d'APF

Lina Nathan, conseillère de l'Unapei

Axelle Rousseau, coordinatrice

- **Fédération 3977 contre les maltraitances**

Régis Gonthier, président

Vincent Le Scornet, directeur général

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

- **Conseil supérieur du notariat (CSN)**

- **Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)**

- **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)**

- **M. et Mme Martin Birchon**

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp123-147.html>