



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE  
**PRIVÉS NON LUCRATIFS**

# **Analyses et propositions d'amendements de la FEHAP au Projet de Loi d'adaptation de la société au vieillissement.**

## **CONTACTS :**

Jean-Baptiste Boudin-Lestienne, Responsable des relations institutionnelles

[Jean-baptiste.boudin-lestienne@fehapa.fr](mailto:Jean-baptiste.boudin-lestienne@fehapa.fr)

Tel : +33 (0)153 98 95 30

Mobile : 06 14 07 82 14

Site Internet : [www.fehapa.fr](http://www.fehapa.fr)

Adresse : 179 rue de Lourmel 75015 Paris

Tél : +33 (0)1 53 98 95 00 Fax : +33 (0)153 98 95 02

## **Note synthétique d'analyse et de propositions de la FEHAP sur le Projet de Loi d'adaptation de la société au vieillissement**

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement revêt une importance particulière pour la FEHAP et ses adhérents, en attente depuis plusieurs années d'évolutions ambitieuses et structurantes en matière d'accompagnement des personnes âgées. Un regret toutefois, le projet de loi d'orientation et de programmation, initialement présenté et ordonnancé autour de deux grands volets législatifs, est réduit à un projet de loi orienté, au principal, sur l'accompagnement à domicile en l'absence de toute perspective d'évolution pour les établissements d'hébergement (hors foyers logements).

Une première étape semble être toutefois franchie à travers la rédaction du texte, bien que certaines dispositions nécessitent des ajustements :

- Article 11 : préciser le périmètre des prestations pouvant être financées par le forfait autonomie dans les résidences autonomie (ex foyers logements) ;
- Article 22 : définir avec plus de précisions les cas de résiliation du contrat de séjour, afin de clarifier les obligations réciproques des gestionnaires de structures et des personnes hébergées, améliorer la rédaction concernant la prise en compte de la liberté d'aller et venir dans les EHPAD, prévoir l'expression de la décision de la personne pour son admission lors de la signature du contrat de séjour ;
- Article 34 : élaborer un statut juridique unique des services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile- SPPASAD- pour développer une offre complémentaire « aide et soin » à domicile afin de mieux répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie, et ainsi dépasser les simples expérimentations proposées par le projet de texte ;
- Article 44 : clarifier et simplifier le régime juridique des groupements de coopération sociale et médico-sociale en vue d'en permettre le développement dans les situations où cet outil apparaît comme le plus approprié. Il s'agit également de lever les ambiguïtés qui en ont freiné le déploiement depuis sa création ;
- Article 45 : rendre transparent, efficient et équitable tout dispositif d'exonération de la procédure d'autorisation par appels à projets ;
- Article 62 : prolonger le délai de mise en conformité du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil tel qu'il est prévu par le projet de loi.

En complément de ces propositions intégrées à des articles présentant des omissions ou des risques pour les adhérents de la FEHAP, d'autres dispositions méritent d'être présentées dans le cadre des débats qui vont s'ouvrir devant le Parlement.

C'est ainsi le cas de :

- La détermination du seuil à partir duquel certains établissements et services du secteur social et médico-social font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) : l'arrêté permet de rendre cette disposition opérante accusant 5 ans de retard dans sa publication, il est proposé de ne plus y faire référence aux articles L.313-12 et L.313-12-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- Le financement des mesures salariales pour les structures de l'aide à domicile relevant de la convention collective nationale du 31 octobre 1951 et

adhérentes à la FEHAP à l'instar du financement prévu pour le secteur de l'aide à domicile.

- La création d'une taxe sur les jeux d'argent et de hasard en ligne, dans les casinos et cercles de jeux, au bénéfice de l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées accueillies dans les établissements et services médico-sociaux financés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Par ailleurs, la FEHAP rappelle que les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes- EHPAD- constituent une composante incontournable de l'offre sur les territoires. L'évolution actuelle de la société oblige à repenser les offres et les missions des EHPAD. Là où l'aide humaine et technique à domicile ne peut agir, notamment s'agissant de l'isolement d'un nombre grandissant de personnes âgées dépendantes dont le divorce ou le veuvage ont pour conséquence l'absence d'une présence en continu, les EHPAD constituent une ressource clé pour les personnes en grande perte d'autonomie, nécessitant une présence quasi continue à leur côté.

L'EHPAD ne doit pas être « l'alternative malheureuse » à l'impossibilité du maintien à domicile mais doit devenir « un soutien » au maintien à domicile à travers une ouverture à de nouveaux publics et de nouvelles formes d'accueil et d'hébergement. C'est pourquoi la FEHAP milite en faveur de l'engagement rapide de travaux relatifs au financement et la tarification des EHPAD, dont le modèle est au summum de la complexité et de la lourdeur. Il s'agit par ailleurs d'un enjeu majeur en matière de maîtrise du tarif restant à la charge du résident hébergé.

A ce titre, et pour conclure, la FEHAP tient, en termes de méthode et de calendrier cohérent, à exprimer ses réserves quant à la détermination, par voie législative, des prestations sociales couvertes par les tarifs hébergement en l'absence d'un modèle tarifaire adapté et revu : en effet, il apparaît prématuré de définir ces prestations alors même que les règles de répartition des charges et les logiques de tarification vont être repensées et vont nécessairement évoluer afin d'atteindre l'objectif fixé par cette loi d'abaisser le reste à charge qui pèse sur les résidents et leurs familles.

## **Proposition d'amendement relatif au forfait autonomie dans les résidences autonomie (foyers-logements)**

**L'article 11 du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement est ainsi complété :**

Le 4<sup>e</sup> alinéa du 10<sup>o</sup> est ainsi complété :

Après les mots « les dépenses prises en charge à ce titre », les mots « ainsi que la nature des prestations fournies à ce titre par ces établissements » sont ajoutés.

### **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Le présent amendement a vocation à préciser le contenu du décret d'application prévu par le projet de loi relatif au périmètre du forfait autonomie.

Si le projet de loi prévoit que ce forfait est destiné à financer les actions de prévention réalisées par les résidences autonomies (ex foyers-logements), il apparaît nécessaire que le décret d'application précise la nature des prestations couvertes par le forfait. En effet, dans un objectif d'équité de traitement entre les résidences autonomie mais surtout entre les personnes qui y sont hébergées, les gestionnaires de ces structures doivent avoir la possibilité de recruter toute catégorie de personnel concourant à la réalisation d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Le montant actuel du forfait soins courant est d'environ 4€ par jour et par résident. Ce forfait permet de financer un poste à mi-temps d'infirmière ainsi que des aides-soignants à temps partiel, pour couvrir la semaine et parfois quelques heures de passage d'un médecin généraliste.

Si les résidences autonomie bénéficiaires du forfait de soins courants ne sont pas éligibles au forfait autonomie dans le projet de loi, il n'en reste pas moins que ce forfait doit permettre aux structures d'offrir une prestation équivalente par le recrutement de ces professionnels (infirmiers, aides-soignants...) dont la présence est indispensable à la réalisation d'action de prévention. Le forfait soins courants et le forfait autonomie seront créateurs d'emplois, et il serait dommageable pour chacun que le périmètre de l'un soit réduit. Il faut en effet raisonner par analogie au champ du handicap où les crédits de la CNSA (ONDAM + CSA) financent l'intégralité des dépenses de personnel des structures, quelle que soit leur catégorie et sans distinction selon l'origine du financement.

Les crédits de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie-CASA-alimentant le forfait autonomie doivent permettre d'offrir à chaque personne âgée, quelle que soit la résidence autonomie dans laquelle elle est hébergée, bénéficiaire du forfait de soins courants ou du forfait autonomie, le même niveau de prestations dans un objectif d'équité de traitement sur le territoire national.

Tel est l'objet du présent amendement.

**Proposition d'amendement relatif au rétablissement du positionnement du secteur privé dans le placement des personnes âgées qui ne peuvent plus rester à domicile**

**L'article 21 du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement est ainsi complété :**

Le 1° est complété comme suit :

Et les mots « ou, à défaut » sont supprimés et remplacés par le mot « soit ».

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Le présent amendement a vocation à rétablir le positionnement du secteur privé s'agissant des choix de placement qui peuvent être proposés aux personnes âgées qui ne peuvent plus rester à domicile.

Le secteur privé, non lucratif et commercial, représente près de 50% de l'offre d'hébergement à destination des personnes âgées dépendantes.

Ce secteur ne peut plus être considéré comme un choix par défaut, en l'absence de places disponibles dans le secteur public.

Tel est l'objet du présent amendement.

## **Proposition d'amendement relative à l'expression de la décision de la personne pour son admission lors de la signature du contrat de séjour**

### **Le 9<sup>ème</sup> alinéa de l'article 22 est ainsi modifié :**

Les mots « du consentement de la personne à être accueillie » sont remplacés par les mots « de la décision de la personne pour son admission ».

### **EXPOSE DES MOTIFS**

La FEHAP soutient l'esprit de cette disposition qui met en avant le rôle médico-social des directeurs et directrices d'établissements, bien au-delà d'une seule position gestionnaire ou administrative. C'est d'ailleurs une spécificité forte de ce secteur : dans le champ sanitaire, le fait que le directeur d'établissement prononce les admissions est une fiction juridique ; dans le secteur médico-social, c'est une réalité quotidienne qui fait la richesse et la vision globale propres à ce métier, et aussi ses difficultés et sa technicité naturellement.

Pour autant, les directeurs et directrices d'établissements doivent ici être positionnés comme des garants. Les demandes d'admission auront été précédées de contacts, voire mieux, d'essais préalables. La personne mais aussi sa famille, le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'équipe pluridisciplinaire auront participé au processus précédant l'admission. Pour cette raison, la locution « le directeur s'assure » est excellemment choisie.

Cependant, le directeur d'établissement n'est pas, ne doit pas être sauf sérieuse et dangereuse confusion des rôles, un spécialiste du mini mental state ou d'une autre échelle d'évaluation des capacités cognitives des personnes admises, pour fonder authentiquement une vérification du consentement, proprement dit.

Pour cette raison et dans la suite des travaux d'un atelier dédié à ce sujet du Comité National de Bientraitance, nous suggérons plus modestement la locution « *s'assure (...) de la décision de la personne pour son admission* ». Cela prend en compte le fait que les personnes vulnérables sont accompagnées, et qu'il est bienvenu de pouvoir constater un acquiescement à l'admission, soutenu par les proches et objectivé par les professionnels, plutôt qu'une authentification de la bonne capacité de consentement, dans toutes les acceptions juridiques et médicales de ce mot.

**Proposition conjointe de la FEHAP et de la FFAMCO d'amélioration rédactionnelle  
concernant la prise en compte de la liberté d'aller et venir dans les EHPAD**

**Le 12<sup>ème</sup> alinéa de l'article 22 est rédigé comme suit :**

« Art. L. 311-4-1. - I. - Lorsqu'il est conclu dans un des établissements d'hébergement relevant du 6<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, le contrat de séjour peut comporter, sur avis conforme du médecin coordonnateur de l'établissement et avis du médecin traitant, ou, à défaut de médecin coordonnateur, sur avis conforme du médecin traitant, **après une évaluation pluridisciplinaire**, une annexe précisant :

**1<sup>o</sup> : les actions programmées de soutien et d'accompagnement du résident dans l'exercice de ses souhaits et possibilités d'exercer sa liberté d'aller et venir, qui est un objectif de prise en charge et d'accompagnement des établissements susvisés, par des professionnels de l'établissement ou des aidants ou encore des bénévoles formés à cet accompagnement ;**

**2<sup>o</sup> les adaptations apportées aux contraintes prévues par le règlement de fonctionnement et susceptibles de limiter les possibilités d'aller et venir du résident. Ces adaptations et actions doivent être proportionnées à son état et aux objectifs de sa prise en charge, dans le cadre d'une analyse bénéfices-risques.**

Le contenu de cette annexe peut être révisé chaque fois que nécessaire à l'initiative de l'intéressé, du directeur de l'établissement et du médecin coordonnateur ou, à défaut, du médecin traitant.

**Afin de promouvoir l'exercice par le résident de ses souhaits et possibilités d'aller et venir, l'établissement d'hébergement relevant du 6<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1, y compris ceux énumérés à l'article L. 342-1, ne peut être réputé ayant accepté la charge d'organiser et de contrôler à titre permanent le mode de vie du résident ou du bénéficiaire ».**

### **EXPOSE DES MOTIFS**

La présente proposition d'amendement a pour objectif d'équilibrer la rédaction du projet de loi, qui ne présente la liberté d'aller et venir que sous l'angle des limitations légitimes. Or les travaux menés sur ce sujet dans le cadre de la conférence de consensus de 2004 et plus récemment de l'atelier du Comité National de Bientraitance ont montré que la liberté d'aller et venir doit d'abord être considérée comme un objectif concret et personnalisé de prise en charge et d'accompagnement.

Par ailleurs, le dernier alinéa proposé a pour objectif de clarifier la nature et le périmètre des obligations des établissements et des professionnels, devant des tentatives jurisprudentielles d'imputation de responsabilité, dès lors qu'un accident ou un incident se produit dans le contexte d'un accueil en établissement. Il y a lieu ainsi d'atténuer l'injonction paradoxale qui pèse aujourd'hui trop lourdement et injustement sur les gestionnaires et professionnels des EHPAD, et par voie de conséquence sur les projets de résidents :

- 1) promouvoir la liberté d'aller et venir, bien évidemment de manière professionnelle et responsable,
- 2) risquer d'être mis en cause au premier incident dans le cadre de cet engagement.

**Proposition d'amendement relatif aux cas de résiliation du contrat de séjour dans les établissements relevant du 6° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles**

**L'article 22 du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement est ainsi complété :**

Au 3°, le III de l'article L.311-4-1 est ainsi complété :

Au 1° les mots « dont notamment l'obligation de paiement des prestations qui lui incombent » sont ajoutés après les mots « au titre de son contrat » ;

Au 3°, les mots « dont notamment celles relatives à son état de santé » sont ajoutés après les mots « dans l'établissement considéré ».

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Le présent amendement a vocation à apporter des précisions quant aux cas de résiliation prévus par le projet de loi.

La clarté des obligations réciproques des gestionnaires de structures et des personnes hébergées est nécessaire afin que des situations tragiques, telles qu'elles peuvent être relayées par la presse, ne surviennent plus à l'avenir.

Ce projet de loi doit être l'occasion de permettre à chacun d'avoir accès à une information la plus précise possible relative aux conditions d'admission, mais aussi de résiliation des contrats de séjour.

Le présent amendement vise donc à clarifier le texte proposé de sorte de lever les ambiguïtés qui pourraient naître au moment de sa mise en application.



**Proposition conjointe de la FEHAP, de l'ADF et de l'UNA d'élaboration d'un statut juridique unique des services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile- SPPASAD**

**L'article 34 est ainsi rédigé :**

Il est inséré dans le code de l'action sociale et des familles un article L.314-9-2 ainsi rédigé:

Article L.314-9-2 :

« Les services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 et les services d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 peuvent créer un service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile.

Le service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile est autorisé conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du Conseil général. La création d'un service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile à partir de deux services, services de soins infirmiers à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 et services d'aide à domicile mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1, titulaires chacun pour ce qui le concerne d'une autorisation, fait l'objet d'un arrêté conjoint du Président du Conseil Général et du Directeur général de l'agence régionale de santé sur demande écrite des deux services.

Le service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile est financé dans le cadre d'une convention pluriannuelle par :

- 1° un forfait global relatif aux soins déterminé dans les conditions prévues à l'article L.314-9-1, fixé par arrêté du directeur de l'agence régionale de santé;
- 2° un forfait globalisé prévu à l'article L.313-11-1 fixé par arrêté du président du conseil général ;
- 3° un forfait global afférent aux prestations relatives à la prévention et aux missions d'intérêt général, en application de l'article L.313-11-1, dont la liste et les modalités de financement sont fixées par décret ».

Avec l'accord conjoint du président du conseil général et du directeur général de l'agence régionale de santé, les services polyvalents de prévention, d'aide et de soins à domicile relevant du 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 de code de l'action sociale et des familles peuvent mettre en œuvre un modèle intégratif d'organisation, de fonctionnement et de financement.

La mise en œuvre de ce modèle est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini à l'article L. 313-11 du code précité.

Ce contrat prévoit notamment :

- la coordination des soins, des aides et de l'accompagnement dans un objectif d'intégration et de prévention de la perte d'autonomie des personnes accompagnées, sous la responsabilité d'un infirmier coordonnateur ;
- pour les activités d'aide à domicile, la dotation globale ou le forfait global prévu à l'article précédent, tels que déterminés par le président du conseil général ;

- pour les activités de soins à domicile, la dotation globale de soins infirmiers déterminée par le directeur général de l'agence régionale de santé ;
- la définition des actions de prévention, leurs modalités de mise en œuvre et de suivi et la répartition de leur financement entre le département et l'agence régionale de santé.

Il-Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard le 30 juin 2017, un rapport d'évaluation des dispositions du I. Ce rapport propose le cas échéant les évolutions législatives nécessaires.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

La présente proposition d'amendement vise à simplifier les règles de création d'un SPASAD et à organiser les missions de prévention qu'il assure auprès des usagers, par la dénomination de service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile-SPPASAD.

Les débats sur la dépendance ont mis en avant l'intérêt des SPPASAD en termes de coordination de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Créés par un décret du 25 juin 2004 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, SAAD et SPASAD, les SPPASAD présentent une véritable plus-value tant pour les usagers que pour les structures. En effet, ils offrent une prise en charge globale à l'usager, avec un interlocuteur unique. Pour les gestionnaires, ils permettent une mutualisation des locaux et de certaines fonctions support, ainsi qu'une meilleure politique sociale pour l'ensemble des salariés.

Pour autant, sur le terrain, cette formule ne se développe pas, avec seulement 91 SPASAD recensés en 2013, 6 ans après leur création. En effet, en pratique, le SPASAD se traduit par un simple accollement pragmatique d'offres de services ne présentant aucun intérêt juridique ou financier, dont la gestion apparaît complexe du fait de la coexistence de deux entités juridiques obéissant à des règles tarifaires et de financement distinctes, frein à une logique de mutualisation inhérente à cette forme de structure.

Le SPASAD dépend en effet de deux autorités en charge de l'autorisation, de la tarification et du contrôle (Agence régionale de santé et Conseil général), à qui il présente deux budgets distincts et répond à deux logiques tarifaires distinctes.

C'est pourquoi la FEHAP, l'ADF et l'UNA proposent un aménagement du régime juridique du SPPASAD pour le rendre plus attractif pour les gestionnaires de services et mieux répondre aux besoins multidimensionnels des personnes en perte d'autonomie (prévention, aides humaines à la vie quotidienne, soins à domicile...).

La rédaction de l'article 34 est revue afin de permettre la création d'un service polyvalent de prévention, d'aide et de soins à domicile et de définir les modalités de sa tarification. Les autres modifications de l'article sont d'ordre rédactionnel.

**Proposition d'amendement relatif au financement des mesures salariales pour les structures de l'aide à domicile relevant de la convention collective nationale du 31 octobre 1951 et adhérentes à la FEHAP à l'instar du financement prévu pour le secteur de l'aide à domicile**

**Après l'article 38, il est inséré un article rédigé comme suit :**

*« Un financement proportionnel aux effectifs des structures de l'aide à domicile relevant de la convention collective nationale du 31 octobre 1951 est accordé pour soutenir les mesures salariales négociées au niveau de ladite convention collective ».*

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

L'exposé des motifs de l'article 38 du projet de loi prévoit que des fractions du produit de la CASA seront notamment affectées au financement du surcoût de deux accords de branche de l'aide à domicile.

La FEHAP, présente dans le secteur de l'aide à domicile, souhaite l'élargissement de ces mesures financières à la convention collective nationale de 1951 afin que ses services adhérents puissent bénéficier de mesures financières identiques

Cet amendement vise l'équité de traitement dans le financement des services d'aide à domicile.

**Proposition d'amendement relatif à la détermination du seuil à partir duquel certains établissements et services du secteur social et médico-social font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)**

**Après l'article 40 du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :**

L'article L.313-12-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Au premier alinéa, après les mots « un seuil », les mots « fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie » sont supprimés et remplacés par les mots « établi sur la base des trois seuils fixés à l'article L.612-1 du code de commerce multiplié par trois ».

### **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Première étape dans l'évolution des systèmes de tarification, le CPOM a permis de substituer la dotation globale de financement aux prix de journée et offre une souplesse de gestion nouvelle, dans un cadre pluriannuel à 5 ans, permettant aux gestionnaires de structures sociales et médico-sociales d'appréhender un exercice budgétaire sans la contrainte du maintien de la réalisation d'une activité qui, de plus en plus souvent, est fixée à un niveau très élevé par les autorités de tarification sans tenir compte des parcours et des absences des personnes accueillies.

Au 31 décembre 2013, 34% des ESAT et 31,6% de l'Objectif Global de Dépenses « Personnes Handicapées » de la CNSA, entrent dans le périmètre d'un CPOM. Les premiers contrats arrivent à échéance et de nombreux gestionnaires rencontrent des difficultés dans leur renouvellement. Le CPOM constitue pourtant un objectif de dépense opposable au gestionnaire et un outil de prévision budgétaire pour l'autorité en charge de la tarification.

De plus, le présent projet de loi propose, en son article 45, des cas d'exonération de la procédure d'autorisation par appels à projets sous condition de conclusion d'un CPOM. L'équité de traitement entre les gestionnaires et les structures est en jeu.

L'arrêté prévu à l'article L.313-12-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui prévoit la détermination d'un seuil à partir duquel certains établissements et services du secteur social et médico-social font l'objet pour leur financement d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), n'est à ce jour pas publié et accuse 5 ans de retard.

Dans un tel contexte, le présent amendement a vocation à abroger la publication de l'arrêté et à inscrire dans la loi ces seuils, déterminés sur la base de trois fois les critères de l'article L.612-1 du code de commerce définis à l'article R.612-1 du même code. Le CPOM peut ainsi être considéré comme un véritable outil de régulation par la disparition du différentiel entre approbation et exécution budgétaires. Cet outil permet par ailleurs le développement d'un nouveau mode de gouvernance associative engageant nécessairement la rénovation de la gestion des structures.

**Proposition d'amendement relative à la création d'une taxe sur les jeux d'argent et de hasard en ligne, dans les casinos et cercles de jeux, au bénéfice de l'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées accueillies dans les établissements et services médico-sociaux financés par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)**

**Après l'article 40, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :**

I. Dans le code général des impôts, il est inséré un article 1609 quatertricies ainsi rédigé : « Il est créé une taxe exceptionnelle assise sur le produit brut des jeux, due par les exploitants des jeux de casinos et des cercles de jeux, ainsi que des exploitants de jeux en ligne, appelée « **Taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées** ».

Le taux de cette taxe est fixé à 1%, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Les abattements prévus par le code général des impôts pour tenir compte des charges d'exploitation des casinos, des manifestations artistiques et des frais d'entretien des hôtels et établissements thermaux appartenant aux casinos sont applicables à la présente taxe.

Les redevables de la taxe mentionnée au premier alinéa déclarent les montants applicables selon les conditions et modalités mentionnées à l'article 344 GD du présent code. Cette taxe est déclarée sur une déclaration mensuelle dont le modèle est fixé par l'administration et qui est déposée accompagnée du paiement dans les délais fixés en matière de taxes sur le chiffre d'affaires.

La taxe mentionnée au premier alinéa est constatée, recouvrée et contrôlée selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. »

II. A l'article L 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 6<sup>o</sup> ainsi rédigé : « Le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées, qui est affecté à la section consacrée au financement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, telle que définie au I de l'article L 14-10-5.»

III. A l'article L 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 9<sup>ème</sup> alinéa ainsi rédigé : « En complément des dispositions prévues au 1 et au 2 du I du présent article, le Conseil de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie répartit le produit de la taxe de solidarité pour l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées entre les deux sous-sections, sur proposition du directeur ».

## **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Cet amendement intervient dans un contexte très particulier :

- le passage d'une loi de programmation à une loi simple ne traitant plus, dans le cadre d'un deuxième volet législatif et son rapport annexé, de la problématique de l'accompagnement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- la mise en application du pacte de responsabilité dans le cadre du PLFSS R 2014 marquée par une annulation de crédits d'un montant de 43M€ sur l'ONDAM médico-social frappant l'enveloppe de crédits dédiées à l'accompagnement des personnes âgées (OGD personnes âgées).

Cette annulation de crédits s'ajoute aux 100M€ retenus en LFSS 2014 au titre du gel prudentiel imposé par la loi (retenus sur le Plan d'Aide à l'investissement-PAI- dans son intégralité soit 49M€ et une part des mesures nouvelles votées par les Parlementaires soit 51M€). Au total, en 2014, ce sont 143M€, votés par les Parlementaires en LFSS, qui auront été retenus sur l'ONDAM médico-social et qui ne seront pas destinés à l'accompagnement de la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

Il apparaît donc urgent, et surtout nécessaire, d'aborder le débat sur l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD dans ce projet de loi, par le sujet de la source de financement qui peut y être dédiée. Il s'agit également d'envisager sérieusement des mesures concrètes d'abaissement du tarif acquitté par les personnes âgées au titre de leur hébergement, le « reste à charge », en basculant l'intégralité de la charge financière des aides-soignants, des aides médico-psychologiques et des animateurs sur les crédits de la CNSA.

Lors de l'examen du PLFSS 2012, la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale avait adopté cet amendement. Mais le lobby des milieux des jeux, notamment des jeux en ligne, s'était mobilisé avec l'appui de Bercy à l'époque pour bloquer cette initiative parlementaire soutenue par plusieurs sensibilités. Il est ici proposé de reconsidérer ce dossier et cette opportunité de ressources nouvelles, mettant ainsi "les aléas du jeu, au service des aléas de la vie".

Cette proposition d'amendement n'est par ailleurs qu'une première étape quant à une réflexion fiscale plus générale sur le financement de la protection sociale. Cette proposition ne vise que les jeux de casinos, les cercles et les jeux en ligne, nouvellement apparus. Elle ne concerne pas à cette étape et vu la technicité rédactionnelle requise, les jeux plus populaires et plus répandus des paris sportifs, du Loto ou Euromillions, mais ceci n'est pas à exclure dans une seconde étape.

La présente proposition d'amendement prend soin toutefois d'intégrer le fait que les casinos, à la différence des jeux en ligne, assument des charges fixes d'une autre ampleur, justifiant alors et de manière comparée aux jeux en ligne, les abattements spécifiques prévus par d'autres dispositions du code général des impôts.

Pour autant et au-delà du seul contexte de cette année 2014, et si la présente proposition rédactionnelle prend soin d'affecter le produit de la taxe à la CNSA et aux sections idoines, elle réserve également au Conseil de la CNSA, sur proposition de son directeur, d'en adopter la répartition entre la sous-section dédiée aux personnes handicapées et celle dédiée aux personnes âgées.

Tel est l'objet du présent amendement.

**Proposition conjointe de la FEHAP, de l'APF et de la FEGAPEI relative à la clarification et à la simplification du régime juridique des groupements de coopération sociale et médico-sociale**

**L'article 44 du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement est ainsi rédigé :**

Le 3° de l'article L. 312-7 du Code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

« 3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

- a) Créer et gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information nécessaires à leurs activités ou à celles de ses membres ;
- b) Permettre des interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ou de ses membres ainsi que des professionnels associés par convention ;
- c) Exploiter, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, une autorisation relevant du présent code ou un agrément au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail. Dans ce cadre et quelle que soit la forme d'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément retenue, le membre du groupement demeure titulaire de l'autorisation ou de l'agrément concerné et en demeure le seul responsable, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement, du service ou de l'activité concernés ;
- d) Etre autorisé au titre de l'article L. 313-1 du présent code ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du Code du travail, à la demande de ses membres ;
- e) Mutualiser des activités en rapport avec les autorisations ou agréments détenus par ses membres, y compris un siège social ou siège social inter-associatif tel que prévu au VI de l'article L.314-7 du présent code ;
- f) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique ;
- g) Disposer d'une ou plusieurs pharmacies à usage intérieur dans les conditions prévues au chapitre VI du titre II du livre 1<sup>er</sup> de la cinquième partie du code de la santé publique.

Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a la qualité d'établissement social ou médico-social que lorsqu'il est titulaire d'une autorisation ou d'un agrément mentionnés au d du 3° du présent article.

Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale peut être employeur.

Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale poursuit un but non lucratif. Il peut être constitué entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique. La majorité des membres du groupement doit avoir un objet à caractère social ou médico-social. 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, des professionnels d'autres établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les actions du groupement réalisées au profit d'un seul de ses membres sont financées par celui-ci sur le budget correspondant.

Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale jouit de la personnalité juridique à compter de la date de dépôt de sa convention constitutive à la préfecture du département ou à la sous-préfecture de l'arrondissement où le groupement aura son siège.

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

### **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Le présent amendement vise la réforme du 3<sup>o</sup> de l'article L. 312-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles dans un objectif de clarification et de simplification du régime juridique du groupement de coopération sociale ou médico-sociale, en vue d'en permettre le développement dans les situations où cet outil apparaît comme le plus approprié. Il s'agit également de lever les ambiguïtés qui en ont freiné le déploiement depuis sa création, comme nombre d'adhérents de la FEHAP ont pu en faire état.

Ce groupement doit ainsi permettre, notamment:

- la mutualisation d'équipements, de moyens techniques ou de personnels, y compris pour porter une autorisation de siège social ou de siège inter-associatif ;
- l'exploitation d'autorisations sociales ou médico-sociales ou d'agréments, dont le membre du groupement demeure titulaire ;
- d'être titulaire d'une ou plusieurs autorisations sociales ou médico-sociales ou d'un agrément.

L'amendement indique explicitement que le groupement poursuit un but non lucratif, qu'il doit être constitué d'une majorité de membres relevant du secteur social ou médico-social et qu'il peut être employeur.



Enfin, dans un but de simplification et d'allégement des contraintes juridiques, il prévoit de substituer une simple déclaration préalable en Préfecture à l'actuel dispositif d'approbation exprès de la convention constitutive par le Préfet de département.

Le présent amendement a vocation à permettre le déploiement d'un outil efficace dans un contexte de restructuration forte du secteur social et médico-social.

### **Proposition d'amendement relatif à la procédure d'autorisation par appels à projets des établissements et services sociaux et médico-sociaux**

**L'article 45 du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement est  
modifié comme suit :**

I. Le d) du 1° est ainsi complété :

Il est inséré au 2° du III, après les termes « relevant de l'article L.312-1 », les termes « après leur inscription dans le schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L.1434-7 du code de la santé publique et dans le schéma régional d'organisation médico-sociale prévu à l'article L.1434-12 du même code ».

II. Le 6° est supprimé.

### **EXPOSÉ DES MOTIFS**

Le présent amendement vise à rendre transparent, efficient et équitable tout dispositif d'exonération de la procédure d'autorisation par appels à projets.

D'une part, si l'objet du présent article est de simplifier la restructuration de l'offre à destination de certains publics, principalement dans le domaine de la psychiatrie, en permettant d'accélérer le développement d'une offre médico-sociale par le redéploiement de capacités sanitaires, force est de constater que ces dynamiques doivent s'inscrire dans un cadre concerté et objectif. Nombre d'adhérents de la FEHAP ont déjà mené leur redéploiement, entre activités sanitaires ou entre le sanitaire et le médico-social. Si des places doivent être créées surtout dans le secteur social et médico-social (lieu de vie), il n'en demeure pas moins que des compétences psychiatriques doivent demeurer disponibles pour soutenir les établissements sociaux et médico-sociaux dans ces accompagnements difficiles (équipes mobiles), voire pour apporter un recours (unités dédiées).

D'autre part, le présent article prévoit l'exonération de la procédure pour les établissements et services non personnalisés des départements et les établissements publics départementaux. Afin d'éviter toute dérégulation de certains secteurs, comme celui de la protection de l'enfance ou de l'accompagnement des personnes adultes en situation de handicap, tous deux relevant de la compétence exclusive des départements, et de garantir une équité de traitement des opérateurs devant la commande publique, la procédure d'autorisation par appels à projets doit être maintenue.

Le présent amendement a vocation d'une part à inscrire les redéploiements de l'offre dans les schémas organisationnels prévus par la loi HPST de sorte de permettre une concertation mais aussi une mise en cohérence entre des impératifs de restructuration, des besoins, et une offre disponible sur un même territoire. Et d'autre part à maintenir la procédure d'autorisation par appels à projets pour les établissements et services non personnalisés des départements et les établissements publics départementaux.

**Proposition d'amendement relatif au délai de mise en conformité du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

**L'article 62 est ainsi modifié :**

Les termes « au plus tard dans les dix-huit mois » sont remplacés par les termes « au plus tard dans les vingt-quatre mois ».

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Le présent amendement a vocation à prolonger le délai de mise en conformité du règlement de fonctionnement et du livret d'accueil tel qu'il est prévu par le projet de loi.

En effet, ces documents imposés par la loi du 2 janvier 2002 aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, nécessitent un travail collectif et concerté qui peut aller au-delà de la simple intégration des éléments nouveaux introduits par le projet de loi. La mise en conformité peut être l'occasion de redéfinir le contenu de ces documents, dans un objectif d'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes accompagnées, et de fonctionnement des structures.

Au surplus, le règlement de fonctionnement doit être soumis au Conseil de la Vie sociale et validé par le Conseil d'Administration du gestionnaire. La réunion de ces instances, peut, selon les organisations, nécessiter un délai plus ou moins long.

C'est pourquoi le présent amendement propose un délai de mise en conformité des documents ciblés de vingt-quatre mois à compter de la publication de la loi.