

# La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV)

Réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile, création d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, renforcement des droits des personnes âgées résidant en établissement et soutien aux aidants : ces mesures vont entrer en vigueur progressivement en 2016.

Les travaux ont été lancés à la fin 2012 par Michèle Delaunay, alors ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, qui avait présenté un avant-projet de loi en février 2014. Le projet de loi est finalement arrivé en conseil des ministres en juin 2014, porté par Laurence Rossignol qui l'a défendu devant le Parlement. Enfin la mise en œuvre a été confiée à Pascale Boistard, nommée, le 11 février 2016, secrétaire d'Etat chargée des personnes âgées et de l'autonomie à la suite d'un énième remaniement ministériel.

Le gouvernement a fait le choix d'« *une loi d'orientation et de programmation, inscrivant la totalité de la politique de l'âge dans un programme pluriannuel et transversal, embrassant toutes les dimensions de l'avancée en âge et confortant le choix d'un financement solidaire de l'accompagnement de la perte d'autonomie* », souligne le rapport annexé à la loi qui définit les objectifs de la politique d'adaptation de la société au vieillissement, et rappelle les autres outils sur lesquels les acteurs peuvent aussi s'appuyer pour une meilleure prise en charge des personnes âgées (stratégie nationale de santé, action sociale de la caisse nationale d'assurance vieillesse, programme de prévention du suicide des âgés, programme nutrition...).

La loi s'articule autour de quatre volets.

Le premier « **anticipation de la perte d'autonomie** » s'attache à dépister les fragilités le plus en amont possible ou encore à prévenir l'isolement des personnes âgées *via* le dispositif Monalisa.

Le deuxième volet « **adaptation de la société au vieillissement** » prévoit de repenser les politiques publiques du logement afin de préserver l'autonomie des personnes âgées et de renforcer leurs droits dans les établissements. D'autres dispositions visent la diversification de l'offre de logements, avec le déploiement des logements-foyers – rebaptisés « résidences autonomie » – ou la sécurisation des résidences-services.

Avec le troisième volet de la loi, le gouvernement entend **mieux accompagner la perte d'autonomie**. Pour cela, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile est réformée (revalorisation du plafond des plans d'aide, diminution des restes à charge...) et les aidants mieux soutenus (amélioration de l'information, création d'une aide au répit...). La refondation de l'aide à domicile est également en marche, afin de soutenir les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en grande difficulté financière.

Enfin, le texte comporte plusieurs dispositions sur la **gouvernance des politiques de l'autonomie**. Le rôle de « maison commune » de l'autonomie de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est renforcé au niveau national. Au niveau territorial, les départements sont, eux, confortés dans leur position de chef de file dans la prise en charge des personnes âgées. Pour mener à bien cette mission, ils peuvent désormais s'appuyer sur des conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, chargées d'établir un programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. Mais aussi sur des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, qui assureront 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. La loi prévoit aussi de généraliser les maisons départementales de l'autonomie, censées devenir un guichet unique pour les personnes âgées, les personnes handicapées et leurs familles ainsi que les aidants.

L'intégralité du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA), qui devrait rapporter 726 millions d'euros en 2016, servira à financer la mise en œuvre de la loi.

## I. L'anticipation de la perte d'autonomie

Avec le volet « anticipation de la perte d'autonomie », l'objectif est de « *faire reculer la perte d'autonomie dite "évitable" en repérant et en combattant au plus tôt les premiers signes de fragilité des âgés et pour mieux accompagner ceux qui ont besoin de l'être* ». Pour ce faire, il entend développer des politiques coordonnées de prévention au niveau local au travers de l'instauration d'une conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Parallèlement, il veut conforter la coordination de l'action sociale des régimes de retraite et lutter contre l'isolement des personnes âgées.

## Une conférence départementale des financeurs (art. 3 à 5 de la loi)

Les départements doivent installer une conférence des financeurs de la **prévention de la perte d'autonomie**.  
« Cette organisation permettra une amélioration de la visibilité de l'existant et l'identification des besoins non couverts ou non financés sur le territoire, afin de définir une stratégie coordonnée de prévention ».

### 1. Ses missions

Instaurée dans chaque département, la conférence doit **établir**, pour une durée de 5 ans, un **programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention**, en complément des prestations légales ou réglementaires. Ce programme s'adresse aux **personnes âgées de 60 ans et plus** résidant dans le département concerné, recensées notamment par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et par le projet régional de santé :

→ l'amélioration de l'**accès aux équipements et aux aides techniques individuelles** favorisant le soutien à domicile, notamment par la promotion de modes innovants d'achat et de mise à disposition, et par la prise en compte de l'évaluation de ces aides réalisée par la CNSA ;

→ l'**attribution du forfait-autonomie** destiné aux logements-foyers accueillant des personnes âgées, désormais appelés « résidences autonomie » ;

→ la **coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SAAD** intervenant auprès de personnes âgées ainsi que par les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) ;

→ le soutien aux actions d'**accompagnement des proches aidants** des personnes âgées en perte d'autonomie. Des actions qui doivent notamment viser à les informer, à les former et à leur apporter du soutien psychosocial ;

→ le **développement d'autres actions individuelles ou collectives** visant à informer les personnes âgées de 60 ans et plus, à les sensibiliser ou à modifier leurs comportements individuels, en vue d'éviter, de limiter ou de retarder la perte d'autonomie.

Le programme coordonné doit être soumis au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, créé par la loi et qui dispose de 2 mois pour donner son avis.

Un nouveau programme coordonné doit être élaboré 6 mois avant le terme du programme en cours et publié au plus tard à l'échéance de ce dernier. A défaut, le programme en cours est prorogé pour une durée maximale de 12 mois en ce qui concerne les actions financées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Quoi qu'il en soit, les **dépenses** consacrées à l'amélioration de l'**accès aux équipements et aux aides techniques individuelles** ainsi que celles qui visent à favoriser d'autres actions collectives de prévention, financées par le département grâce à un concours versé par la CNSA doivent bénéficier **pour au moins 40 % de leur montant à des personnes âgées qui ne remplissent pas les conditions de perte d'autonomie** permettant d'ouvrir droit à l'allocation personnalisée d'autonomie, soit les personnes classées en groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6. Ces dépenses sont gérées par le département qui peut toutefois en déléguer la gestion, par convention, à l'un des membres de la conférence des financeurs.

### 2. Son fonctionnement

#### A Sa composition

La **présidence** de la conférence des financeurs est assurée par le président du **conseil départemental** et la **vice-présidence** par le directeur général de l'**agence régionale de santé (ARS)**. Siègent également à l'instance des personnes morales ou physiques qui contribuent au financement d'actions entrant dans son champ de compétence : un représentant du département, un de l'Agence nationale de l'habitat dans le département, un de la caisse d'assurance de retraite, un de la CPAM, un de RSI, un de MSA, un des institutions de retraite complémentaire, un de la Fédération nationale de la mutualité française, des représentants des collectivités territoriales et des établissements publics de coopération intercommunale volontaires qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence.

D'autres personnes physiques ou morales concernées par les politiques de prévention de la perte d'autonomie ainsi que des experts ayant des compétences en matière de prévention de perte d'autonomie peuvent également être invités à y participer, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit (*CASF, art. L. 233-3, al. 6, R. 233-13, al. 13 et R. 233-15 nouveaux*).

#### B Le suivi de l'activité

Le président du conseil départemental doit transmettre 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. Avec le nombre d'actions financées et les montants financiers accordés, pour les aides techniques, les actions individuelles et collectives de prévention, les actions d'accompagnement des proches aidants, le nombre de bénéficiaires par action ; pour les aides techniques la répartition des bénéficiaires par sexe, par tranche d'âge et par niveau de dépendance ; l'utilisation du concours de la CNSA correspondant au forfait autonomie (nombre de résidences autonomie bénéficiaires ; nombre de personnes âgées de 60 ans et plus non résidentes ayant participé aux actions réalisées ; nombre de personnels en équivalent temps plein financé, montant des actions financées...) ; les montants des crédits non engagés issus des concours de la CNSA alloués à la conférence départementale des financeurs pour le financement des actions de prévention en faveur des personnes âgées.

### **3. Le financement de certaines actions par la CNSA**

Certaines actions de prévention programmées par la conférence des financeurs (celles qui favorisent l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles, les actions collectives de prévention, celles qui sont mises en œuvre par les Spasad « intégrés » et les aides correspondant au forfait autonomie des résidences autonomie) sont financées sur le budget de la CNSA via des concours versés aux départements.

#### L'octroi d'aides techniques individuelles (art. 3)

Le programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention élaboré par la conférence départementale des financeurs doit notamment faciliter l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles favorisant le soutien à domicile.

Les aides techniques individuelles sont constituées de tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté spécialement **conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité**, destiné à une **personne âgée de 60 ans et plus**.

Ces aides et équipements doivent contribuer (*CASF, art. R. 233-7 nouveau*) :

→ à maintenir ou à améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne ;

→ à faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne ;

→ à favoriser ou à accompagner le maintien ou le retour à domicile.

#### **Personnes non bénéficiaires de l'APA : aide financière appliquée au coût de l'aide technique**

RESSOURCES MENSUELLES		TAUX DE L'AIDE FINANCIÈRE APPLIQUÉE AU COÛT DE L'AIDE TECHNIQUE (*)
1 personne	2 personnes	
Jusqu'à 0,758 fois la MTP (**)	Jusqu'à 1,316 fois la MTP	65 %
De 0,759 à 0,811 fois la MTP	De 1,317 à 1,406 fois la MTP	59 %
De 0,812 à 0,916 fois la MTP	De 1,407 à 1,539 fois la MTP	55 %
De 0,917 à 0,989 fois la MTP	De 1,540 à 1,592 fois la MTP	50 %
De 0,990 à 1,034 fois la MTP	De 1,593 à 1,650 fois la MTP	43 %
De 1,035 à 1,141 fois la MTP	De 1,651 à 1,743 fois la MTP	37 %
De 1,142 à 1,291 fois la MTP	De 1,744 à 1,936 fois la MTP	30 %
Au-delà de 1,291 fois la MTP	Au-delà de 1,936 fois la MTP	Pas de participation
<b>En Ile-de France</b>		
De 1,292 à 1,472 fois la MTP	De 1,937 à 2,207 fois la MTP	20 %
Au-delà de 1,472 fois la MTP	Au-delà de 2,207 fois la MTP	Pas de participation

(\*) Dans la limite, le cas échéant, de plafonds fixés par les financeurs.

(\*\*) Majoration pour aide constante d'une tierce personne.

Il peut s'agir, par exemple, d'actions d'aménagement des logements (installation d'une rampe, remplacement de la baignoire par une douche, etc.) ou d'achat de matériel (déambulateurs), mais aussi de dispositifs de téléassistance et de domotique (chemin lumineux antichute...).

### Les conditions de ressources

Ces équipements et aides individuelles, qu'ils soient financés par le département ou par d'autres membres de la conférence des financeurs, sont attribués sous condition de ressources, qui varient selon la zone géographique.

#### Pour les bénéficiaires de l'APA

Les aides sont accordées aux bénéficiaires de l'APA selon les mêmes modalités que pour l'octroi de la prestation en termes d'évaluation médico-sociale et de participation financière. Les aides sont prises en charge dans la limite, le cas échéant, de plafonds fixés par la conférence des financeurs lorsque le montant maximal d'APA attribuable ne permet pas de les financer.

Pour les personnes de 60 ans et plus ne bénéficiant pas de l'APA, ces aides sont accordées si leur revenu global figurant dans leur dernier avis d'imposition, additionné le cas échéant à celui de leur conjoint, concubin ou partenaire pacsé, est inférieur à un montant fixé en fonction de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) qui, pour mémoire, est revalorisée au 1<sup>er</sup> avril de chaque année. Ainsi, leur revenu ne doit pas dépasser :

→ 1,291 fois la MTP pour une personne seule (soit actuellement 1 424,07 €) ;

→ 1,936 fois la MTP pour un couple (soit 2 135,56 €).

### L'action sociale des caisses de retraite (art. 6 et 7)

Une convention interrégimes. La CNAV, la MSA, le RSI et la caisse nationale des agents des collectivités locales doivent signer, avec l'Etat, une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une **politique coordonnée d'action sociale** en vue de la préservation de l'autonomie des personnes que ces régimes de retraite gèrent. Cette convention pluriannuelle pourra également être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite. Objectif : permettre une démarche interrégimes menant à une action sociale accessible suivant des modalités équivalentes.

Les échanges d'informations entre les régimes. Pour faciliter la mise en œuvre d'une politique de prévention plus coordonnée, **les organismes de sécurité sociale pourront échanger entre eux les renseignements** autres que médicaux qu'ils détiennent pour l'accès à des prestations et avantages sociaux qu'ils servent ainsi qu'aux actions visant à prévenir la perte d'autonomie qu'ils mettent en œuvre.

#### Une évaluation commune de la perte d'autonomie

Le département et les organismes de sécurité sociale pourront organiser la reconnaissance mutuelle de l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées **selon la grille nationale d'évaluation** utilisée pour l'octroi de l'aide personnalisée d'autonomie – dite grille « **AGGIR** » (CASF, art. L. 113-2-1 nouveau). En pratique, « *il s'agit de systématiser ce que de nombreux départements et caisses de retraite pratiquent d'ores et déjà, pour éviter des évaluations parfois redondantes au domicile et ainsi simplifier la vie des personnes âgées* », explique l'exposé des motifs.

### La lutte contre l'isolement des personnes âgées (art. 8)

Afin de lutter contre l'isolement des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment dans le cadre du dispositif de mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées (Monalisa), **la CNSA peut aussi désormais financer** :

→ la **formation et le soutien des intervenants bénévoles** qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées ;

→ l'**accompagnement des proches aidants**. Au-delà de leur formation, peuvent aussi être financées « *différentes actions de soutien telles que les cafés des aidants, les groupes de pairs, etc* ;

→ la **professionnalisation des personnels** de services d'aide à domicile et intervenants directement employés par les personnes âgées et les personnes handicapées pour les assister dans les actes quotidiens de la vie.

## **II. L'adaptation de la société au vieillissement**

### L'habitat collectif pour les personnes âgées

Dans l'objectif de valoriser les logements-foyers accueillant des personnes âgées, la loi du 28 décembre 2015 donne un nouveau cadre d'activité à ces structures, qu'elle rebaptise « résidences autonomie ». Elle leur assigne une mission de prévention de la perte d'autonomie *via* la délivrance de prestations spécifiques et met en place un financement dédié sous la forme d'un forfait autonomie.



Parallèlement, le texte rénove le cadre juridique des résidences-services qui ne relèvent ni des dispositions des logements-foyers, ni du champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### **1. Le passage des logements-foyers en résidences autonomie**

Les logements-foyers pour personnes âgées, désormais dénommées « résidences autonomie », constituent des établissements qui relèvent de façon combinée de la réglementation relative aux établissements accueillant des personnes âgées et de celle relative aux logements-foyers, qui sont des établissements destinés au logement collectif à titre de résidence principale dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.

Si les résidences autonomie ont vocation à accueillir essentiellement des personnes autonomes, il arrive que certains résidents ayant perdu leur autonomie demeurent dans ces structures, voire que des personnes déjà dépendantes y soient accueillies. Lorsque la proportion de personnes dépendantes accueillies dépasse un seuil fixé par décret, les établissements concernés doivent être transformés en EHPAD. « *Deux seuils, calculés en pourcentage du nombre total de résidents seraient ainsi fixés. Les résidences autonomie pourraient accueillir des personnes âgées dépendantes sans dépasser la proportion de 15 % de résidents relevant du GIR 3 et 10 % de résidents relevant des GIR 1 et 2* » (Rap. Sén, n° 322, Roche et Labazée, mars 2015, page 69).

#### Des prestations minimales de prévention (art. 10 et 89)

Selon la loi, les résidences doivent proposer à leurs résidents des **prestations minimales, individuelles ou collectives**, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie. « *Les prestations socles des résidences autonomie recouvriront en premier lieu un service de sécurité 24 heures sur 24 et l'accès à de la restauration et à l'entretien du linge. Mais surtout, elles comporteront l'organisation d'actions d'animation et de prévention, individuelles ou collectives, visant à entretenir les facultés sensorielles, motrices et psychiques et à repérer les difficultés sociales des résidents. Ces activités pourront consister en des ateliers nutrition, des séances d'exercice physique, des ateliers portant sur le sommeil, la mémoire, la prévention des chutes... Elles permettront notamment de développer la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée, encadrée par un professionnel du sport spécifiquement formé* », explique l'un des rapports parlementaires.

Ces prestations peuvent être **mutualisées et externalisées** et être **proposées à des non-résidents**.

Les résidences autonomie doivent faciliter l'accès de leurs résidents à des services d'aide et de soins à domicile.

En pratique, ces structures devront **se mettre en conformité** avec les dispositions du décret définissant ces prestations minimales **au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2021**.

#### Un forfait autonomie (art. 10)

L'exercice par les résidences autonomie de leur mission de prévention de la perte d'autonomie donnera lieu, **sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens** et dans la limite des crédits de la CNSA versés aux départements, à une aide dite « forfait autonomie » allouée par le département. 40 millions d'euros en année pleine seraient ainsi consacrés au forfait autonomie par la CNSA.

#### L'accueil de nouveaux résidents en perte d'autonomie (art. 10)

La loi prévoit que les résidences autonomie ne peuvent accueillir de nouveaux résidents remplissant les conditions de perte d'autonomie pour bénéficier de l'APA à domicile (GIR 1 à 4) uniquement si :

→ **le projet d'établissement le prévoit ;**

→ des **conventions de partenariat**, dont le contenu minimal sera fixé par décret, ont été conclues avec d'une part, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'autre part, au moins l'une des catégories de praticiens de santé suivantes : un service de soins infirmiers à domicile, un service polyvalent d'aide et de soins à domicile, un centre de santé, des professionnels de santé ou un établissement de santé, notamment d'hospitalisation à domicile. Objectifs : garantir un accès facilité aux soins et « *prévenir une accélération de la perte d'autonomie en cas de mauvaise gestion du parcours de soins* ».

Par ailleurs, dans le cadre d'un **projet d'établissement à visée intergénérationnelle**, les résidences autonomie peuvent aussi accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, dans des proportions inférieures à un seuil qui sera fixé par décret.

Le gouvernement doit remettre au Parlement, d'ici au 28 décembre 2017 un rapport sur les possibilités de développer une offre d'hébergement temporaire dédiée aux personnes en situation de perte d'autonomie et sur l'intégration éventuelle de cette offre au sein même des résidences autonomie.

### La revalorisation des prestations d'hébergement (art. 12)

La loi clarifie les modalités de revalorisation des prestations d'hébergement des résidences autonomie **conventionnées au titre de l'aide personnalisée au logement (APL) et non habilitées à l'aide sociale.**

## **2. La clarification du statut des résidences-services**

La loi du 28 décembre 2015 tend à rénover et à sécuriser les modes de gestion des copropriétés avec services – dénommées en pratique résidences-services – en vue de permettre leur développement. Actuellement, on peut regrouper les résidences-services en deux grandes catégories, qui correspondent à deux modèles dont les problématiques sont distinctes :

### Les résidences-services de première génération (art. 14 et 91)

Dans ces résidences, apparues à partir des années 1970, les résidents sont généralement propriétaires de leur logement et participent, *via* le conseil syndical, à la gestion des services offerts par la résidence. Elles constituent un type de copropriété destiné à offrir un cadre de vie adapté à des personnes âgées autonomes, propriétaires ou locataires, en leur offrant un certain nombre de services (restauration, blanchisserie...).

La loi rénove leur cadre juridique et distingue désormais les services individualisables de ceux non individualisables. Ce faisant, elle tente de remédier au flou existant jusque-là entre charges communes et charges individualisées. En effet, *« des résidents peuvent être contraints de payer pour des services qu'ils ne souhaitent pas utiliser. De même, lorsqu'un appartement est inoccupé du fait du décès de son occupant ou de son départ vers un établissement médicalisé, le propriétaire ou ses héritiers se voient parfois contraints de payer les charges afférentes aux services proposés au sein de la résidence. Lorsque les copropriétaires refusent de payer de telles charges, l'équilibre financier de la résidence s'en trouve fragilisé »*.

Cette nouvelle réglementation n'**entrera en vigueur** que **le 29 juin 2016**. Les résidences-services dont le règlement de copropriété a été publié avant cette date resteront régies par les mesures actuelles.

Comme auparavant, ces résidences-services ne sont pas autorisées à proposer des services de soins ou d'aide et d'accompagnement exclusivement liés à la personne, qui ne peuvent être fournis que par des établissements et services sociaux et médico-sociaux ou par des établissements, des services ou des professionnels de santé.

Le règlement de copropriété peut prévoir la fourniture aux résidents de l'immeuble de **« services spécifiques » non individualisables** du fait qu'ils **bénéficient, par nature, à l'ensemble des résidents**. Pourraient y figurer la permanence d'accueil et l'accès à l'ensemble des locaux de services collectifs. Ces services devront nécessairement être **fournis par des tiers** dans le cadre de conventions et les charges afférentes seront réparties entre les copropriétaires selon les tantièmes de copropriété.

En plus des services non individualisables, **certaines parties communes peuvent être affectées à la fourniture aux occupants de services individualisables**. Le règlement de copropriété doit alors fixer la répartition des dépenses d'entretien et de fonctionnement liées à ces parties affectées à ces services, qui doivent être fournis par des **prestataires extérieurs** choisis par l'assemblée générale de la copropriété.

La loi met en place au sein des résidences-services de première génération un nouvel **organe consultatif** : le **conseil des résidents**, qui rassemble les personnes demeurant à titre principal dans la résidence, qu'elles soient propriétaires ou locataires, à l'exclusion des copropriétaires bailleurs. L'objectif de cette instance est *« d'améliorer la qualité des services rendus en facilitant l'échange et l'information entre les résidents et les prestataires de services, d'une part, et entre les locataires et les bailleurs, d'autre part »*.

### Les résidences-services de seconde génération (art. 15)

Dans ces résidences, qui se sont développées à partir des années 2000, la part des propriétaires résidents est minimale (moins de 5 %). Ces résidences-services consistent en un ensemble d'habitations constitué de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables. Ces résidences ne sont donc **pas réservées aux personnes âgées**, le terme « occupants » ayant un sens plus large.

Comme pour les résidences-services de première génération, la loi distingue les **services spécifiques non individualisables** « qui bénéficient par nature à l'ensemble des occupants », et dont la liste doit être fixée par décret, des **services individualisables** qui « peuvent être souscrits par les occupants auprès de prestataires ».

La loi prévoit également la mise en place d'un **conseil des résidents** pour « les personnes demeurant à titre principal dans la résidence ». Cette instance consultative, qui doit être réunie au moins une fois par an, a notamment pour objectif de mettre en œuvre un espace de discussion entre les résidents et le gérant de la résidence-services. Elle relaie auprès de ce dernier les demandes et les propositions des résidents ([\*CCH, art. L. 631-14 nouveau\*](#)).

Enfin, les contrats de location conclus depuis le 30 décembre 2015 doivent préciser les services spécifiques non individualisables fournis au locataire et peut contenir une clause prévoyant la résiliation de plein droit du contrat en cas de non paiement de ces services. Pour ces contrats, le paiement mensuel des services non individualisables est de droit lorsque le locataire en fait la demande. Il est aussi précisé que les services fournis, qu'ils soient individualisables ou non, ne peuvent constituer une caractéristique du logement justifiant un complément de loyer. Enfin, la quittance de loyer doit porter le détail des sommes versées par le locataire en distinguant notamment le loyer, les charges et les services non individualisables.

Les résidences-services qui gèrent des services d'aide à domicile peuvent obtenir une autorisation dans le cadre du code de l'action sociale et des familles, sous réserve de respecter le cahier des charges national prévu par la loi pour ces services. (*C. trav., art. L. 7232-4 rétabli*). Elles pourront alors fournir des services auprès de leurs résidents bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap.

### **Les droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).**

De nouvelles garanties sont ainsi posées par le législateur : la liberté d'aller et venir, le droit de désigner une personne de confiance, l'encadrement des modalités de rétractation et de résiliation des contrats de séjour dans les établissements pour personnes âgées, la protection des biens...

Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil des ESSMS ainsi que les contrats de séjour en cours d'exécution qu'ils ont conclus et les documents individuels de prise en charge qu'ils ont délivrés doivent être mis en conformité avec les nouvelles dispositions au plus tard, avant le 29 juin 2017.

### **Le nouveau droit d'aller et venir (art. 27)**

L'article [L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles](#) garantit un certain nombre de droits et libertés aux usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux (respect de la dignité, de la vie privée et de l'intimité, qualité de la prise en charge, recherche systématique du consentement...). La loi du 28 décembre 2015 étend cette liste au « droit à aller et venir librement ».

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, **le contrat de séjour peut comporter une annexe définissant les mesures particulières à prendre** pour « *assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne et pour soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir* ». « *Ces mesures ne sont prévues que dans l'intérêt des personnes accueillies, si elles s'avèrent **strictement nécessaires**, et ne doivent **pas être disproportionnées par rapport aux risques encourus*** ». Elles sont définies après examen du résident et au terme d'une procédure collégiale mise en œuvre à l'initiative du médecin coordonnateur de l'établissement ou, en cas d'empêchement de ce dernier, du médecin traitant. Cette procédure doit associer l'ensemble des représentants de l'équipe médico-sociale de l'établissement afin de réaliser une évaluation pluridisciplinaire des bénéfices et des risques des mesures envisagées.

Le contenu de l'annexe au contrat de séjour peut être révisé à tout moment, à l'initiative du résident, à l'initiative du directeur de l'établissement ou du médecin coordonnateur ou, à défaut de ce dernier, du médecin traitant ; ou sur proposition de la personne de confiance.

### **Le renforcement du droit à l'information (art. 27)**

Afin de garantir l'exercice effectif des droits et libertés et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, la personne accueillie (ou son représentant légal) doit recevoir lors de son accueil dans un ESSMS un livret d'accueil comprenant le règlement de fonctionnement et la **charte des droits et libertés de la personne accueillie**. Cette charte doit, en outre, **être affichée dans l'établissement ou le service**.

### **La recherche du consentement (art. 27)**

Le directeur de l'établissement (ou toute autre personne formellement désignée par lui) doit rechercher, lors de la conclusion du contrat de séjour, le consentement de la personne accueillie **au cours d'un entretien, hors de la présence de toute autre personne**. Selon les rapports parlementaires, cette disposition a « *pour but de pallier les pressions subies par des personnes fragilisées que leur entourage souhaite voir accueillies en établissement alors qu'elles-mêmes préfèrent bénéficier d'un accompagnement à domicile* ».

Une **exception** est prévue lorsque la personne accueillie est un **majeur protégé**.

Lors de l'entretien, le directeur doit faire appel « chaque fois que nécessaire » à la participation du médecin coordonnateur de l'établissement. Il doit informer l'usager de ses droits et s'assurer de sa compréhension.

En outre, préalablement à l'entretien, le directeur doit informer la personne accueillie de la possibilité de se faire accompagner par une personne de confiance. Dans le cas où la personne a été, avant son séjour dans

l'établissement, accueillie par un établissement de santé ou un autre établissement ou service social ou médico-social, ces structures doivent transmettre au nouvel établissement le nom et les coordonnées de la personne de confiance si elle en a désigné une.

### **L'encadrement de la résiliation du contrat de séjour (art. 27)**

#### **La rupture à l'initiative de la personne accueillie**

La personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal, peut d'abord exercer par écrit **un droit de rétractation dans les 15 jours** qui suivent la signature du contrat, ou l'admission si celle-ci est postérieure, sans qu'aucun délai de préavis ne puisse lui être opposé. En outre, elle ne sera redevable d'aucune contrepartie autre que l'acquittement du prix de la durée de séjour effectif.

**Passé le délai** de rétractation, la personne accueillie ou, le cas échéant, son représentant légal, peut **résilier le contrat de séjour par écrit « à tout moment »**. A compter de la notification de sa décision de résiliation au gestionnaire de l'établissement, elle dispose alors d'un délai de réflexion de 48 heures pendant lequel elle peut retirer cette décision sans avoir à justifier d'un motif. Ce délai vise à s'assurer que la personne mesure bien la portée de sa décision. *« Si celle-ci fait suite à un incident, le délai donne les moyens aux membres du service de rétablir le dialogue et à un tiers d'opérer une médiation, si nécessaire »*

#### **La résiliation à l'initiative du gestionnaire**

Elle ne peut désormais intervenir que dans les cas suivants :

- l'inexécution par la personne accueillie d'une obligation lui incombant au titre de son contrat ou de manquement grave ou répété au règlement de fonctionnement de l'établissement, sauf lorsqu'un avis médical constate que cette inexécution ou ce manquement résulte de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles ;
- la cessation totale d'activité de l'établissement ;
- la personne accueillie cesse de remplir les conditions d'admission dans l'établissement ou son état de santé nécessite durablement des équipements ou des soins non disponibles dans cet établissement. Le gestionnaire doit alors s'assurer auparavant qu'elle dispose d'une solution d'accueil adaptée.

Le gestionnaire doit également respecter un délai de préavis.

### **La désignation d'une personne de confiance (art. 27)**

Comme dans le cadre médical, lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il doit désormais être proposé à la **personne majeure** accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance dans les conditions définies à l'article [L. 1111-6, al. 1<sup>er</sup> du code de la santé publique](#) (CASF, art. L. 311-5-1 nouveau). L'intéressé peut ainsi désigner **un parent, un proche ou son médecin traitant** afin qu'il soit consulté au cas où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir l'information nécessaire à cette fin. La désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Cette désignation est valable sans limitation de durée (ce qui diffère du régime prévu dans le cadre médical), à moins que l'intéressé n'en dispose autrement. Lors de cette désignation, la personne accueillie peut indiquer expressément que la personne de confiance exerce également les missions de la personne de confiance au sens du code de la santé publique, à savoir l'accompagner dans ses démarches médicales et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Dans le cadre social et 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**. Elle peut également l'accompagner, à sa demande, dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de l'entretien préalable à la conclusion du contrat de séjour, le directeur de l'établissement doit informer la personne accueillie de la possibilité de désigner une telle personne.

Si une mesure judiciaire est ordonnée et que le juge ou le conseil de famille, s'il a été constitué, autorise la personne chargée de la protection à représenter ou à assister le majeur pour les actes relatifs à sa personne, la désignation de la personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille, s'il est constitué, ou à défaut du juge des tutelles.

La possibilité de désigner une personne de confiance ne doit pas être confondue avec celle qui est prévue à l'article [L. 311-5 du code de l'action sociale et des familles](#) qui permet à toute personne accueillie en établissement social et médico-social d'avoir recours à une personne qualifiée pour être aidée à faire valoir ses droits.



## La protection des biens (art. 28 et 29)

### L'extension du champ des incapacités à recevoir des dons et legs

Afin d'assurer la protection patrimoniale des personnes âgées et handicapées vulnérables, le champ de l'interdiction de recevoir des libéralités est étendu, en particulier aux volontaires et à certains intervenants à domicile. Plus précisément, sont visés par cette interdiction :

→ **les personnes physiques** (et plus les personnes morales) **propriétaires, gestionnaires, administrateurs ou employés d'un établissement ou service** à la personne portant sur l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou aux autres personnes ayant besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile ;

→ **les bénévoles et, désormais, les volontaires** qui agissent en leur sein ou y exercent une responsabilité ;

→ **le couple ou l'accueillant familial** soumis à un agrément et son conjoint, son partenaire pacsé ou son concubin, ses ascendants ou descendants en ligne directe ;

→ **les employés de maison** accomplissant des services à la personne portant sur l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou ayant besoin d'une aide personnelle.

L'interdiction porte sur les « dispositions à titre gratuit entre vifs ou testamentaires » faites en leur faveur par les personnes prises en charge par l'établissement ou le service pendant la durée de cette prise en charge ou, dans le cadre de l'accueil familial ou des services à la personne, pendant la durée de cet accueil ou de l'accompagnement. Par exception, sont possibles :

→ les rémunérations faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;

→ les libéralités au profit d'une personne ayant un lien de parenté avec le donateur jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe, à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.

Des sanctions sont prévues.

## L'obligation de signaler les cas de maltraitance (art. 30)

La loi instaure une obligation de signalement des situations de maltraitance et l'applique à l'ensemble des établissements et services mettant en œuvre une action sociale et médico-sociale, ainsi qu'aux lieux de vie et d'accueil (*CASF, art. L. 331-8-1 nouveau*).

Ainsi, ces structures doivent désormais **informer « sans délai »**, dans des conditions qui seront définies par décret, les autorités administratives compétentes pour leur délivrer l'autorisation ou pour recevoir leur déclaration :

→ 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 ;

→ 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.

Cette obligation vient compléter celles qui figurent aux articles 434-1 et 434-3 du code pénal qui s'appliquent à quiconque a connaissance d'actes de violence ou de négligence envers des personnes en état de vulnérabilité occasionné par l'âge, une maladie ou une infirmité, ainsi qu'à l'article [40 du code de procédure pénale](#) qui prévoit une obligation pour les détenteurs de l'autorité publique ou les fonctionnaires de signaler les crimes ou délits dont ils ont connaissance. Elle vient également compléter l'article [L. 313-24 du code de l'action sociale et des familles](#) qui prévoit que « *le fait qu'un salarié ou un agent a témoigné de mauvais traitements ou privations infligés à une personne accueillie ou relaté de tels agissements ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant* » ainsi que l'article [226-14 du code pénal](#) qui libère les professionnels de santé de leur obligation de secret quand les victimes sont mineures ou vulnérables, et interdit les sanctions disciplinaires dans ce cas.

L'ensemble de ces dispositions permettent d'appréhender les « *formes de violences individuelles, intentionnelles ou non, qui imposent le signalement ou le témoignage* ». Avec la nouvelle obligation posée par la loi, il s'agit de prendre en compte les « *situations de maltraitance d'origine plus diffuse dues à l'organisation d'un service* ». Le premier cas de figure (dysfonctionnement) recouvre l'origine institutionnelle de la maltraitance tandis que le second (tout événement) regroupe certaines conséquences de dérives organisationnelles ainsi que les actions individuelles proprement délictuelles.

## Les droits des majeurs protégés

Le volet « adaptation de la société au vieillissement » de la loi du 28 décembre 2015 comporte également une série de dispositions concernant la protection juridique des majeurs.

### La remise obligatoire d'un document individuel de protection des majeurs (art. 32)

Le législateur étend à l'**ensemble des mandataires judiciaires à la protection des majeurs** (MJPM), qu'ils interviennent en tant que services mandataires à la protection des majeurs ou en tant que personnes physiques agissant à titre individuel ou comme préposé d'un établissement, l'obligation de remettre à la personne protégée un **document individuel de protection des majeurs**. Ce document doit être remis « personnellement » à la personne protégée ou, dès lors que l'état de cette dernière ne lui permet pas d'en mesurer la portée, à un membre du conseil de famille s'il a été constitué ou, à défaut, à un parent, un allié ou une personne de son entourage dont il connaît l'existence, le cas échéant à la personne de confiance qu'elle aura désignée.

Pour les **mandataires rattachés à des établissements**, le document individuel de protection des majeurs **vaut aussi**, le cas échéant, **document individuel de prise en charge**. Ce document individuel de prise en charge définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Sans changement, le document individuel de protection des majeurs doit :

- définir les objectifs et la nature de la mesure de protection, dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et, le cas échéant, du projet de service ;
- détailler la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le montant prévisionnel des prélèvements opérés sur les ressources de la personne protégée.

Sans changement, tout mandataire judiciaire à la protection des majeurs doit aussi remettre – personnellement, précise la loi – à la personne protégée une notice d'information à laquelle est annexée la charte des droits de la personne protégée figurant en annexe 4-3 du code de l'action sociale et des familles.

### La réforme de la procédure d'agrément des mandataires « individuels » (art. 34)

La loi du 28 décembre 2015 met en place de nouvelles modalités d'agrément des mandataires personnes physiques exerçant à titre individuel. L'agrément sera délivré après un appel à candidatures émis par le représentant de l'Etat dans le département. Puis, il procédera à une sélection en fonction :

- des objectifs et des besoins fixés par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale consacré à la protection juridique des majeurs ;
- de critères garantissant la qualité, la proximité et la continuité de la prise en charge.

### La fin de l'immunité pénale en cas de vol de la personne protégée (art. 36)

Actuellement, le droit exonère de poursuites pénales l'auteur d'un vol commis dans le cadre des relations familiales, sauf lorsqu'il porte sur certains documents (documents d'identité, titre de séjour ou de résidence d'un étranger) ou objets personnels importants (moyens de paiement...). En effet, l'article [311-12 du code pénal](#) garantit l'immunité pénale de l'auteur d'un vol commis au préjudice de son ascendant ou de son descendant ou encore de son conjoint (sauf lorsqu'ils sont séparés de corps ou autorisés à résider séparément). Aussi le vol commis par un proche de la victime agissant à l'occasion de l'exercice d'un mandat confié par le juge des tutelles pour administrer les biens de celle-ci (curatelle, tutelle) bénéficiait-il jusqu'à présent de cette immunité pénale. Pour mettre fin à cette situation, l'article [311-12 du code pénal](#) est complété pour prévoir que **l'immunité ne s'applique pas « lorsque l'auteur des faits est le tuteur, le curateur, le mandataire spécial désigné dans le cadre d'une sauvegarde de justice, la personne habilitée dans le cadre d'une habilitation familiale ou le mandataire exécutant un mandat de protection future de la victime ».**

### L'extension du champ de la sauvegarde de justice par déclaration médicale (art. 37)

La loi « ASV » élargit la procédure de mise sous sauvegarde de justice par déclaration médicale. La sauvegarde de justice constitue une mesure de protection juridique de courte durée pour une personne ayant besoin d'une protection juridique temporaire ou d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés. Elle est plus légère que la tutelle et la curatelle. La mise sous sauvegarde de justice peut être prononcée soit par le juge des tutelles, à la demande de certaines personnes, soit par déclaration médicale au procureur de la République.

Auparavant, cette déclaration médicale pouvait émaner soit du médecin qui donne les soins à la personne à protéger (assortie de l'avis conforme d'un psychiatre), soit du médecin de l'établissement de santé dans lequel elle est soignée. A cette liste s'ajoute désormais **le médecin de l'établissement social et médico-social dans lequel la personne est hébergée**.

### **La publicité du mandat de protection future (art. 35)**

Le mandat de protection future permet à toute personne majeure ou mineure émancipée ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle de désigner à l'avance la ou les personnes qui veilleront sur elle, ou éventuellement sur son patrimoine ou les deux, si elle n'était plus en état, physique ou mental, d'exprimer sa volonté et de pourvoir seule à ses intérêts. Afin d'assurer la publicité de ces mandats, aujourd'hui peu utilisés, il est désormais prévu qu'ils seront publiés par une **inscription sur un registre spécial** dont les modalités et l'accès seront réglés par décret (*code civil, art. 477-1 nouveau*). Cela devrait permettre au juge des tutelles de savoir s'il existe ou non un tel mandat avant de prendre une mesure de protection.

## **Les mesures relatives au logement**

**Adaptation du logement**(art. 16). En principe, le locataire s'engage à ne pas transformer les locaux et les équipements loués sans l'accord écrit du propriétaire. A défaut de cet accord, ce dernier peut exiger du locataire, à son départ des lieux, leur remise en l'état ou conserver à son bénéfice les transformations effectuées sans que le locataire puisse réclamer une indemnisation des frais engagés. Désormais, il est toutefois prévu que « *des travaux d'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie peuvent être réalisés aux frais du locataire* ». Ces travaux doivent faire l'objet d'une demande écrite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception auprès du bailleur. L'absence de réponse de ce dernier dans un délai de 4 mois à compter de la date de réception de la demande vaut décision d'acceptation. Au départ du locataire, le bailleur ne pourra pas exiger la remise en l'état des lieux.

**Cohabitation intergénérationnelle**(art. 17). Le gouvernement doit remettre au Parlement, d'ici au 28 décembre 2017 un rapport relatif au logement en cohabitation intergénérationnelle afin de sécuriser et de favoriser les pratiques existantes. Ce rapport examinera :

- l'opportunité d'adapter le régime juridique de la convention d'occupation précaire aux caractéristiques de la cohabitation intergénérationnelle, qu'elle soit soumise ou non au paiement d'une redevance ;
- la pertinence de dérogations aux règles relatives à la taxe d'habitation (une personne âgée qui accueille un jeune perd actuellement une demi-part fiscale du fait de la présomption de concubinage) et au versement des allocations sociales afin de ne pas pénaliser l'hébergeant ou l'hébergé.

Une attention particulière devra également être portée à la distinction entre les services rendus pouvant être apportés par le jeune à la personne âgée dans le cadre de la cohabitation intergénérationnelle et ce qui pourrait être considéré comme du travail dissimulé.

## **Le respect du projet de vie des personnes âgées (art. 24)**

La [loi du 28 décembre 2015](#) consacre le droit, pour les personnes âgées en perte d'autonomie, à un accompagnement respectant leur projet de vie ainsi qu'à une information adaptée sur cet accompagnement. Ce faisant, elle met en place le pendant des principes applicables aux personnes handicapées, auxquelles le droit accorde une plus grande place à la liberté de choix.

Ainsi, la loi affirme qu'une personne âgée en perte d'autonomie a « droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie ». Ce droit s'exerce dans le cadre des dispositions relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (*CASF, art. L. 113-1-1 nouveau*).

En outre, les personnes âgées et leurs familles bénéficient dorénavant d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est mis en œuvre notamment par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, par les départements et par les centres locaux d'information et de coordination.

## **Prise en compte de la perte d'autonomie dans l'urbanisme et les transports**

**Les outils d'urbanisme** (art. 18, 19 et 21). Plusieurs dispositions de la [loi du 28 décembre 2015](#) intègrent la problématique de la perte d'autonomie de la population dans divers outils d'urbanisme, dont le programme local de l'habitat, document de programmation stratégique élaboré par les métropoles, les communautés urbaines, les communautés d'agglomération ainsi que certaines communautés de communes, et définissant la

politique de l'habitat sur le territoire des communes concernées. Ce programme doit indiquer les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire les besoins en logements et en places d'hébergement et une liste d'éléments parmi lesquels, désormais, figurent les « réponses apportées aux besoins particuliers des personnes en situation de perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap, par le développement d'une offre nouvelle et l'adaptation des logements existants »

De la même façon, les schémas de cohérence territoriale, qui coordonnent au niveau communal et intercommunal les politiques d'urbanisme et d'habitat, doivent dorénavant intégrer la problématique du vieillissement de la population dans le cadre du rapport de présentation de ce schéma

Par ailleurs, les commissions communales et intercommunales d'accessibilité, qui doivent être mises en place dans les communes ou certains établissements publics de coopération intercommunale d'au moins 5.000 habitants, doivent recenser l'offre de logements accessibles aux personnes handicapées mais aussi, maintenant, aux personnes âgées. Elles doivent également tenir à jour la liste des établissements accessibles non seulement aux personnes handicapées, mais aussi désormais aux personnes âgées.

**Priorité d'accès au logement social** (art. 20). La loi « ASV » instaure une priorité dans l'accès aux logements adaptés dans le parc social au profit des personnes âgées ou handicapées. Ainsi, les commissions d'attribution des organismes HLM pourront, par dérogation aux règles de droit commun et pour les seuls logements ne faisant pas l'objet d'une réservation par le représentant de l'Etat dans le département, attribuer en priorité tout ou partie des logements construits ou aménagés spécifiquement à cet usage à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap dans le cadre de programmes bénéficiant d'une autorisation spécifique délivrée par le représentant de l'Etat dans le département. Pour les logements faisant l'objet d'une réservation par le représentant de l'Etat dans le département, celui-ci peut s'engager, en fonction de son appréciation des besoins locaux de logements adaptés à ce type de population, à proposer prioritairement les logements construits ou aménagés spécifiquement pour cet usage à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap.

**Transports en commun**(art. 22). Dans sa mission de renforcement de la cohésion sociale et urbaine, le plan de déplacements urbains, élaboré dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants, vise notamment à améliorer l'accès aux réseaux de transports publics des personnes handicapées ou dont la mobilité est réduite, ainsi que, ajoute la loi, des personnes âgées. Par ailleurs, les autorités organisatrices du transport public doivent mettre en place un service de conseil en mobilité à l'intention des employeurs et des gestionnaires d'activités générant des flux de déplacements importants. Ce service est étendu à « l'intention de publics spécifiques, notamment les personnes handicapées et les personnes âgées ».

## Mesures diverses concernant les personnes âgées

**Perte d'autonomie et discriminations** (art. 23 et 31). Constitue désormais une discrimination directe le fait de traiter une personne de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable sur le fondement de « sa perte d'autonomie ». La perte d'autonomie entre également dans le champ des motifs susceptibles de fonder une discrimination indirecte, c'est-à-dire une pratique neutre en apparence mais susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres ([loi n° 2008-496 du 27 mai 2008, art. 1 modifié](#)). Pour mémoire, les autres critères de discrimination, l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race, la religion, les convictions, l'âge, le handicap, l'orientation ou l'identité sexuelle, le sexe ou le lieu de résidence.

Par ailleurs, toute association régulièrement déclarée depuis au moins 5 ans à la date des faits qui a, en vertu de ses statuts, vocation à défendre ou à assister les personnes malades, handicapées ou – ajoute la loi – âgées, peut se porter partie civile dans le cadre d'une procédure pénale en cas de discriminations commises en raison de l'état de santé, du handicap ou – désormais, donc – de l'âge de la victime ([code de procédure pénale, article 2-8 modifié](#)).

**Acquisition de la nationalité française**(art. 38). Peuvent désormais réclamer la nationalité française par déclaration les personnes remplissant, à la date de souscription de la déclaration, les conditions suivantes : avoir au moins 65 ans, résider régulièrement et habituellement en France depuis au moins 25 ans, être les ascendants directs d'un ressortissant français. Le gouvernement aura toutefois la possibilité de s'y opposer pour indignité ou défaut d'assimilation autre que linguistique.



**Droit à l'ACS des bénéficiaires de l'ASPA(art. 40).** Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou du minimum vieillesse bénéficient désormais du renouvellement annuel automatique du droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

**Octroi de l'ASPA aux étrangers(art. 39).** Pour bénéficier de l'ASPA, les personnes âgées de nationalité étrangère doivent remplir certaines conditions spécifiques. A cet égard, les étrangers non ressortissants des 28 pays de l'Union européenne, plus l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège ou la Suisse doivent être titulaires depuis au moins 10 ans d'un titre de séjour autorisant à travailler. Pour faciliter la preuve du respect de cette condition, la loi précise que celle-ci peut être attestée par les périodes d'assurance retenues pour la détermination du droit à une pension de vieillesse.

### III. L'accompagnement de la perte d'autonomie

#### A. LA RÉFORME DE L'APA À DOMICILE

Le gouvernement a décidé d'engager l'« acte II » de l'allocation personnalisée d'autonomie, plus de 10 ans après sa création, « pour permettre à chaque personne âgée de choisir de rester à domicile même si la perte d'autonomie survient ».

Cette réforme est aussi censée résoudre le problème de la saturation des plans d'aide personnalisés, le nombre maximal d'heures d'aide à domicile prévu pour les personnes dépendantes (évaluation en fonction du groupe iso-ressources (GIR) du GIR 1 pour les plus dépendants au GIR 4 pour les moins dépendants) étant déjà utilisé. Selon un document émanant de la direction générale de la cohésion sociale, la saturation des plans d'aide était de l'ordre de 25 % en 2011 et « plus la dépendance est lourde, plus les plans d'aide sont saturés (46 % des GIR 1, 37 % des GIR 2, 32 % des GIR 3 et 18 % des GIR 4) ».

La loi « ASV » propose deux mesures : la hausse des montants maximaux des plans d'aide de l'APA en vue notamment d'augmenter le nombre d'heures d'intervention possibles des aides à domicile pour les personnes dont le plan d'aide est aujourd'hui insuffisant au regard de leurs besoins, et la diminution du reste à charge de certains bénéficiaires.

La réforme de l'APA est entrée en vigueur le **1<sup>er</sup> mars 2016**. Au final, elle devrait concerner 60 % des bénéficiaires de l'allocation, soit 730.000 personnes, dont 80 % sont en GIR 3 ou 4 et 20 % en GIR 1 ou 2. A cet effet, le gouvernement a **mobilisé 350 millions d'euros**, soit 54 % de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie. Le budget de l'APA enregistre donc une hausse de 13 %.

#### 1. L'ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE DES BESOINS (ART. 41, I, 1<sup>o</sup> ET 5<sup>o</sup> ET 88)

Conformément à l'article L. 232-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF), lorsque l'APA est accordée à une personne résidant à domicile, elle est affectée à la couverture des dépenses de toute nature relevant d'un plan d'aide personnalisé, élaboré par l'équipe médico-sociale du département. Cette disposition est complétée pour prévoir que la procédure d'instruction de la demande d'APA doit désormais se fonder sur une évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne âgée. Objectif, selon l'exposé des motifs du projet de loi initial : permettre d'« **appréhender globalement la situation de la personne dans son environnement physique et humain** ».

En pratique, l'équipe médico-sociale doit :

→ **apprécier le degré de perte d'autonomie** du demandeur, qui détermine l'éligibilité à l'APA, sur la base de la grille nationale « AGGIR » ;

→ **évaluer sa situation et ses besoins ainsi que ceux de ses proches aidants**. Cette évaluation doit être réalisée dans des conditions et sur la base de référentiels qui seront définis par un arrêté ;

→ **proposer un plan d'aide, informer** de l'ensemble des modalités d'intervention existantes (l'information garante du libre choix du bénéficiaire, devant présenter de manière exhaustive l'ensemble des dispositifs d'aide et de maintien à domicile dans le territoire concerné) **et recommander les modalités d'intervention** qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire et des besoins des proches aidants ainsi que des modalités de sa prise en charge en cas d'hospitalisation des aidants ;

→ **identifier les autres aides utiles**, dont celles qui sont déjà mises en place, au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses aidants, non prises en charge au titre de l'APA.

Dans un souci de simplification, la loi supprime la commission présidée par le président du conseil départemental qui était chargée de proposer l'APA.

## **2. LA DÉTERMINATION DU MONTANT MAXIMAL DES PLANS D'AIDE (ART. 41, I, 2°)**

### **A La clarification des règles de revalorisation**

Dorénavant, le **montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond défini par décret** en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille « AGGIR » et **revalorisé** chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP).

### **B La hausse des plafonds**

Le montant des plafonds des plans d'aide, à partir duquel est calculée l'APA à domicile, est **augmenté de 100 €, 150 €, 250 € et 400 €** en fonction du degré de dépendance des personnes. Ainsi, les plafonds de la prestation, qui varient selon le classement des personnes en groupe iso-ressources et sont calculés en fonction de la MTP, s'élèvent comme suit **depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016** :

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
1 713,08 € (1,553 MTP)	1 375,54 € (1,247 MTP)	993,88 € (0,901 MTP)	662,95 € (0,601 MTP)

Cet effort témoigne d'un choix volontariste en faveur du soutien à domicile, mais aussi de l'élargissement de la palette de services mobilisables, afin d'adapter au mieux l'intervention aux besoins de la personne. Il couvre volontairement l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, indépendamment du GIR, afin d'agir en prévention dès l'apparition des premiers signes de la perte d'autonomie. Grâce à la revalorisation de ce plafond d'aide, environ 180.000 personnes devraient bénéficier d'heures en plus : 1 heure par jour en plus d'aide à domicile pour les GIR 1 et 2 et 1 heure en plus par semaine pour les GIR 3 et 4.

Lorsque le bénéficiaire de l'APA est hospitalisé dans un établissement de santé pour recevoir des soins de courte durée ou des soins de suite et de réadaptation, le service de la prestation est maintenu pendant les 30 premiers jours d'hospitalisation. Au-delà, le service de l'allocation est suspendu, sauf, désormais, si le bénéficiaire est hospitalisé à domicile.

### **C Le sort des plans d'aide existants (art. 93, I)**

Au regard de la hausse des plafonds des plans d'aide, les conseils départementaux doivent, avant le 1er janvier 2017, réétudier la situation et les droits des personnes bénéficiant de l'APA dont le montant du plan d'aide excède un certain seuil. Sont visés les bénéficiaires de l'APA dont les plans d'aide sont les plus élevés, et donc ont le plus de risque d'être saturés. Plus précisément, les plans d'aide qui doivent être réexaminés en priorité sont ceux qui dépassent : 1.260 € en GIR 1 ; 1.080 € en GIR 2 ; 810 € en GIR 3 ; 540 € en GIR 4.

Au sein de cette catégorie, doivent être en priorité réexaminées les situations des personnes dont le degré de dépendance est le plus élevé. Les personnes dont la situation n'aura pas été revue à temps pourront bénéficier, jusqu'à la notification de la décision du conseil départemental, d'une majoration égale à 50 % de l'écart entre le montant du plan d'aide accepté et le plafond du plan d'aide calculé au regard des nouvelles dispositions.

## **3. LA DIMINUTION DU RESTE À CHARGE (ART. 41, I, 3°)**

Sans changement, l'APA est égale au montant de la fraction du plan d'aide que le bénéficiaire utilise, diminué d'une participation qui reste à sa charge (ou ticket modérateur). Depuis le 1er mars 2016, la participation financière du bénéficiaire de l'APA est modulée en fonction non seulement de ses ressources, mais aussi du montant de son plan d'aide, selon un barème national revalorisé chaque année au 1er janvier. Ce qui doit permettre de rendre le calcul du ticket modérateur plus dégressif pour certains bénéficiaires.

Le barème de participation financière est désormais fixé comme suit :

- l'allocataire dont le revenu mensuel est inférieur actuellement à 799,73 € est exonéré de toute participation ;
- pour celui dont le revenu mensuel est compris entre 799,73 € et 2.945,22 € –, le montant du ticket modérateur est progressif, mais calculé de façon à l'alléger pour les plans d'aide les plus élevés ;
- le bénéficiaire dont le revenu mensuel est supérieur à 2.945,22 € acquitte une participation égale à 90 % du montant du plan d'aide utilisé.

## **4. LE VERSEMENT DE L'APA (ART. 41, I, 10°)**

### **A Le destinataire du versement**

Jusqu'alors, l'allocation personnalisée d'autonomie pouvait, après accord du bénéficiaire, être versée directement aux services d'aide à domicile auxquels il faisait appel. La loi « ASV » aménage les modalités de versement de l'APA en posant le principe d'un versement au bénéficiaire avec certaines exceptions.

Le département peut ainsi servir :

- la partie de l'APA destinée à rémunérer un service d'aide à domicile directement au service ainsi choisi par l'intéressé, qui demeure libre d'en choisir un autre ;
- la partie de l'allocation à la personne physique ou morale, ou à l'organisme qui fournit l'aide technique, réalise l'aménagement du logement ou assure l'accueil temporaire ou le répit à domicile.

### B Les modalités de versement

Le versement de la partie de l'APA servant à payer les aides régulières interviendra chaque mois. Celle qui sert au règlement des dépenses relatives aux aides techniques, à l'adaptation du logement et aux prestations d'accueil temporaire ou de répit à domicile peut faire l'objet de versements ponctuels au bénéficiaire de l'APA.

Le titulaire de l'APA peut également percevoir la partie de son allocation pour rémunérer un salarié, un accueillant familial ou un service d'aide à domicile autorisé sous forme de chèque emploi-service universel.

### C La révision du montant

La décision déterminant le montant de l'APA est révisée périodiquement dans le délai qu'elle détermine en fonction de l'état du bénéficiaire. Elle peut aussi être révisée à tout moment à la demande de l'intéressé, ou le cas échéant de son représentant légal, ainsi qu'à l'initiative du président du conseil départemental si des éléments nouveaux modifient la situation personnelle du bénéficiaire ou, désormais, celle du proche aidant. A compter du 1er mars 2017, les demandes de révision formulées par les bénéficiaires, leur représentant légal ou leurs proches aidants seront instruites selon la procédure et dans les délais prévus, selon le cas, pour une première demande ou pour une demande en urgence.

## **5. LA FORFAITISATION DE L'APA (ART. 41, I, 3°)**

Lorsque le bénéficiaire de l'APA décide de recourir à un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financé par forfait global dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), son allocation et sa participation financière peuvent être calculées de façon forfaitaire au regard du plan d'aide qu'il a accepté. Mais un certain nombre d'obligations s'imposent alors aux SAAD et aux conseils départementaux

Ainsi, le conseil départemental doit, au préalable, réexaminer les besoins d'aide à domicile du bénéficiaire qui n'utilise pas en moyenne au moins 10 % des heures auxquelles il a droit sur une période de 3 mois et, le cas échéant, réviser la décision d'attribution de l'APA. De son côté, le SAAD doit assurer, le cas échéant par un dispositif de télégestion, le suivi des heures d'aide à domicile réalisées.

Le titulaire de l'APA doit en outre pouvoir bénéficier :

- du report des heures d'aide à domicile non utilisées ou d'une suspension de sa participation financière en cas d'absence du domicile en raison d'une hospitalisation, d'un accueil temporaire ou pour convenance personnelle ;
- du remboursement de sa participation financière afférente aux heures d'aide à domicile non utilisées « pour la fraction qui excède 5 % en moyenne sur une période de 6 mois ». Le titulaire de l'APA ou le SAAD doivent alors demander au conseil départemental de réexaminer les besoins d'aide à domicile dans un délai de 2 mois à compter du dépôt de la demande. Au terme de ce délai, à défaut d'une notification, l'APA et la participation sont réputées révisées sur la base du plan d'aide diminué des heures d'aide à domicile non utilisées, jusqu'à ce que la décision soit notifiée à l'intéressé.

## **6. LE FINANCEMENT DE L'APA**

La loi prévoit de compenser aux départements, via la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les dépenses nouvelles mises à leur charge en raison des améliorations apportées à l'APA à domicile.

La CNSA se voit attribuer de nouvelles ressources au travers d'une fraction de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Ces crédits alloués pour le financement de l'APA sont divisés en 2 parts.

Une première part est répartie annuellement entre les départements, sur la base : du nombre de personnes âgées de plus de 75 ans, pour 50 % ; du montant des dépenses d'APA, pour 20 % ; du potentiel fiscal du département, pour 25 % ; du nombre de foyers bénéficiaires du RSA pour 5 %. L'ensemble des montants reçus par les départements "excédentaires" par rapport au ratio réglementaire sera redistribué en faveur des départements déficitaires au prorata de leurs besoins.

Une seconde part des crédits est créée, destinée spécifiquement à contribuer au financement de la réforme, sur la base de l'estimation des charges nouvelles occasionnées par la réforme de l'APA (création d'un droit au répit pour les proches aidants, majoration du plan d'aide pour assurer la prise en charge des solutions de répit, revalorisation des plafonds des plans d'aide...).

## **B. LA REFONDATION DE L'AIDE À DOMICILE**

Le chantier dit de la « refondation de l'aide à domicile » vise à « sécuriser le financement de cette activité et à conforter un cahier des charges de missions opposables aux services et comprenant des exigences de qualité et de diversification des services ainsi qu'une plus forte professionnalisation des intervenants dans la chaîne de l'accompagnement et le parcours de vie ». La loi du 28 décembre 2015 donne corps à ce chantier en mettant en place un régime unique d'autorisation des SAAD et en invitant les services polyvalents d'aide et de soins (Spasad) à expérimenter un nouveau mode d'organisation « intégré ».

### **1. LE CONTENU DES CPOM CONCLUS AVEC LES SAAD (ART. 46)**

Afin d'améliorer la qualité de service, le contenu minimal des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile est désormais défini.

Elle prévoit en effet que les SAAD autorisés prenant en charge des personnes âgées, des personnes handicapées ainsi que des mineurs ou des jeunes majeurs de moins de 21 ans adressés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) **peuvent** conclure un CPOM d'une durée de 5 ans avec le conseil départemental, afin de favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions de service public.

Dans ce cadre, le contrat doit notamment préciser (CASF, art. L. 313-11-1 nouveau) :

- le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;
- le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- les modalités de calcul de l'APA à domicile et de la participation financière de son bénéficiaire (sauf pour les services prenant en charge les mineurs ou les jeunes majeurs confiés par l'ASE) ;
- les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département (sauf pour les services prenant en charge les mineurs ou les jeunes majeurs confiés par l'ASE) ;
- les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et par le schéma régional de santé, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées (sauf pour les services prenant en charge les mineurs ou les jeunes majeurs confiés à l'ASE) ;
- les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;
- les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- la nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;
- la nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;
- les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites.

### **2. UN REGIME UNIQUE D'AUTORISATION DES SAAD (ART. 47 ET 95)**

#### **A Le principe**

Les SAAD qui souhaitent intervenir auprès des titulaires de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH) doivent dorénavant y être autorisés spécifiquement s'ils ne sont pas détenteurs de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Cette autorisation, délivrée pour 15 ans par le président du conseil départemental, peut être refusée ou retirée dans les conditions prévues respectivement aux articles L. 313-8 et L. 313-9 du code de l'action sociale et des familles. C'est donc un régime unique d'autorisation qui se met en place. La réforme ne concerne pas les agréments « services à la personne », qui n'entrent pas le champ du droit d'option, ni les services à la personne mandataires. En pratique, l'autorisation n'emportant pas automatiquement habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, deux situations vont coexister :

- les services autorisés et habilités à l'aide sociale, qui font l'objet d'une tarification administrée ;
- les services autorisés et non habilités à l'aide sociale, qui peuvent fixer librement leurs tarifs.

Dans tous les cas, les services ainsi autorisés doivent accueillir, dans la limite de leur spécialité et de leur zone d'intervention autorisée, toute personne bénéficiaire de l'APA et de la PCH dans des conditions précisées, le



cas échéant, par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ils doivent également respecter un cahier des charges national qui sera défini par décret et sera rendu opposable au 1er juillet 2016.

### *B L'exonération temporaire de la procédure d'appel à projet*

Les demandes de création ou d'extension d'un SAAD assorties de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ou de l'autorisation spécifique du département, ainsi qu'une telle habilitation ou autorisation pour un service préexistant, sont exonérées de la procédure d'appel à projet jusqu'au 31 décembre 2022. Il appartient au président du conseil départemental de se prononcer, par une décision motivée, dans un délai de 3 mois à compter de la réception de la demande, le silence gardé valant rejet.

### **3. L'EXPERIMENTATION DES SPASAD « INTEGRÉS » (ART. 49)**

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile vont pouvoir expérimenter, pour une durée maximale de 2 ans, un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement, selon un cahier des charges qui a été fixé par un arrêté du 30 décembre 2015, puis explicité par une circulaire du 8 février 2016.

#### *A Les critères d'éligibilité*

##### **1) Les services et activités éligibles**

Selon le cahier des charges, peuvent mettre en œuvre ces expérimentations :

- les Spasad autorisés au 31 décembre 2015 ou en cours de constitution, qui prennent en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques ;
- les SSIAD et les SAAD qui constituent un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ou souhaitent exercer leurs missions en commun dans le cadre d'une convention ;
- les SSIAD ou les SAAD et un Spasad qui décident d'exercer leurs missions en commun, que ce soit dans le cadre d'une autorisation commune, d'un GCSMS ou d'une convention.

En outre, précise le cahier des charges, pour être éligibles à l'expérimentation, ces structures doivent être en mesure :

- de mettre en œuvre dans des conditions satisfaisantes un modèle intégré d'organisation, de personnels et de périmètre territorial d'intervention ;
- de permettre une évaluation de ce fonctionnement tant sur le Spasad lui-même qu'auprès des personnes accompagnées et de leurs proches aidants.

##### **2) La conclusion d'un CPOM**

D'après le cahier des charges, en pratique, les services candidats à l'expérimentation doivent adresser leur demande, selon des modalités définies par l'appel à candidature local, au conseil départemental ou à l'agence régionale de santé (ARS), qui dispose de 2 mois pour examiner leur recevabilité. Recevabilité subordonnée à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre le ou les services concernés, le conseil départemental et l'ARS. Ce CPOM précise les missions et les obligations respectives des parties signataires, notamment en ce qui concerne les actions de prévention, et permet la contractualisation des moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis. Dans tous les cas, il doit être signé au plus tard le 30 juin 2017 pour une durée de 2 ans, tacitement reconductible dans la limite de 5 ans. Pour être valable, le contrat pluriannuel doit obligatoirement contenir les éléments suivants :

- le nombre et les catégories de personnes prises en charge au titre d'une année ;
- le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- les objectifs et les moyens mis en œuvre pour l'organisation intégrée du Spasad (accueil intégré, modalités de coordination des prestations d'aide et de soins, système d'information et outils partagés) ;
- les actions de prévention mises en œuvre par le service ;
- les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation du service ;
- la nature et les modalités de coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire du territoire ;
- les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements sous la forme :

- de tarifs horaires ou de forfait global déterminé par le conseil départemental en ce qui concerne les activités d'aide à domicile, notamment lorsque ces activités ont donné lieu précédemment à la conclusion d'un CPOM autorisant un financement par forfait global,
- de dotation globale de soins déterminée par le directeur général de l'ARS en ce qui concerne les activités de soins à domicile et de coordination de l'infirmier coordonnateur,
- de financements complémentaires au titre des actions de prévention décidées dans le cadre de la conférence des financeurs ;

→ la nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département et à l'ARS ;

→ les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites, notamment les indicateurs d'évaluation de l'organisation et du fonctionnement intégré du Spasad ainsi que de ses activités.

Sont par ailleurs annexés au CPOM la liste des indicateurs validés par le comité de pilotage national qui seront utilisés pour l'évaluation de l'expérimentation et le calendrier de leur transmission par les Spasad à l'ARS et au conseil départemental. A l'issue des 2 années d'expérimentation, le Spasad devra bénéficier d'une autorisation conjointe de l'ARS et du conseil départemental, sans procédure d'appel à projet si elle n'entraîne pas une extension de capacité.

### B Les missions

Les Spasad expérimentateurs doivent assurer les missions d'un SSIAD et d'un SAAD. Ils doivent notamment prendre en charge les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes de maladies chroniques domiciliées sur le territoire d'intervention dans les conditions prévues dans le CPOM. Et, en priorité, les personnes requérant à la fois des prestations d'aide et de soins à domicile.

Les Spasad doivent aussi conduire des actions de prévention concourant au maintien à domicile des personnes accompagnées en particulier dans les domaines suivants : dénutrition et déshydratation, chutes à domicile, isolement. Les services doivent donc développer des « partenariats utiles, notamment avec les établissements de santé et les caisses de retraite, en amont des hospitalisations, afin d'accompagner leur retour et leur maintien à domicile par l'action conjuguée de professionnels de l'aide et du soin ». Les Spasad expérimentateurs peuvent également développer des actions de coordination et de prévention avec les centres de santé.

Au-delà, les Spasad expérimentateurs ont un rôle de repérage, d'alerte et de signalement des situations d'isolement, de fragilité, de perte d'autonomie ou d'aggravation de celle-ci.

Dans le cadre de leurs missions, les Spasad expérimentateurs sont tenus au secret professionnel et au partage d'informations strictement nécessaires au suivi social ou médico-social des personnes qu'ils accompagnent dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

### C L'organisation

Dans le cadre de l'expérimentation des Spasad « intégrés », trois personnes sont incontournables :

→ le responsable du Spasad, qui exerce un rôle de gestion et d'organisation de la structure et du personnel ;

→ l'infirmier coordonnateur, référent de la personne accompagnée. Il réalise la visite d'évaluation des attentes et des besoins de cette dernière et les visites de réévaluation, et élabore son projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins dont il coordonne, lors de sa mise en œuvre, les prestations et les personnels concernés. Il peut également exercer les fonctions de responsable du Spasad, suivant l'organisation choisie par le service ;

→ le responsable de secteur, qui peut participer à l'évaluation globale des attentes et des besoins de la personne accompagnée et à l'élaboration du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins.

### D Le fonctionnement

Pour favoriser une meilleure information des personnes accompagnées, les Spasad « intégrés » doivent leur offrir un accueil physique et téléphonique. Ils devront ainsi mettre à leur disposition un numéro d'appel unique et des supports d'information relatifs à l'ensemble des prestations qu'ils proposent.

Les Spasad doivent aussi mettre en place une organisation coordonnée et intégrée qui assure, sur leur territoire d'intervention et auprès des personnes accompagnées, la continuité de leurs interventions et leur caractère intégré. Ils doivent donc intervenir chaque jour, y compris les dimanches et les jours fériés lorsque les besoins de la personne le nécessitent. Afin de garantir la continuité de la prise en charge, lorsque la prescription de

soins n'est pas reconduite, les prestations d'aide et d'accompagnement peuvent être maintenues. Elles sont alors encadrées, selon l'organisation du Spasad, par l'infirmier coordonnateur ou le responsable de secteur.

Dans tous les cas, l'organisation intégrée des Spasad recouvre :

→ l'évaluation des besoins globaux des personnes accompagnées au moyen d'un outil unique d'évaluation des besoins d'aide et de soins incluant, le cas échéant, des expertises complémentaires de l'équipe pluridisciplinaire du service (responsable de secteur, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, diététicien, conseiller en économie sociale et familiale, assistant de service social...). En outre, l'outil de liaison à domicile (papier ou informatisé) est commun et, le cas échéant, partagé avec les professionnels de santé libéraux ou les partenaires du Spasad ;

→ l'élaboration du projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, en fonction notamment de la prescription médicale. Les modalités de suivi, d'actualisation et de réévaluation du projet, a minima annuelle, doivent y être spécifiées ;

→ la recherche systématique de l'expression, de la participation et de l'adhésion de la personne accompagnée au projet individualisé ainsi que l'articulation de manière coordonnée de la prise en charge ;

→ la coordination des interventions auprès de la personne accompagnée et de son entourage ;

→ la coordination des interventions du service avec les équipes des établissements de santé, des centres de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux et les professionnels de santé libéraux.

### E Le financement

Les Spasad expérimentateurs sont financés au moyen :

→ d'une dotation globale de soins pour les activités de soins et de coordination ;

→ de tarifs horaires ou d'un forfait global (déterminé dans le CPOM) pour les actions d'aide et d'accompagnement à domicile ;

→ de financements complémentaires au titre des actions de prévention décidées dans le cadre de la conférence des financeurs.

En cas de désaccord entre l'ARS et le conseil départemental sur la tarification du Spasad, chacun d'entre eux fixe par arrêté le tarif relevant de sa compétence et le soumet au tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale dont la décision s'impose.

Le cahier des charges précise par ailleurs qu'il convient de veiller à la « non-fongibilité des budgets relatifs respectivement aux activités de soins, d'aide et d'accompagnement et de prévention ». Des clés de répartition doivent en outre être déterminées dans le cadre du CPOM et, le cas échéant, revues au cours de sa mise en œuvre afin de répartir les charges de structure relatives aux différentes activités.

### F Le pilotage

C'est le comité de pilotage national de refondation des services à domicile qui est chargé d'assurer « l'orientation et le suivi de l'expérimentation ». Il est composé des représentants : de l'Assemblée des départements de France et des départements intéressés ; les directeurs généraux des ARS intéressées ; la direction générale de la cohésion sociale, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales ; la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la caisse nationale de l'assurance maladie et les caisses de retraite représentées en inter-régimes ; l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et l'ANESM ; les fédérations gestionnaires de services à domicile ; le Conseil national consultatif des personnes handicapées et le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

Coprésidé par l'Etat et l'ADF, le comité de pilotage national s'appuie sur des comités de pilotage régionaux, composés, eux, de représentants des fédérations gestionnaires de SAAD et de SSIAD dans le ressort territorial de la région, de représentants des caisses de retraite en inter-régimes et de représentants du conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie. Ils sont présidés par le directeur général de l'ARS et les présidents des conseils départementaux intéressés de la région concernée.

Afin de permettre au comité de pilotage national d'effectuer le suivi et l'évaluation de l'expérimentation, les Spasad doivent fournir, 2 fois par an, à l'ARS et au conseil départemental un tableau de bord des indicateurs de suivi que le comité aura définis. De son côté, le gouvernement devra remettre au Parlement, d'ici au 30 juin 2017, un rapport d'évaluation des expérimentations.

## **C. LE SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS DES PERSONNES ÂGÉES**

En 2008, 4,3 millions de personnes aidaient régulièrement au moins un de leurs proches âgés de 60 ans ou plus à domicile en raison d'une santé altérée ou d'un handicap. Restreint au champ de l'APA, le nombre de personnes aidées était d'environ 600.000 pour 800.000 aidants en 2011, dont 40 % avaient une activité professionnelle et 20 % étaient considérés comme en situation de charge importante.

### **1. LA DÉFINITION DE L'AIDANT (ART. 51)**

L'article L. 113-1-3 du code de l'action sociale et des familles définit désormais comme « *proche aidant* » « *son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un PACS ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne* ».

### **2. LA CRÉATION D'UN DROIT AU RÉPIT (ART. 52 ET 93)**

Le proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensable au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'APA et qui ne peut être remplacé par une autre personne à titre non professionnel peut ouvrir droit, dans le cadre de cette allocation et sans incidence sur le plafond du plan d'aide, à des solutions de répit (CASF, art. L. 232-3-2 et D. 232-9-1, II nouveaux). Celles-ci doivent être adaptées à la personne aidée et définies dans son plan d'aide personnalisé en fonction du besoin de répit évalué par l'équipe médico-sociale du département lors de la demande initiale ou de révision de l'APA. Dans ce cadre, l'équipe médico-sociale propose le recours à un ou des dispositifs d'accueil temporaire, en établissement ou en famille d'accueil, de relais à domicile, ou à tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée (CASF, art. L. 232-3-2 et D. 232-9-1, I, al. 2 nouveaux). Pour financer cette aide, le conseil départemental peut accorder au bénéficiaire de l'APA une majoration annuelle de son plan d'aide égale en 2016 à 499,69 € par an.

Cette aide « *permettra par exemple de financer 7 jours de séjour dans un hébergement temporaire* », précise le rapport annexé. Soulignant que ce droit au répit est « *ciblé sur les aidants des personnes les plus dépendantes (GIR 1 et 2), en fonction de la charge pour l'aidant estimée par l'équipe d'évaluation médico-sociale : isolement (aidant unique), GIR, maladie d'Alzheimer, etc.* ». Cette disposition est « *complémentaire de la revalorisation des plafonds des plans d'aide de l'APA, qui permettra de dégager des marges de financement pour permettre, plus facilement qu'aujourd'hui, l'accès aux structures de répit* ».

Les services sociaux des conseils départementaux doivent, d'ici au 1er janvier 2017, réexaminer au regard du droit au répit la situation des titulaires de l'APA dont le plan d'aide n'est pas « saturé ». Seront avant tout étudiées les situations des personnes dont le degré de dépendance est le plus élevé.

### **3. L'ACCUEIL DU PROCHE AIDE EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'AIDANT (ART. 52)**

Un dispositif d'accueil d'urgence du proche aidé en cas d'hospitalisation de l'aidant est également créé et pourra notamment s'appuyer sur des dispositifs d'hébergement temporaire. Pour cela, le montant du plan d'aide personnalisé élaboré dans le cadre de l'APA peut, pour faire face à l'hospitalisation de l'aidant, être ponctuellement augmenté au-delà du montant plafond, jusqu'à actuellement 992,77 € par an. Cela suppose donc la « *mise en place d'une organisation spécifique pour répondre à ces situations qui constituent bien souvent des vecteurs d'accélération de la perte d'autonomie, d'entrée en institution non préparée ou d'hospitalisation non programmée et non justifiée sur le plan médical* », souligne le rapport annexé à la loi.

Lorsqu'un renforcement des prises en charge professionnelles du bénéficiaire de l'APA est nécessaire, celui-ci ou son proche aidant doit adresser une demande au président du conseil départemental indiquant la date et la durée prévisibles de l'hospitalisation, les caractéristiques de l'aide apportée par l'aidant, la nature de la solution de relais souhaitée et, le cas échéant, l'établissement ou le service identifié pour l'assurer. Dans le cas d'une hospitalisation programmée, la demande doit être adressée dès que la date en est connue, et au maximum 1 mois avant cette date. Il appartient alors à l'équipe médico-sociale départementale ou à un autre professionnel ou organisme mandaté par le conseil départemental de proposer au bénéficiaire de l'APA et à son aidant, après échange avec eux, la ou les solutions de relais les plus adaptées pour la durée de l'hospitalisation de l'aidant. Doivent être prises en compte, dans la mesure du possible, les propositions d'organisation formulées par le bénéficiaire, son proche aidant, son entourage familial ou des professionnels de leur entourage.

En cas d'absence de réponse du président du conseil départemental 8 jours avant la date de l'hospitalisation et en cas d'urgence, la majoration est attribuée à titre provisoire jusqu'à la date de notification de la décision, pour un montant correspondant au coût de la solution de relais demandée, dans le respect des dépassements de plafonds autorisés et déduction faite de la participation financière du titulaire de l'APA.



Enfin, lorsque, dans les situations d'urgence, aucune solution n'est proposée, le président du conseil départemental doit proposer et, si nécessaire, organiser et mettre en place la solution de relais.

#### **4. L'AMENAGEMENT DU CONGE DE SOUTIEN FAMILIAL (ART. 53)**

Le congé de soutien familial change de nom pour devenir le « *congé de proche aidant* », ce qui permet de ne plus le restreindre aux seuls membres de la famille.

##### *A Les conditions d'octroi*

Le congé de proche aidant est ouvert à tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale de 2 ans dans l'entreprise, qui souhaite interrompre temporairement son activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de sa famille présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité, mais aussi désormais de la personne âgée ou de la personne handicapée avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables et à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne (code travail [C. trav.], art. L. 3142-22, 9° nouveau).

Si le placement de la personne aidée en établissement ou chez un tiers autre que le salarié faisait obstacle à l'octroi du congé, ce n'est désormais plus le cas.

La durée du congé demeure de 3 mois renouvelables et ne peut en aucun cas dépasser 1 an sur l'ensemble de la carrière de l'intéressé. Sauf dispositions conventionnelles contraires, le congé n'est pas rémunéré.

##### *B L'organisation*

Le congé peut désormais, avec l'accord de l'employeur, être transformé en période d'activité à temps partiel (C. trav., art. L. 3142-24, al. 3 nouveau).

En outre, le salarié peut maintenant prendre son congé de façon fractionnée, sans pouvoir dépasser la durée maximale de 3 mois, dans des conditions qui doivent être fixées par décret. Il doit alors avertir son employeur au moins 48 heures avant la prise de chaque période de congé, sauf en cas de dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée ou d'une situation de crise nécessitant une action urgente du proche aidant (C. trav., art. L. 3142-24, al. 4 nouveau).

A l'issue de son congé ou de la période d'activité à temps partiel, le salarié doit retrouver son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente (C. trav., art. L. 3142-27, modifié).

#### **5. AUTRES DISPOSITIONS.**

##### *Des places d'accueil de nuit dédiées (art. 54)*

Afin de soulager les proches aidants, les établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des mineurs ou des jeunes adultes handicapés, des personnes âgées et des personnes adultes handicapées ainsi que les foyers d'accueil médicalisés, peuvent comporter un ou plusieurs hébergements permettant l'accueil pour une nuit de personnes nécessitant une surveillance permanente.

##### *Séjour de vacances pour les proches aidants (art. 65)*

Les établissements accueillant des personnes âgées et des adultes handicapés ou des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes peuvent désormais proposer concomitamment à l'hébergement temporaire de ces publics un séjour de vacances pour les proches aidants de ces personnes. Ces projets de séjour n'ont pas à être compatibles avec les objectifs et besoins du schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

#### **D) OCTROI DES CARTES D'INVALIDITE ET DE STATIONNEMENT (ART. 44)**

La délivrance des cartes d'invalidité et de stationnement aux personnes âgées titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et relevant des groupes iso-ressources (GIR) 1 et 2 est facilitée. Jusqu'à présent, il appartenait à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, c'est-à-dire à l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), de leur délivrer la carte d'invalidité. Dorénavant, c'est le directeur de la MDPH qui en est chargé, la commission n'ayant donc plus à apprécier si leur état justifie l'attribution de la carte d'invalidité. La carte est ainsi attribuée, à titre définitif, aux personnes âgées concernées, conformément à la notification de la décision d'attribution de l'APA (CASF, art. L. 146-4, al. 15 nouveau et L. 241-3, al. 2 modifié).

Les titulaires de l'APA relevant des GIR 1 et 2 peuvent aussi désormais bénéficier de la carte de stationnement délivrée aux personnes handicapées. C'est le représentant de l'Etat dans le département qui la leur attribue dans un délai de 2 mois suivant leur demande, conformément à la notification de la décision de l'APA. A défaut de réponse dans ce laps de temps, la carte est attribuée de plein droit (CASF, art. L. 241-3-2, al. 2 nouveau).

Les modalités de délivrance de ces 2 cartes ont été précisées par un décret du 26 février 2016(1).

## E. LE DEVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL FAMILIAL (ART. 56 DE LA LOI)

La loi du 28 décembre 2015 cherche à développer l'accueil familial, forme intermédiaire d'accueil entre le domicile et l'hébergement en établissement de personnes âgées et handicapées adultes, par des particuliers agréés par le président du conseil départemental et à titre onéreux (actuellement seulement 10.000 accueillants familiaux en France). Pour développer la formule, sont prévus la révision du cadre juridique de l'agrément, du contenu du contrat d'accueil et des conditions de formation requises, ainsi que la possibilité de rémunérer les accueillants familiaux au moyen de chèques emploi-service universel (CESU).

### LA REVISION DU CADRE JURIDIQUE DE L'ACCUEIL FAMILIAL

#### Les conditions de l'agrément.

Actuellement, une personne ou un couple peut accueillir habituellement à son domicile, à titre onéreux :

-des personnes âgées ou handicapées adultes n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus et, s'agissant des personnes handicapées adultes, ne relevant pas d'une maison d'accueil spécialisée,

-à condition d'obtenir un agrément, renouvelable, auprès du conseil départemental qui instruit la demande, vérifie si les conditions d'accueil garantissent sa continuité, la protection de la santé des personnes accueillies, leur sécurité et leur bien-être physique et moral. Un suivi social et médico-social des personnes accueillies doit aussi pouvoir être assuré. Les intéressés doivent s'engager à suivre une formation initiale et continue organisée par le conseil départemental, mais aussi, à l'avenir, « une initiation aux gestes de secourisme ».

Par ailleurs, le président du conseil départemental pourra subordonner dans le cadre de la décision d'agrément, l'accueil de personnes dont les caractéristiques en termes de perte d'autonomie ou de handicap le nécessitent à des modalités spécifiques de **formation**, de suivi et d'accompagnement de l'accueillant familial et, le cas échéant, de la personne accueillie.

**Le nombre** de personnes pouvant être accueillies sera toujours de 3, mais désormais « *de manière simultanée* », dans la limite de 8 contrats d'accueil au total. Cela permettra une diversité des contrats d'accueil : de longue durée, séquentiels, temporaire. Un même accueillant peut accueillir, par exemple, deux personnes en permanence, et proposer d'accueillir une autre le mercredi et une autre encore le week-end. Cette souplesse permet notamment aux proches aidants d'organiser leur temps de répit. Par ailleurs, le président du conseil départemental peut autoriser, « si les conditions d'accueil le permettent et à titre dérogatoire », l'accueil simultané de 4 personnes au maximum lorsque, parmi ces dernières, un couple est accueilli.

Dans tous les cas, la décision d'agrément doit préciser **les modalités d'accueil prévues** : à temps complet ou partiel, en particulier accueil de jour ou accueil de nuit, permanent, temporaire ou séquentiel. Elle peut également préciser les caractéristiques, en termes de handicap et de perte d'autonomie, des personnes susceptibles d'être accueillies.

Toute décision de refus d'agrément doit être motivée et, pour une demande de renouvellement d'agrément, devra désormais être prise après avis de la commission consultative de retrait d'agrément.

### LE RESPECT DES BESOINS ET DES DROITS DES PERSONNES ACCUEILLIES

Toute personne accueillie au domicile d'un accueillant familial (ou, s'il y a lieu, son représentant légal) doit passer avec cet accueillant **un contrat écrit**. Désormais, ce contrat doit prévoir « *un projet d'accueil personnalisé au regard des besoins de la personne accueillie* ».

Il est désormais prévu que le contrat doit garantir à la personne accueillie l'exercice des droits et libertés individuels énoncés à l'article L. 311-3 du code de l'action sociale et des familles (respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité, de la vie privée...). La charte des droits et libertés de la personne accueillie, doit désormais être annexée au contrat d'accueil.

Le contrat doit également désormais prévoir que les personnes accueillies dans un cadre familial peuvent faire appel, pour les aider à faire valoir leurs droits, à une personne qualifiée qu'elles choisiront sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental.

Les personnes accueillies ont la possibilité de désigner une personne de confiance. Lors de cette désignation, valable sans limitation de durée (sauf choix contraire), la personne accueillie peut indiquer que cette personne de confiance exerce également les missions de la personne de confiance au sens du code de la santé publique. Celle-ci sera consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits. Si la personne accueillie le souhaite, la personne de confiance pourra également l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

## **L'ORGANISATION DE LA FORMATION DES ACCUEILLANTS FAMILIAUX**

Aucun texte législatif ne définissait jusqu'à présent le contenu de la formation des accueillants familiaux. La loi prévoit qu'un décret définira les objectifs, le contenu, la durée et les modalités de mise en œuvre de la formation initiale et continue des accueillants familiaux. Ce texte fixera également la durée de la formation, qui devra être obligatoirement suivie avant le premier accueil, ainsi que les dispenses de formation possibles pour les accueillants familiaux justifiant d'une formation antérieure équivalente.

La loi affirme que l'initiation aux gestes de secourisme constitue un préalable au premier accueil.

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

## **LA REMUNERATION DE L'ACCUEILLANT FAMILIAL PAR CESU**

La loi du 28 décembre 2015 permet, depuis le 1er janvier 2016, de déclarer et, le cas échéant, de verser la rémunération de l'accueillant familial ainsi que les diverses indemnités qui lui sont dues par chèque emploi-service universel CESU (la rémunération journalière des services rendus, l'indemnité de congé, l'indemnité versée en cas de sujétion particulière, l'indemnité représentative des frais d'entretien courant de la personne accueillie, l'indemnité représentative de la mise à disposition d'une ou plusieurs pièces réservées à la personne accueillie). Le recours à ce moyen de paiement n'est possible qu'avec l'accord de l'accueillant familial.

L'avantage de ce dispositif est de faire bénéficier la personne accueillie d'un service de déclaration en ligne, de la réalisation et de la mise à disposition d'un relevé mensuel des contreparties financières versées à l'accueillant et du prélèvement mensuel des cotisations directement sur son compte bancaire. Pour ce faire, les personnes accueillies doivent adhérer au CESU (plus d'informations sur [www.cesu.urssaf.fr](http://www.cesu.urssaf.fr)).

La loi du 28 décembre 2015 précise explicitement les dispositions du code du travail applicables aux accueillants familiaux employés par des personnes morales de droit public ou privé : discriminations, égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, harcèlement, formation, exécution et rupture de contrat, droit syndical, résolution des litiges et conseil de prud'hommes, santé et sécurité au travail, formation professionnelle tout au long de la vie...

## **F. LES DISPOSITIONS SUR LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES**

### **UN SOCLE MINIMAL DE PRESTATIONS « HEBERGEMENT » EN EHPAD (ART. 57)**

A compter du 1er juillet 2016, les EHPAD devront proposer un ensemble de prestations minimales relatives à l'hébergement dit « socle de prestations ». Il comprend :

→ *Des prestations d'administration générale liées :*

– à la gestion administrative de l'ensemble du séjour : les frais liés aux rendez-vous nécessaires à la préparation de l'entrée en EHPAD, l'état des lieux contradictoire d'entrée et de sortie réalisé par le personnel de l'établissement, tout document de liaison avec la famille, les proches aidants et la personne de confiance, ainsi qu'avec les services administratifs permettant l'accès aux droits, notamment les frais administratifs de correspondance pour les différents dossiers dont la protection universelle maladie, la CMU-C complémentaire, l'aide sociale à l'hébergement et l'allocation logement,

– à l'élaboration et au suivi du contrat de séjour, de ses annexes et de ses avenants,

– aux prestations comptables, juridiques et budgétaires d'administration générale, dont les frais de siège autorisés ou la quote-part des services gérés en commun ;

→ *des prestations d'accueil hôtelier :*

– la mise à disposition de la chambre (individuelle ou double) et des locaux collectifs,

– l'accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes,

– les fournitures électricité, eau, gaz, éclairage, chauffage utilisés dans la chambre et le reste de l'établissement,

– la mise à disposition de tout équipement indissociablement lié au cadre bâti de l'EHPAD,

– l'entretien et le nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour,

– l'entretien et le nettoyage des parties communes et des locaux collectifs,

– la maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts,

- la mise à disposition des connectiques nécessaires pour recevoir la télévision et installer le téléphone dans la chambre,
- l'accès aux moyens de communication, y compris Internet, dans tout ou partie de l'établissement ;
- une prestation de restauration, comportant l'accès à un service de restauration ainsi que la fourniture de 3 repas, d'un goûter et la mise à disposition d'une collation nocturne ;
- une prestation de blanchissage, c'est-à-dire la fourniture et la pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien ;
- une prestation d'animation de la vie sociale avec un accès aux animations collectives et à celles qui sont organisées dans l'établissement, ainsi que l'organisation d'activités extérieures.

Cette disposition garantit aux résidents une prise en charge sans surcoût et permet aux familles à la recherche d'un établissement de comparer les prix proposés par chaque établissement sur la base d'un socle commun.

En dehors de ces prestations socles, le contrat conclu entre la structure et le résident devra préciser le coût des autres prestations qui seront facultatives. Et un avenant au contrat devra être établi lorsque le résident demande le bénéfice d'une prestation supplémentaire ou renonce à une prestation.

### **UN TARIF GLOBAL « HEBERGEMENT » DANS LES EHPAD NON HABILITÉS A L'AIDE SOCIALE (ART. 57)**

La loi du 28 décembre 2015 impose aux EHPAD non habilités à l'aide sociale la fixation d'un prix global pour le socle minimal de prestations hébergement qui ne sera applicable qu'à compter du 1er juillet 2016. Les établissements ne pourront plus facturer en plus le paiement d'une prestation relevant du périmètre de ce socle.

**Sont concernés** les structures privées à but lucratif, c'est-à-dire principalement les établissements :

- qui ne sont ni habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale ni conventionnés au titre de l'aide personnalisée au logement,
- conventionnés APL et non habilités à l'aide sociale pour ce qui concerne les prestations qui ne sont pas prises en compte dans le calcul de la part de la redevance assimilable au loyer et aux charges locatives récupérables ;
- habilités à l'aide sociale qui ont accueilli en moyenne, sur les trois exercices précédant celui de leur demande, moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à leur dernière capacité agréée.

A compter du 1er juillet 2016, le prix du socle de prestations et les prix des autres prestations d'hébergement seront toujours librement fixés lors de la signature du contrat. Ils varieront ensuite suivant une formule de calcul qui a été fixée par décret permettant de déterminer le taux maximal d'évolution annuel de ces prix.

Le président du conseil départemental pourra fixer un pourcentage supérieur en cas d'augmentation importante des coûts d'exploitation résultant de l'amélioration de prestations existantes ou de la modification des conditions de gestion ou d'exploitation. L'établissement qui demande le bénéfice de ces dispositions doit adresser au président du conseil départemental, conjointement à sa demande, l'avis rendu par **le conseil de la vie sociale** (et non plus celui du conseil d'établissement). Enfin, le conseil de la vie sociale doit être consulté au moins une fois par an sur le niveau du prix du socle de prestations et sur le prix des autres prestations d'hébergement ainsi qu'à chaque création d'une nouvelle prestation. Objectif : garantir notamment l'information des représentants des personnes âgées, de leurs familles ainsi que du personnel.

### **L'information de la CNSA sur les capacités d'hébergement et les tarifs (art. 60)**

La loi prévoit que les établissements et services pour personnes âgées doivent transmettre périodiquement à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) diverses informations concernant leur capacité d'hébergement, permanent et temporaire, ou leur capacité d'accompagnement, ainsi que 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 et le prix du socle minimal de prestations d'hébergement. L'objectif est de permettre à la CNSA d'alimenter le portail national d'informations [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr). Lancé en juin 2015 par le gouvernement, ce site est censé permettre aux résidents des EHPAD d'identifier leurs aides et de calculer leur reste à charge.

### **L'OBLIGATION POUR LES EHPAD DE CONCLURE UN CPOM (ART. 58)**

La loi du 28 décembre 2015 prévoit le remplacement progressif des conventions pluriannuelles tripartites dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes par **des contrats pluriannuels d'objectifs**

**et de moyens (CPOM).** La signature de telles conventions tripartites a été rendue obligatoire par la loi du 24 janvier 1997 qui a mis en place la tarification ternaire (soins, dépendance, hébergement) des EHPAD.

La personne physique ou morale qui gère un EHPAD ou une petite unité de vie doit conclure un CPOM pour 5 ans avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devra respecter **un cahier des charges** comprenant notamment un modèle de contrat, établi par arrêté. Il fixera les obligations respectives des parties signataires et prévoira leurs modalités de suivi, notamment sous forme d'indicateurs. Il devra également définir des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs. Le cas échéant, il précisera la nature et le montant des financements complémentaires prévus pour répondre à des modalités d'accueil particulières. Pour les établissements et les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, le CPOM vaudra convention d'aide sociale.

#### Les conséquences en matière de tarification

Le CPOM doit fixer les éléments pluriannuels du budget des EHPAD et des petites unités de vie. Dans le cadre d'un CPOM, les EHPAD et les petites unités de vie seront financés par :

- un forfait global de soins, arrêté annuellement par le directeur général de l'agence régionale de santé, prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. Le cas échéant, ce forfait global inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières, et il peut aussi tenir compte de l'activité réalisée ;
- un forfait global dépendance, fixé par un arrêté du président du conseil départemental ;
- des tarifs journaliers afférents à un ensemble de prestations relatives à l'hébergement.

Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents, le forfait global relatif aux soins sera fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis.

#### **LA SITUATION SPECIFIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE LONGUE DUREE**

La tarification de ces établissements est arrêtée :

- pour les prestations de soins remboursables aux assurés sociaux, par le directeur général de l'ARS ;
- pour les prestations relatives à la dépendance acquittées par l'usager ou, le cas échéant, prises en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie, par le président du conseil départemental ;
- pour les prestations relatives à l'hébergement, dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, par le président du conseil départemental.

Les éventuelles prestations complémentaires doivent, quant à elles, être librement acceptées et acquittées par les résidents. Constituant des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement, ces tarifs doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil départemental et du public.

#### **LES SANCTIONS APPLIQUEES AUX ETABLISSEMENTS HEBERGEANT DES PERSONNES AGEES (EHPA).**

Des sanctions sont prévues concernant les établissements ne respectant pas les dispositions du code de l'action sociale et des familles.

A l'encontre des EHPA habilités à l'aide sociale, pour sanctionner les faits :

- d'héberger une personne âgée sans avoir conclu un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge, ou proposant un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge dont une des stipulations n'est pas conforme du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) ;
- de facturer des frais en méconnaissance du CASF, ou des frais au décès du résident autres que les prestations d'hébergement délivrées antérieurement au décès et non encore acquittées, de ne pas restituer dans les 30 jours suivant le décès du résident les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non délivrées, de facturer des frais pour la remise en état des lieux occupés dans le cas où un état des lieux contradictoire n'a pas été réalisé à l'entrée et à la sortie du résident.



A l'encontre des EHPA non habilités à l'aide sociale, pour sanctionner les faits :

- d'héberger une personne âgée sans avoir au préalable conclu de contrat écrit ou de proposer ou de conclure un contrat dont une des stipulations n'est pas conforme au CASF ;
- de pratiquer des prix supérieurs à ceux qui résultent de l'application du pourcentage de variation fixé chaque année par arrêté pour les tarifs d'hébergement.

## **G. L'AMELIORATION DE L'OFFRE SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE**

La loi du 28 décembre 2015 cherche à améliorer l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire en clarifiant notamment le cadre juridique des groupements de coopération sociale ou médico-sociale et en assouplissant la procédure d'appel à projet des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS).

Les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) peuvent être constitués entre des professionnels des secteurs social, médico-social et sanitaire ou entre ces professionnels, les ESSMS, les personnes physiques ou morales gestionnaires et les 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 au groupement. Les GCSMS peuvent avoir différentes missions, entre autres : mutualiser les interventions de professionnels, notamment des secteurs social, médico-social et sanitaire ; à la demande de ses membres, exercer directement les missions et les prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; créer des réseaux sociaux et médico-sociaux ; gérer les activités de pharmacie à usage interne. Désormais :

→ le groupement de coopération sociale ou médico-sociale est nécessairement une personne morale de droit public s'il est exclusivement composé de personnes de droit public ou bien s'il est constitué par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé ;

→ le groupement est nécessairement une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué de personnes de droit privé.

Second élément : le GCSMS poursuit **obligatoirement un but non lucratif**.

Pour faciliter les **contrôles** des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la loi du 28 décembre 2015 élargit le champ de compétence des personnels pouvant remplir cette mission. Les contrôles peuvent dorénavant être effectués non seulement par les personnels placés sous l'autorité de l'Etat et de l'Agence Régionale de Santé, mais aussi par des « *agents mis à disposition par d'autres services de l'Etat ou par d'autres agences régionales de santé* ».

La loi entend simplifier la mise en œuvre de la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux, en particulier en prévoyant d'exonérer certaines structures de la procédure d'appel à projet dans des cas limitativement énumérés et sous certaines conditions. Dans un autre registre, elle précise l'autorité compétente pour autoriser les lieux de vie et d'accueil et allège le cadre de la visite de conformité.

## **IV. La gouvernance des politiques de l'autonomie**

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement tend à mettre en place une meilleure gouvernance des politiques de l'autonomie alliant à la fois proximité et égalité sur le territoire.

### **A. LA GOUVERNANCE NATIONALE**

Sur le plan national, la loi prévoit l'instauration d'un Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge et renforce les missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Le haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (art. 69 de la loi)

La mission de cette nouvelle instance : animer le débat public et apporter aux pouvoirs publics une **expertise prospective et transversale** sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle. Il devra ainsi :

→ formuler propositions, avis, travaux d'évaluation et de prospective sur les politiques de son champ de compétences, au regard des évolutions démographiques, sociales, sanitaires et économiques ;

→ formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie au regard notamment des engagements internationaux de la France, dont ceux de la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 ;

- formuler toute proposition de nature à garantir, à tous les âges de la vie, le respect des droits et la bientraitance des personnes vulnérables ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques ;
- mener des réflexions sur le financement des politiques mises en œuvre dans son champ de compétences ;
- donner un avis sur tout projet de loi ou d'ordonnance les concernant et assurer éventuellement leur suivi ;
- favoriser les échanges d'expériences et d'informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent.

La formation spécialisée dans le champ de compétence de l'âge devra mener une réflexion sur l'assurance et la prévoyance en matière de dépendance. Elle devra aussi favoriser les échanges d'expériences et d'informations avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées sur les aspects communs des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ce Haut Conseil pourra être saisi par le Premier ministre, le ministre chargé de la famille, le ministre chargé des personnes âgées et les autres ministres concernés de toute question relevant de son champ de compétences. Il pourra aussi se saisir de toute question relative à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge des personnes âgées et des retraités et à l'adaptation de la société au vieillissement ainsi qu'à la bientraitance.

*La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*, dont les compétences étaient beaucoup centrées sur la répartition des financements, voit son rôle renforcé. Elle est appelée à « *contribuer au pilotage opérationnel de la politique nationale de l'autonomie des personnes âgées* » et voit consacré son rôle de « *maison commune* » de l'autonomie au niveau national. La CNSA doit ainsi désormais :

- contribuer non seulement au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, mais aussi au **financement du soutien des proches aidants** – notamment de leurs besoins de répit – ;
- **contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins** et assurer la répartition équitable sur le territoire national des établissements et services soumis à autorisation, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;
- assurer un **rôle d'expertise technique et de proposition pour** les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que désormais **la situation et les besoins des proches aidants** ;
- assurer dorénavant un **rôle d'expertise technique** et de proposition pour les méthodes et outils utilisés **pour apprécier les besoins individuels de compensation** ;
- assurer le **pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques** visant à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- assurer un **échange d'expériences et d'informations entre** les MDPH, **les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs**, diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie ;
- assurer un **rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie** ;
- participer à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ;
- mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une **information relative à leurs droits et aux services** qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;
- concevoir et **mettre en œuvre dorénavant un système d'information commun aux MDPH**, comportant l'hébergement de données de santé ;
- définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode « MAIA ».

*Une contractualisation accrue avec les départements (art. 70, 4°)*

La convention conclue entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et le Département visera désormais non seulement le fonctionnement des MDPH, mais aussi **l'ensemble des engagements réciproques CNSA-département dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées**. Notamment les répartitions des crédits entre certaines actions de prévention (équipements et aides techniques favorisant le soutien à domicile, actions financées par le forfait autonomie, actions mises en œuvre par les

services polyvalents d'aide et de soins à domicile Spasad intervenant auprès des personnes âgées, actions de prévention collectives), les modalités de versement des concours versés aux départements au titre de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH), et au titre du financement de la conférence des financeurs.

Le conseil de la CNSA accueille **désormais** en son sein des **représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse** et devra **élire 3 vice-présidents** choisis parmi les représentants des conseils départementaux, des associations de personnes âgées et des associations de personnes handicapées.

## **B. LA GOUVERNANCE LOCALE**

Le rôle pilote des départements dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur des personnes âgées et de l'autonomie est renforcé. Un rôle qui est conforté par leur présence au sein de nouvelles instances que sont les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie et les maisons départementales de l'autonomie.

*Le rôle pilote du département* dans l'action sociale en faveur des personnes âgées est réaffirmé (art. 76) en précisant qu'il doit :

- définir et mettre en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants ;
- coordonner, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants ;
- définir des secteurs géographiques d'intervention ;
- déterminer les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence ;
- coordonner, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées, en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs et le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- veiller à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ainsi que les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, nouvel acronyme des MAIA.

*Des conventions pourront viser à assurer la coordination de l'action gérontologique*, engageant le département non seulement avec les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées mais aussi, désormais, avec l'agence régionale de santé (ARS). Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie doit, avant leur signature, être consulté sur ces conventions et informé de leur mise en œuvre. Ces conventions pourront évoquer la couverture territoriale et la cohérence des actions destinées aux personnes âgées, en particulier celles des CLIC, des institutions et des professionnels mettant en œuvre la méthode « MAIA », la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, le soutien et la valorisation de leurs proches aidants.

*Des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)* (art. 79, 81 et 88) seront créés, absorbant comité départemental des retraités et des personnes âgées et conseil départemental consultatif des personnes handicapées. L'objectif : assurer la participation de ces personnes à l'élaboration, à la mise en œuvre, au développement et à la mise en cohérence des politiques de l'autonomie dans le département.

Présidé par le président du conseil départemental, le CDCA regroupe des représentants des personnes âgées, des organisations syndicales représentatives des retraités, des personnes handicapées, de leurs familles et de leurs proches aidants, du département, d'autres collectivités territoriales, de l'agence régionale de santé, des services départementaux de l'Etat, de l'Agence nationale de l'habitat dans le département, du recteur d'académie, de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, des régimes de base d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, des fédérations des institutions de retraite complémentaire AGIRC (cadres) et ARRCO (tous salariés), des mutuelles, des autorités organisatrices de transports, des bailleurs sociaux, des architectes urbanistes, des organisations syndicales représentatives des employeurs et des salariés des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées ou intervenant à leur domicile, des intervenants bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées. Toute autre personne physique ou morale concernée par la politique de l'autonomie peut participer aux réunions du CDCA, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit (*CASF, art. L. 149-2, al. 17 nouveau*).

Le CDCA doit **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. Plus précisément, il est compétent non

seulement en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social et d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques, mais aussi en matière d'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme. Il est **consulté pour avis** sur :

→ le schéma régional de santé, le schéma régional d'organisation des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des délégués aux prestations familiales, et le schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance ;

→ la programmation annuelle ou pluriannuelle des moyens alloués par l'agence régionale de santé, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie ;

→ le programme coordonné des financements des actions individuelles et collectives de prévention établi par la conférence des financeurs ;

→ les rapports d'activité de la MDPH, de la conférence des financeurs et des services du département chargés des personnes âgées, avant leur transmission à la CNSA et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé ;

→ les conventions signées entre le département et ses partenaires en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre ;

→ la constitution d'une maison départementale de l'autonomie,

→ le contenu du schéma d'organisation sociale et médico-sociale.

Autres missions du CDCA :

→ formuler des recommandations visant au respect des droits et à la bienveillance des personnes âgées et des personnes handicapées dans le département, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques ;

→ transmettre, au plus tard le 30 juin, au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (voir page 47), au Conseil national consultatif des personnes handicapées et à la CNSA un rapport biennal sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département ;

→ débattre, de sa propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie et formuler des propositions sur les orientations de cette politique.

Par ailleurs, le CDCA doit être informé du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat, du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes handicapées dans le département.

Les maisons départementales de l'autonomie (MDA) (art. 82), expérimentées dans 3 départements, vont être généralisées. Objectif : instituer un **guichet unique pour simplifier les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées ainsi que de leurs familles et aidants**.

En vue de leur constitution, le conseil départemental **peut** organiser la mise en commun des missions d'accueil, d'information, de conseil, d'orientation et, le cas échéant, d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide au profit des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette organisation doit garantir la qualité de l'évaluation des besoins et de l'élaboration des plans d'aide, d'une part, des personnes handicapées conformément à un référentiel prévu par arrêté et, d'autre part, des personnes âgées sur la base des référentiels utilisés pour apprécier leur situation et leurs besoins en vue de l'octroi de l'APA.

La **constitution d'une MDA** est soumise à l'avis conforme de la commission exécutive de la MDPH et à l'avis du CDCA. Lorsque cette organisation répond aux prescriptions d'un cahier des charges qui sera défini par décret, la CNSA lui délivrera le label de « *maison départementale de l'autonomie* ». En pratique, cette organisation regroupera la MDPH ainsi que des personnels et des moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Toutefois, sa mise en œuvre est sans incidence sur la MDPH et les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Les MAIA (art. 77), précédemment « *maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer* », deviennent « **méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie** ». Explication : « *les MAIA n'ont pas vocation à constituer des structures supplémentaires mais à conforter et renforcer les structures déjà existantes en travaillant à l'intégration des réponses aux besoins sur les territoires* ». En outre, comme, en pratique, les institutions et les professionnels de santé exerçant sur un même territoire dans le secteur social, médico-social et sanitaire interviennent plus globalement auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, la mention des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée est en conséquence supprimée.

Cette méthode d'action doit continuer à répondre à un **cahier des charges** approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les moyens déployés.

Les schémas d'organisation sociale et médico-sociale doivent désormais analyser, d'une part, la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population, et, d'autre part, dresser un bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante. L'objectif : assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité de l'offre de services de proximité destinée aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. Ils doivent aussi désormais comporter des dispositions relatives au logement, notamment des objectifs en matière d'adaptation des logements existants et d'offre de nouveaux logements adaptés en vue de préserver l'autonomie des personnes.

Des chèques d'accompagnement personnalisé (art. 42) peuvent être délivrés par les collectivités territoriales, les établissements publics de coopération intercommunale, les CCAS et CIAS et les caisses des écoles à des personnes confrontées à des difficultés sociales. Ces chèques peuvent les aider à acquérir des biens ou des services auprès d'un réseau de prestataires, notamment dans les domaines de l'alimentation, de l'hygiène, de l'habillement et des transports, ou des actions éducatives, culturelles et sportives.