

Conférence nationale de santé

Avis du 21.10.15
sur le projet de
loi relatif à
l'adaptation
de la société au
vieillesse

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



Conférence nationale de santé

Avis du 21.10.15 sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

adopté en « procédure d'urgence » en réunion de la Commission permanente

Sommaire

Introduction :	3
Article 3 du CHAPITRE 1^{ER} : prévention de la perte d'autonomie – création d'une conférence des financeurs....	4
Article 8 du chapitre III : lutte contre l'isolement – dépenses de formation et soutien des intervenants bénévoles.....	5
Article 10 : volontariat civique senior	5
Article 11 : création des « résidences autonomes [...] » (ex-logements foyers).....	6
Article 15 bis B (nouveau) : travaux d'adaptation du logement des personnes en situation de handicap	6
Article 17 : commission (inter)communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées (modification de l'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales).....	6
Article 22 : contrat de séjour - personne de confiance dans le domaine médico-social	7
Articles 31 et 32 bis : refonder l'aide à domicile - services d'aide et d'accompagnement à domicile.....	7
Articles 35 A et 36 : soutenir et valoriser les proches aidants – définition des aidants et droit au répit.....	8
Article 37 : « suppression conforme » - expérimentation du « baluchonnage ».....	9
Article 46 : création d'un Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge	9
Article 46 bis : supprimé - agrément des associations du champ médico-social et social pour la représentation des usagers	10
Article 47 : renforcement des missions d'information de la C.N.S.A.	10
Article 52 : évolution des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (M.A.I.A.) – modification de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles	11
Article 54 bis : création du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie	11
Article 54ter : création des maisons départementales de l'autonomie (M.D.A.).....	11
Une question de vocabulaire.....	12



Le quorum ayant été atteint, cet avis a été adopté (après consultation électronique faite auprès de l'ensemble des membres de la C.N.S. du 08 au 15.10. et relecture finale par la C.P. de la version amendée du 17 au 21.10.15) à l'unanimité des membres présent(e)s à la réunion de la Commission permanente du 15.10.15, en procédure d'urgence, en vertu de l'article [D. 1411-45-2](#) du Code de la santé publique. Cet examen accéléré du projet de loi a été décidé par la Commission permanente lors de sa réunion du 08.09.15, eu égard au calendrier législatif qui a fixé l'examen du projet de loi en 2ème lecture par les sénateurs au 28.10 de la même année. Le projet d'avis avait par ailleurs été examiné lors de la réunion de la Commission spécialisée "droit des usagers" du 24.06.15.

Introduction :

Le virage de l'adaptation de la société au vieillissement est enclenché. Enfin ! serait-on tenté d'écrire. Après plusieurs années d'annonces et de report, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement (dit « A.S.V. ») a été présenté devant la représentation nationale en septembre 2014. Après son vote en première lecture par l'Assemblée nationale, il a été substantiellement modifié par le Sénat en mars 2015. Adopté lors d'un nouveau passage à l'Assemblée le 17.09.15, il arrive aujourd'hui [en deuxième lecture](#) devant les sénateursⁱ.

La Conférence nationale de santé, regroupant des représentants de l'ensemble des acteurs du champ de la santé (sanitaire, médico-social et social), souhaite se prononcer sur ce projet de loi, d'une importance capitale pour l'avenir de notre société. En effet, en 2060, plus d'1 français sur 3 sera âgé d'au moins 65 ans. L'espérance de vie aura augmenté de manière significative, de 6 ans en moyenne (89 ans pour les femmes et 84 pour les hommes) entraînant de fait un accroissement du nombre de personnes dépendantes.

Cet avis fait suite à plusieurs travaux, dans le même registre, menés par la Conférence, sur [saisine ministérielle](#), notamment :

- l'avis « [Faire vivre les principes de la solidarité dans le champ de l'autonomie](#) », adopté à l'unanimité (moins 2 absentions) lors de la réunion de l'assemblée plénière du 18.06.13 ;
- une [contribution à la consultation sur le projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement – axes prioritaires – recommandations de la Conférence nationale de santé](#), adoptée le 21.01.14 et qui a fait l'objet d'une présentation conjointe à Mme Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales et de la santé, et Mme Michèle DELAUNAY, ministre déléguée chargée des personnes âgées et de la dépendance.

Dans cette contribution, la C.N.S. déclinait 4 priorités majeures « pour la politique de santé et d'autonomie :

1. Garantir l'accès de tous aux dispositifs de solidarité mis en place pour la perte d'autonomie et la dépendance, ceci [passant] par l'adéquation du maillage territorial, la diminution du reste à charge et la mise en place du droit universel à l'autonomie ;
2. Structurer une politique publique nationale, régionale et territoriale de prévention de la perte d'autonomie ;
3. Construire une politique publique et une planification pour l'offre de services d'aide à domicile non médicalisée ;
4. Favoriser la communication autour des initiatives prises et leur évaluation.

Tout d'abord, la C.N.S. considère que le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, en l'état actuel de la discussion parlementaire, présente quelques avancées très significatives, en ligne avec plusieurs recommandations qu'elle a formulées ces dernières années.

Pour autant, la C.N.S. a choisi de s'autosaisir du projet de loi de manière à formuler plusieurs



propositions ayant pour but l'amélioration du texte législatif avant son adoption finale.

Elle a pris connaissance des positions du Comité national des retraités et des personnes âgées (dans son [avis du 19.03.14](#)) et du Conseil national consultatif des personnes handicapées (dans son [avis du 11.03.14](#)) et formule son avis en soulignant la convergence avec nombre de leurs remarques.

Au-delà des points positifs qui seront explicités tout au long de l'avis, la C.N.S. regrette que le projet de loi « A.S.V. » ne contribue pas davantage à une meilleure convergence entre les politiques en faveur des personnes âgées (P.A.) et celles en faveur des personnes en situation de handicap (P.S.H.). Une vraie politique de l'autonomie reste encore à bâtir. Bien sûr, de nombreuses mesures sont présentes comme la création des « maisons départementales de l'autonomie », mais d'autres seraient nécessaires pour lever les obstacles existants. Il aurait notamment été souhaitable de programmer l'effacement des barrières d'âge (60 ans pour le passage de l'Allocation adulte handicapé à l'Allocation personnalisée d'autonomie, 75 ans maximum pour avoir droit à la Prestation de compensation du handicap) dans une conception d'universalité des politiques de compensation de la perte d'autonomie. Cet effacement, fortement attendu, n'est évoqué que dans le cadre d'un futur rapport du gouvernement au parlement sur le droit d'option qui serait éventuellement à introduire entre l'A.P.H. et l'A.P.A.

Par ailleurs, la Conférence nationale de santé demande à ce qu'il soit confirmé que cette loi ne sera qu'une première étape, dans l'optique de prévenir de manière globale le « 5^{ème} risque ». Le budget qui lui est dévolu, 645 millions d'euros issus de la Contribution additionnelle de la solidarité pour l'autonomie (C.A.S.A.), n'est pas suffisant pour mener à bien la réforme de l'autonomie attendue par l'ensemble des acteurs et qui devra faire face à une augmentation constante du nombre de personnes dépendantes (+ 500 000 d'ici à 2040)¹. Si la revalorisation de l'A.P.A. (375 millions d'euros) est à saluer, plusieurs volets de cette loi manquent de moyens financiers, comme l'aide financière pour le répit des aidants (78 millions d'euros) ou encore la prévention de la perte d'autonomie qui touche de plus en plus de français et qui n'est dotée que de 178 millions d'euros.

En conséquence, une deuxième étape législative est à programmer pour les années à venir. Il sera nécessaire qu'elle confère plus de moyens aux politiques en faveur de l'autonomie. Cette future loi devra renforcer les capacités des établissements d'accueil de personnes âgées, quelque peu oubliés par le texte législatif actuel. De plus, une réflexion de fond sur le travail social et sur l'agrément des associations du secteur médico-social et social pour la représentation des usagers, devra être menée afin d'aboutir à un consensus profitable à tous.

Dans la ligne de ses prises de positions antérieures, **la C.N.S. formule propositions et remarques sur l'actuel projet de loi :**

Article 3 du CHAPITRE 1^{ER} : prévention de la perte d'autonomie – création d'une conférence des financeurs

La création de la « [conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées](#) » est une mesure qui ne peut que contribuer à l'amélioration de la gouvernance en santé, notamment par une meilleure coordination des actions. La C.N.S. l'appelait ainsi de ses vœux dans sa contribution du 21.01.14 : « [...] [L'amélioration de la coordination entre Etat et conseils généraux est nécessaire, à commencer par l'amont, dans la conception de plans et programmes coordonnés. Il est proposé de créer des instances territoriales de co-construction des politiques qui dupliqueront les modalités de dialogue avec les usagers et la mise en synergie des](#)

¹ « Les 3 milliards d'euros nécessaires pour une véritable réforme de l'autonomie, on ne les a pas » Joëlle HUILLIER, députée et rapporteure du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement : http://www.lemonde.fr/societe/article/2015/09/15/dotee-de-peu-de-moyens-la-loi-sur-le-vieillessement-revient-devant-l-assemblee_4758307_3224.html



financements de la [C.N.S.A.](#). Le développement des groupements interrégimes (par exemple, la convention [C.N.A.V.](#), [R.S.I.](#), [M.S.A.](#)²...) est attendue tant sur le plan régional que sur celui de l'extension à d'autres régimes (notamment à la fonction publique d'Etat) ;

Le choc de coordination doit permettre, entre autres, le développement des approches communes de l'évaluation des besoins (G.I.R. 5, 6) entre régimes de retraite et conseils généraux, ainsi que permettre la concertation entre Etat, CNSA et départements pour la fixation des prestations [...] »

Aussi la C.N.S. se félicite de cette création. Tout en étant consciente de l'enjeu que représente l'articulation des financeurs, la C.N.S., comme le C.N.R.P.A., regrette que la conférence des financeurs ne prévoit aucun représentant des usagers et des acteurs. Par ailleurs, la Conférence déplore le cloisonnement entre les différentes instances existantes ou en création. En effet, il est prévu que la « conférence des financeurs » établisse un diagnostic des besoins de prévention, recense les initiatives et définisse un programme coordonné de financement. Il est regrettable que ce diagnostic ne soit pas établi en concertation avec les instances consultatives que sont les futurs Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (qui incluront les missions des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées et des comités départementaux des retraités et des personnes âgées), mais aussi les conseils territoriaux de santé, les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.). En effet, ces instances auront à connaître et à se prononcer sur les plans de prévention à l'échelle territoriale ou régionale. Par ailleurs, une articulation avec les contrats locaux de santé est également souhaitable.

La C.N.S. trouve dommageable que la politique de santé se définisse à tous les niveaux, selon 2 procédures parallèles : d'un côté la définition des objectifs, de l'autre, la définition des modalités de financement, ce qui conduit trop souvent à des distorsions entre objectifs et mise en œuvre.

Par ailleurs, la C.N.S. proposait le 21.01.14, la définition « [...] [d'un panier de prestations de prévention](#) », conçu comme un socle de base « [équitablement déployé sur le territoire national](#) » et financé « [de façon pérenne](#) », de manière à ce que le panier de prestations ne devienne pas une « [variable d'ajustement économique](#) » à la disposition des financeurs. Elle soulignait qu'il convenait également de « [s'assurer de l'accessibilité de la prévention](#) » : le reste à charge devant être limité « [pour éviter les renoncements aux examens de prévention](#) ». Le projet de loi « A.S.V. n'aborde pas ces sujets et la C.N.S. le déplore ; d'autant que par ailleurs, la Stratégie nationale de santé et le [Projet de loi de modernisation de notre système de santé](#) ont comme priorité de rééquilibrer notre système de santé au bénéfice de la prévention et de réduire les inégalités sociales de santé.

Article 8 du chapitre III : lutte contre l'isolement – dépenses de formation et soutien des intervenants bénévoles

La C.N.S. se félicite de la prochaine contribution au financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (C.N.S.A.) de dépenses d'accompagnement des proches aidants et de celles de formation et de soutien des intervenants bénévoles « [qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées](#) ». La C.N.S. a souligné dans son avis du 18.06.13 « [Faire vivre les principes de la solidarité dans le champ de l'autonomie](#) » l'importance de soutenir et faire vivre les solidarités de proximité en complément de la solidarité nationale. Il s'agit bien d'actions en complémentarité, la reconnaissance du rôle des bénévoles ne devant pas s'accompagner d'un désengagement de l'Etat.

Article 10 : volontariat civique senior

La C.N.S. déplore que le Sénat ait supprimé l'article relatif au volontariat civique senior. Elle considère

² C.N.A.V. : caisse nationale d'assurance vieillesse ; R.S.I. : régime social des indépendants ; M.S.A. : mutualité sociale agricole



que cette mesure présente le double intérêt de la valorisation du bénévolat et de la reconnaissance des services rendus par les seniors. Elle demande le rétablissement de cette mesure, qui ne doit pas pour autant faire obstacle à la professionnalisation du secteur.

Article 11 : création des « résidences autonomes [...] » (ex-logements foyers)

La C.N.S. se félicite de la création des « résidences autonomie », qui remplacent les actuels logements foyers. Ces « résidences autonomie » proposeront « à leurs résidents des prestations minimales, individuelles ou collectives, qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie » -qui ne sont pas des soins-, ce qui est une incontestable avancée dans le cadre d'une place de plus en plus grande donnée à la prévention.

La C.N.S. s'interroge sur l'articulation entre les « résidences autonomie » et les acteurs du soin (établissements, services et professionnels de santé). Comment ces derniers vont-ils intervenir en « résidences autonomie », notamment auprès des personnes en G.I.R. 1 à 3 ? La C.N.S. rappelle que doit toujours s'exercer le libre choix du patient de son équipe de prise en charge.

La C.N.S. regrette l'absence de généralisation du « forfait autonomie » pour l'ensemble des résidences-autonomie. En effet, ce forfait devrait être accordé à l'ensemble des résidences autonomie dont le projet comporte des actions et interventions concourant à la prévention de la perte d'autonomie, qu'elles soient bénéficiaires du forfait de soins courant ou non. Le « forfait autonomie » aurait justement, dans ce contexte, un réel effet levier permettant de conforter ces actions et de les renforcer dans un cadre réglementaire ouvrant à des prises en charge de personnes plus dépendantes : ces dernières doivent pouvoir bénéficier des mêmes prestations, quelle que soit la résidence autonomie au sein de laquelle elles habitent.

Le forfait autonomie doit par ailleurs être à la hauteur des besoins des personnes hébergées et doit permettre une prise en charge sécurisée, adaptée et équitable dès lors que ces structures sont amenées à accompagner des personnes aux profils évolutifs, dont l'état de dépendance et le besoin en soins sont amenés à croître dans les années à venir.

La Conférence souligne son intérêt à être consultée sur les projets de décrets qui définiront les prestations qui feront l'objet du « forfait autonomie ».

Article 15 bis B (nouveau) : travaux d'adaptation du logement des personnes en situation de handicap

La C.N.S. demande à que soit rappelé dans le texte de loi qu'en matière d'adaptation des logements aux personnes en situation de handicap, un certain nombre de travaux incombe aux propriétaires. L'amendement (en noir ci-dessous) vise à protéger les locataires de dérives éventuelles, où tous les travaux risqueraient de se retrouver à leur charge :

« Toutefois, des travaux d'adaptation du logement aux personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie peuvent être réalisés aux frais du locataire, à l'exclusion de ceux qui incombent au propriétaire selon la loi. Ces travaux font l'objet d'une demande écrite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception auprès du bailleur. L'absence de réponse dans un délai de quatre mois à compter de la date de réception de la demande vaut décision d'acceptation du bailleur. Au départ du locataire, le bailleur ne peut pas exiger la remise des lieux en l'état. La liste des travaux ainsi que les modalités de mise en œuvre sont fixées par décret en Conseil d'État. »

Article 17 : commission (inter)communale pour l'accessibilité aux personnes handicapées (modification de l'article L. 2143-3 du code général des collectivités territoriales)

La C.N.S. se félicite que la commission communale (et intercommunale) pour l'accessibilité aux personnes handicapées intègre, entre autres, des représentants des personnes âgées. Elle demande par ailleurs une modification de forme dans le titre de cette commission en substituant « personnes



en situation de handicap » à « personnes handicapées ».

Article 22 : contrat de séjour - personne de confiance dans le domaine médico-social

La C.N.S. se félicite que la démarche d'harmonisation de la personne de confiance pour le médicosocial et le sanitaire soit engagée et insiste auprès du législateur pour que celle-ci aboutisse effectivement.

Par ailleurs, elle salue la clarification dans le texte de loi des rôles respectifs, en introduisant une nette différenciation entre le rôle du tuteur/curateur et le rôle de la personne de confiance. La procédure collégiale avec la participation du conseil de famille est également bien intégrée dans le corpus législatif.

La 2^{ème} lecture à l'Assemblée nationale de la [Proposition de loi créant de nouveaux droits pour les malades et les personnes en fin de vie](#) a introduit la notion de « [personne de confiance titulaire](#) » et « [personne de confiance suppléante](#) », ce qui sécurise un peu plus le rôle de celle-ci. Il convient que cette disposition, s'il est maintenue dans la P.P.L. « fin de vie », se retrouve aussi à l'article 22 de la loi « A.S.V. »

La C.N.S. regrette que la notion de « [personne de confiance](#) » dans le domaine sanitaire soit uniquement associée à l'hospitalisation. Le « virage ambulatoire » devrait conduire à l'introduire également lors de toute consultation. Il ne faudrait pas que le rôle de la « [personne de confiance](#) » dans la médecine de ville soit oublié par le législateur.

Il est en effet important qu'il n'existe qu'une seule et même personne de confiance tout au long du parcours de l'usager, qu'il soit amené à aller chez le médecin, à recevoir des soins en établissement hospitalier, à être admis dans un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (E.H.P.A.D.), etc. ou qu'il soit en situation de « fin de vie ».

Sur la question du contrat de séjour et de l'accueil de la personne âgée dépendante en établissement, des difficultés de conception rédactionnelle de cette partie de l'article sont apparues s'agissant des dispositions relatives à la recherche du consentement des personnes âgées dépendantes préalablement à leur admission en E.H.P.A.D.

La C.N.S propose ici d'affiner le dispositif de recherche de consentement en l'appuyant sur la possibilité, à défaut de pouvoir recueillir de la part de la personne concernée une formulation positive explicite du consentement à la demande d'admission, de se référer à ses représentants légaux ou à la personne de confiance ou enfin, de constater une « absence d'opposition à la demande d'admission », dont les professionnels de la gérontologie savent qu'elle peut s'exprimer de manière tout autant non-verbale qu'énoncée.

Articles 31 et 32bis : refonder l'aide à domicile - services d'aide et d'accompagnement à domicile

Dans sa contribution du 21.01.14, la C.N.S. avait plaidé pour la construction d'« [une politique publique et une planification pour l'offre de services d'aide à domicile non médicalisée](#), ayant les caractéristiques du service public (pour un service public de l'aide à domicile ?). La démarche en cours de refondation des services d'aide à domicile doit s'inscrire dans une politique nationale de compensation de la fragilité, tant dans le domaine de la gérontologie que du handicap, sous la forme de l'établissement de barèmes nationaux et d'une authentique planification des services autorisés et agréés pour la couverture territoriale pour éviter des ruptures ou vacances. »

Elle salue comme une avancée la signature des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) entre ces services et leurs financeurs. Néanmoins, elle déplore que ne figure pas en tant que telle la constitution d'un programme territorial de service d'aide à domicile, qui serait examiné par les C.D.C.A. et les conseils territoriaux de santé au même titre que devraient l'être les programmes de prévention élaborés par les « conférences de financeurs ».



L'idée de rapprocher dans l'article 32bis les régimes d'autorisation et d'agrément des services d'accompagnement et d'aide à domicile paraît opportune, - dès lors qu'il existe bien un « [cahier des charges national](#) » définissant les modalités de prise en charge respective des populations de personnes âgées et de personnes en situation de handicap. Cette mesure aura à cœur d'apporter plus de cohérence dans la procédure et être garante d'une exigence de qualité du service rendu au public.

La C.N.S. souligne l'importance de laisser le libre choix du prestataire autorisé à l'usager.

Par ailleurs, la C.N.S. insiste pour que la démarche de certification déjà engagée par les services agréés puisse être prise en considération, à titre transitoire, dans le cadre de l'évaluation externe qui s'imposera demain aux services nouvellement autorisés. Elle propose que les services nouvellement autorisés à la date de publication de la loi puissent conserver le bénéfice du travail de certification de la qualité des prestations qu'ils délivrent qu'ils ont engagé sous le régime de l'agrément.

La démarche de certification présente un coût et un investissement des personnels non négligeables pour ces services, souvent de petite taille, qu'il faut valoriser de manière transitoire sur la même période que l'exonération d'appel à projet, laissant le temps aux gestionnaires de préparer au mieux la bascule vers les évaluations internes et externes classiques.

Enfin, la C.N.S. se félicite qu'il soit prévu un bilan annuel des demandes d'autorisation et des suites qui leur seront données. Elle incitera les instances territoriales et départementales à rester vigilantes sur le niveau de compétence des services autorisés et le niveau de qualité de leurs prestations.

Articles 35 A et 36 : soutenir et valoriser les proches aidants – définition des aidants et droit au répit

La C.N.S. salue les nombreuses avancées présentes dans le projet de loi relatives aux proches aidants : la définition des proches aidants dans l'article 35, la mise au point de l'outil d'évaluation multidimensionnelle des besoins des proches aidants par la C.N.S.A., l'introduction dans les compétences de la C.N.S.A. de la possibilité de financer des actions d'accompagnement en sus de la formation des aidants, la modification de la réglementation en matière de congés des proches aidants (le congé familial devient accessible aux proches de personnes âgées accueillies en établissement ou relevant d'un G.I.R. 3).

Il y a également l'introduction à l'article 36 d'une aide financière pour l'hébergement temporaire de la personne aidée. Il s'agit là d'une reconnaissance du besoin de répit des aidants, mesure qui était très fortement attendue. En effet, cette mesure est rendue nécessaire par la réelle problématique de santé publique que représente la situation souvent difficile des proches aidants. Bien entendu, la reconnaissance devra se traduire par des allocations budgétaires conséquentes pour dépasser le stade symbolique et constituer une aide véritable pour les aidants. Les 78 millions d'euros prévus par le projet de loi ne seront pas suffisants pour financer le besoin de répit des 8,3 millions d'aidants en France ni même des 400 000 aidants considérés comme concernés au premier chef (cela reviendrait à octroyer en moyenne 195 euros par aidant, ce qui est bien peu). Toutefois, la possibilité en cas de nécessité de dépasser le plafond fixé pour cette aide est un premier pas à souligner. Il permettra de prendre en compte les situations particulières des aidants, qui sont très diverses et parfois extrêmement compliquées.

Par ailleurs, dans sa contribution du 21.01.14, la C.N.S. recommandait de « [Reconnaitre les aidants comme des acteurs de santé et soutenir leur mobilisation](#) : Les propositions inscrites dans le document d'orientation sont une première étape, notamment par la reconnaissance du droit au répit de l'aidant.

[Il faudra aller plus loin, sur le chemin du statut de l'aidant et clarifier son rôle et sa place dans le partage d'information tout au long du parcours de l'aidé, dans le respect des volontés de ce dernier. »](#)

La C.N.S. souhaite que la question des modalités d'intégration de l'aidant dans l'équipe de prise en charge et d'accompagnement ne soit pas oubliée ; un débat de fond sur cette question serait



nécessaire.

Article 37 : « suppression conforme » - expérimentation du « baluchonnage »

Dans le même ordre d'idée, l'ouverture d'expérimentations de services relais à domicile présentait une avancée en termes de diversification de l'offre de répit pour les proches aidants. Le baluchon Alzheimer québécois fait partie de ces offres diversifiées. Nonobstant, l'Assemblée nationale, dans sa dernière lecture, a supprimé cette possibilité en raison d'un conflit avec le droit du travail français, qui ne prévoit pas la possibilité de travailler de manière continue plusieurs jours durant.

La C.N.S. considère que les expérimentations ont justement pour objectif d'analyser les implications dans tous les domaines, de faire émerger des solutions et d'en évaluer la balance bénéfices/risques de ces expérimentations. Elle s'y montre donc favorable sous réserve que ces expérimentations se déroulent dans un cadre et un suivi partagés par tous les acteurs (sans oublier les partenaires sociaux). Il faut noter qu'à l'heure actuelle, ce sont souvent des bénévoles qui assurent ces « baluchonnages », qu'il est important qu'ils soient accompagnés et que la question de leur statut mérite d'être étudiée.

Il serait intéressant d'élargir le champ des possibilités de portage du « baluchon ». En effet, il apparaît souhaitable que le portage des dispositifs de prestations à domicile de suppléance du proche aidant puisse également être ouvert aux E.H.P.A.D., notamment porteurs d'une plate-forme d'accompagnement et de répit ou d'une unité Alzheimer, en cohérence avec les mesures du [plan Alzheimer](#) déjà largement déployées sur le territoire et en complément des services d'aide et d'accompagnement autorisés ou agréés. Ce type de portage existe déjà dans certains territoires afin d'apporter aux salariés volontaires le soutien et l'accompagnement indispensables dans la prise en charge des proches aidants.

Certaines organisations syndicales présentes au sein de la C.N.S. considèrent que les expérimentations ne devraient être engagées qu'exclusivement à partir des structures professionnelles (« Maintien à domicile » et E.H.P.A.D.) en lien avec les partenaires sociaux.

Article 46 : création d'un Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

Au fil de l'examen du projet de loi, le Haut conseil de l'âge a changé de dénomination, pour devenir le Haut conseil des âges de la vie (1^{ère} lecture à l'Assemblée nationale), le Haut Conseil de l'âge (1^{ère} lecture au Sénat) et maintenant le « [Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge](#) » (après la 2^{ème} lecture à l'Assemblée nationale).

La C.N.S. trouve pertinent que ce Haut conseil soit placé auprès du premier Ministre. Toutefois, compte-tenu de l'enjeu sociétal, du poids démographique et économique que représente l'avancée en âge - à l'origine de ce projet de loi -, il est légitime de s'interroger sur la future disparition d'une instance spécialisée dans les problématiques de l'avancée en âge comme l'est le Comité national des retraités et personnes âgées (C.N.R.P.A.). A ce titre, le retour d'un Haut Conseil « spécifique » de l'âge au Sénat semblait judicieux. Quoi qu'il en soit et quelle que soit sa dénomination finale, ce Haut Conseil devra disposer de prérogatives au moins égales à celles du C.N.R.P.A., en respecter la diversité de composition en intégrant, entre autres, les partenaires sociaux, et avoir en charge *a minima* le suivi législatif et réglementaire des politiques touchant les personnes âgées et/ou retraitées.

Par ailleurs, il est précisé que le Haut Conseil a pour mission de favoriser « [les échanges d'expérience et d'informations entre les différentes instances territoriales sur les politiques qui le concernent](#) ». La C.N.S. s'interroge sur les capacités qu'aura le Haut Conseil à faciliter les échanges entre les instances consultatives territoriales, tels que les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie, les Conseils territoriaux de santé, ou encore les C.D.C.A. Il lui paraîtrait plus juste que cette thématique de l'articulation entre instances consultatives soit traitée directement au niveau de la définition des



missions de celles-ci, en fonction de leurs spécificités territoriales, et non déléguée au Haut Conseil.

Un point essentiel : sur le plan national, le Haut Conseil (qui reprend les attributions du Comité national pour la bienveillance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées – C.N.D.B.) devra formuler toute proposition « **de nature à garantir, à tous les âges de la vie, le respect des droits et la bienveillance des personnes vulnérables ainsi que la bonne prise en compte des questions éthiques** ». A l'échelle départementale, ce rôle sera confié aux Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. La C.N.S. considère que ce sujet devrait faire l'objet d'une coopération particulière entre les C.D.C.A. et les C.R.S.A. au travers de leurs commissions spécialisées sur les droits des usagers.

Article 46 bis : supprimé - agrément des associations du champ médico-social et social pour la représentation des usagers

La Conférence nationale de santé prend acte de la suppression de cet article qui en l'état risquait de poser plus de questions qu'il n'en résolvait. En effet, l'introduction, pour représenter les usagers, d'une obligation d'agrément pour les associations de personnes âgées, de personnes en situation de handicap et de personnes en difficulté sociale faisait référence à l'agrément défini au premier alinéa de l'article [L. 1114-1](#) du code de la santé publique qui a été conçu pour s'appliquer dans le domaine sanitaire.

L'extension de l'agrément à l'ensemble des associations du champ de la santé ne peut décemment se faire par la simple application du modèle sanitaire, eu égard aux différences qui subsistent entre les différents champs.

Néanmoins, la C.N.S. réitère sa demande de voir les pouvoirs publics et le législateur s'emparer de la question. Il est souhaitable que soit redéfini l'agrément actuel au profit d'un agrément « santé » unique qui recouvrirait les champs de la santé, du médico-social et du social. Cet agrément est d'autant plus nécessaire à l'heure du développement du caractère transversal des politiques publiques et de l'approche selon les parcours de santé. Les critères de l'agrément pourront bien entendu être modulés en fonction du/des champ(s) d'action de l'association candidate. Associé à une charte d'engagement de l'association et à une déclaration sur les liens et conflits d'intérêt de la part des candidats, il permettrait de clarifier les situations de conflits d'intérêt qui peuvent parfois survenir dans les collèges des représentants d'usagers des instances.

Il est certain que la mise en place d'un tel agrément nécessite une période de montée en charge pour les associations qui doit être anticipée au moment de son inscription dans les textes législatifs, de manière à permettre une continuité dans la représentation des usagers.

Article 47 : renforcement des missions d'information de la C.N.S.A.

La C.N.S. se félicite du renforcement des missions d'information et de pilotage de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Plusieurs points sont ici à mettre en exergue :

- la mise à disposition d'une information des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs familles sur leurs droits et sur les services qui leur sont destinés, « **en lien avec les institutions locales compétentes** ». La C.N.S. souligne que cette information doit, bien sûr, être intégrée dans le service public d'information en santé prévu dans le Projet de loi de modernisation du système de santé ;
- la conception et la mise en œuvre d'un « **système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées** », comportant « **l'hébergement des données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article [L. 1111-24](#) du code de la santé publique** ». La C.N.S. souhaite que ce système d'information permette de suivre l'activité des M.D.P.H. mais aussi d'analyser, dans le temps, les écarts éventuels entre les demandes des



usagers et les propositions qui leur sont faites.

- enfin, la C.N.S. juge très pertinent que la C.N.S.A. « assure 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 en perte d'autonomie. Ce volet est particulièrement important au regard du poids du reste à charge relatif aux aides techniques pour les personnes concernées

Article 52 : évolution des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (M.A.I.A.) – modification de l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles

La C.N.S. approuve la nouvelle dénomination des M.A.I.A. en tant que « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ». La C.N.S. considère que les M.A.I.A. devraient participer aux plates-formes territoriales d'appui aux parcours de santé complexes (prévues à l'article 14 du Projet de loi de modernisation de notre système de santé). Il convient en effet de ne pas concevoir de façon cloisonnée les dispositifs venant en appui des professionnels de santé.

Article 54 bis : création du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

La C.N.S. accueille favorablement la création de ce Conseil qui assure le rapprochement des 2 instances antérieures (C.D.C.P.H. et CODERPA) et donc le rapprochement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département. Le champ de compétence des C.D.C.A. est très large ; il couvre à la fois le domaine de la santé (prévention, accompagnement médicosocial, accès aux soins et aux aides humaines et techniques...) et celui de l'inclusion sociale (accessibilité, logement, habitat collectif, urbanisme, transport, scolarisation, intégration sociale et professionnelle, accès à l'activité physique, loisirs, vie associative, culture, tourisme).

Le C.D.C.A. est avant tout une instance consultative. La C.N.S. s'interroge une fois encore sur le fait que des instances dites consultatives soient présidées par ceux auxquels leurs avis s'adressent. En effet, le projet de loi prévoit que ces Conseils soient dirigés par le Président du Conseil départemental, qui sera alors « juge et partie ». La configuration reprise ici est celle qui existait pour les C.D.C.P.H. et très majoritairement pour les CODERPA sans avoir démontré qu'elle soit un gage de bon fonctionnement. La C.N.S. considère que le projet de loi devrait saisir l'opportunité de la création des C.D.C.A. pour leur donner plus d'autonomie et ainsi favoriser l'articulation de leurs travaux avec d'autres instances.

La C.N.S. plaide pour que la loi « A.S.V. » prévoie l'articulation des C.D.C.A. avec les autres instances territoriales de démocratie en santé existantes ou à venir, à savoir, au niveau régional, les C.R.S.A. et les futurs conseils territoriaux de santé au niveau territorial. Cette coopération devra se faire *a minima* au travers de la communication des programmes de travail et des rapports d'activité des instances et par des représentations croisées.

Enfin, la question se pose du choix des membres du collège 1 des C.D.C.A. (représentants des personnes âgées, des personnes retraitées, des personnes en situation de handicap, de leurs familles et leurs proches aidants). Si le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit effectivement à son article 1 la création d'une organisation représentative des usagers, en ce cas il serait logique, sous réserve d'une compatibilité des calendriers législatifs, de voir disposer qu'une partie au moins des membres de ce collège soit nommée sur proposition de cette organisation, sous réserve bien sûr qu'elle soit définie et organisée comme intégrant le champ du médicosocial.

Article 54ter : création des maisons départementales de l'autonomie (M.D.A.)

Cette disposition contribue à un rapprochement des politiques entre personnes âgées et personnes en situation de handicap « par 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 ». Dans son avis de mars 2014, le C.N.C.P.H. « se félicite que le passage de MDPH en MDA ne donnera pas lieu à un changement de statut, le législateur confirmant le statut Groupement d'intérêt public (GIP) à durée indéterminée ». D'autre part, la « constitution d'une maison départementale de l'autonomie est soumise à l'avis conforme » du C.D.C.A., et « de la commission exécutive » de la M.D.P.H.

Toutefois, la C.N.S. souligne la nécessité que la création des M.D.A. se fasse dans une perspective de sauvegarde des acquis, de maintien (et même de renforcement) des droits respectifs des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dans l'attente d'un droit universel de compensation de la perte d'autonomie.

La C.N.S. demande qu'il soit précisé dans le texte de loi que les M.D.A. existantes doivent également faire l'objet d'une labellisation par la C.N.S.A.

Une question de vocabulaire

Il serait souhaitable qu'une mise en forme sémantique soit effectuée tout au long du texte de loi et dans le code de l'action sociale des familles : remplacement du terme « placement » par « admission », « soutien familial » par « proche aidant », « personne(s) handicapée(s) » par « personne(s) en situation de handicap ».

Rapporteure :

Bernadette DEVICTOR

Présidente de la Conférence nationale de santé

[dernières modifications le 23.10.15]

ⁱ N.B. : la forme masculine utilisée comme « générique » dans le texte désigne aussi bien les femmes que les hommes.



Avis du 21.10.15 sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement

Ministère des affaires sociales, de la santé et
des droits des femmes

Direction générale de la santé

Secrétariat général de la Conférence nationale de santé

14 av. Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.

courriel : cns@sante.gouv.fr

site internet : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html

https://twitter.com/cns_sante