

CONSEILLER SOCIO ÉDUCATIF TERRITORIAL

CONCOURS EXTERNE

Jeudi 30 septembre 2021

Epreuve écrite d'admissibilité

L'épreuve d'admissibilité consiste en la rédaction d'une note, à partir des éléments d'un dossier, portant sur l'action des collectivités territoriales dans le domaine des activités sanitaires, sociales et socio-éducatives permettant d'apprécier les capacités du candidat à analyser une situation en relation avec les missions dévolues aux membres du cadre d'emplois et à en dégager des solutions opérationnelles appropriées.

[durée : 4 heures – coefficient : 3]

Ce sujet comporte 30 pages y compris la page de garde.

CONCOURS DE CONSEILLER SOCIO-ÉDUCATIF TERRITORIAL

Rédaction d'une note, à partir des éléments d'un dossier, portant sur l'action des collectivités territoriales dans le domaine des activités sanitaires, sociales et socio-éducative, permettant d'apprécier les capacités des candidats dans l'analyse d'une situation en relation avec les missions dévolues aux membres du cadre d'emplois et à en dégager des solutions opérationnelles ».

Durée : 4 heures. Coefficient : 3.

Vous êtes conseiller socio-éducatif dans le département de X. Le directeur de l'action sociale vous demande d'étudier la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Dans un premier temps, votre directeur vous demande de rédiger à son attention, exclusivement à l'aide des documents joints, une note qui établira un diagnostic des mesures existantes. Dans un second temps, il vous demande d'établir des propositions opérationnelles visant à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Documents de travail :

Document n°1 : Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (5 pages)

Document n°2 : « Allocation autonomie, maintien à domicile, 5e risque : quelle politique pour la dépendance ? » viepublique.fr, 9 juin 2020 (4 pages)

Document n°3 : Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance, www.fng.fr (Fondation Nationale de Gérontologie), 2007 (7 pages)

Document n°4 : « L'accompagnement des personnes âgées », ARS, Ministère des solidarités et de la santé, 28 mai 2018 (2 pages)

Document n°5 : « Landes : un plan "Bien Vieillir" pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes », Flore Catala, France Bleu Gascogne, 27 octobre 2019 (2 pages)

Document n°6 : « La loi sur le grand âge et l'autonomie ne peut attendre plus longtemps », La Croix, 24 mai 2021 (2 pages)

Document n°7 : « Maintien à domicile, refonte des Ehpad... comment les Français veulent améliorer la place des personnes âgées dans la société », Capital.fr, 11 mai 2021 (3 pages)

Document n°8 : « Remise du rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie. » Ministère des Solidarités et de la Santé, 28 mars 2019 (3 pages)



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillessement

Le 1er janvier 2016, la loi publiée au journal officiel du 29 décembre 2015 entre en vigueur. Voici un tour d'horizon des principales mesures de cette loi, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, portée par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et Laurence Rossignol, secrétaire d'État chargée de la Famille, de l'Enfance, des Personnes âgées et de l'Autonomie.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement.

La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions.

Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

Des mesures concrètes pour améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches

Des mesures concrètes vont permettre aux personnes âgées de préserver au mieux leur autonomie et à leurs proches aidants de recevoir un soutien adapté à leur situation.

Ce sont principalement les départements, en charge de l'aide à l'autonomie des personnes âgées, qui vont être chargés d'appliquer ces nouvelles mesures.

Une réforme de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement se traduit par une réforme de l'APA à domicile dont la mise en place date de 2002.

Qu'est-ce que l'APA à domicile ?

L'APA à domicile aide à financer le maintien à domicile des personnes âgées de 60 ans ou plus en perte d'autonomie (frais d'aide à domicile, aides techniques, hébergement temporaire, accueil de

jour). Toutes les personnes qui remplissent ces conditions peuvent bénéficier de l'APA quels que soient leurs revenus. En revanche, le montant d'aide attribué dépend des revenus. Une participation progressive est demandée à la personne bénéficiaire de l'APA au-delà d'un certain niveau de revenus.

Donner plus d'aide à ceux qui en ont besoin en revalorisant les plafonds des plans d'aide

Les plafonds nationaux des plans d'aide seront augmentés. Cette mesure permettra d'augmenter le nombre d'heures d'aide à domicile des personnes qui en ont le plus besoin, en particulier celles qui atteignent actuellement le plafond de leur plan d'aide alors qu'elles auraient besoin d'un nombre d'heures d'intervention supérieur.

Qu'est-ce qu'un plan d'aide ?

Une fois la demande d'APA réalisée, une équipe médico-sociale du conseil départemental se rend au domicile de la personne âgée. Cette équipe va évaluer le niveau de perte d'autonomie. Elle va classer ainsi la personne âgée dans le groupe iso-ressources (GIR) qui correspond à sa perte d'autonomie et déterminer avec elle l'ensemble de ses besoins.

Si le GIR est compris entre 1 et 4, la personne est éligible à l'APA et l'équipe va faire une proposition de plan d'aide adapté à la situation. Les montants des plans d'aide sont plafonnés en fonction du GIR. La proposition de plan d'aide indiquera :

- le classement GIR,
- les aides proposées, par exemple : le nombre d'heures d'aide à domicile accordées, le nombre de repas portés à domicile...,
- le coût de ces aides,
- la participation financière laissée à la charge de la personne.

Renforcer l'accès à l'APA

Les bénéficiaires de l'APA gagnant moins de 800 € (ce qui correspond au niveau actuel de l'ASPA, l'allocation de solidarité aux personnes âgées) seront désormais exonérés de participation financière.

Le montant de la participation financière des bénéficiaires de l'APA ayant les plans d'aide les plus importants va également être diminué. Cela permettra d'éviter qu'en raison d'un reste-à-charge trop important à payer, les personnes âgées renoncent à l'aide dont elles ont besoin.

Mieux prendre en compte les besoins et les attentes des bénéficiaires

Lors de l'évaluation à domicile, l'équipe médico-sociale APA mettra en œuvre une évaluation globale de la situation et des besoins de la personne, y compris en matière d'aides techniques ou de travaux d'adaptation du logement.

L'évaluation prend en compte aussi la situation et les besoins propres des proches aidants.

Ces derniers bénéficieront également d'une information plus précise et plus complète sur l'ensemble des aides qui pourraient leur être utiles, et notamment le droit au répit (cf. ci-après).

A noter : Un décret d'application va préciser comment la réforme de l'APA sera mise en œuvre concrètement.

La reconnaissance et le soutien des proches aidants

Une reconnaissance de l'action des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie

La loi reconnaît tout d'abord l'action du proche aidant en lui donnant une définition et lui reconnaissant des droits. Une personne qui vient en aide de manière régulière, à titre non professionnel, pour accomplir une partie ou la totalité des actes de la vie quotidienne d'une personne âgée en perte d'autonomie peut être considérée comme un proche aidant. Ainsi, peut être considéré comme proche aidant de la personne aidée :

- son conjoint,
- le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin,
- un parent,
- un allié ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables.

Des temps de repos facilités pour les proches aidants

Afin de soutenir les proches aidants, la loi instaure un droit au répit, intégré à l'APA, pour permettre aux proches aidants qui ne peuvent pas être remplacés et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie au domicile du bénéficiaire de l'APA de prendre un temps de repos.

L'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou un hébergement temporaire pourra être financé jusqu'à 500 € par an au-delà des plafonds de l'APA. Cette enveloppe pourra aussi servir à financer des heures d'aide à domicile supplémentaires.

La prise en charge des bénéficiaires de l'APA dont le proche aidant est hospitalisé

En cas d'hospitalisation d'un proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile, une aide ponctuelle pourra être accordée. Son montant pourra atteindre jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA.

Un soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Une nouvelle organisation et des financements supplémentaires pour la prévention de la perte d'autonomie au niveau du département

Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie va adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus. La conférence a vocation à financer à la fois des actions collectives de prévention et de lutte contre l'isolement, mais aussi des aides individuelles pour faciliter l'accès aux aides techniques pour les personnes âgées à revenus modestes.

Cette conférence des financeurs, présidée par le président du conseil départemental et vice-présidée par le directeur général de l'ARS (agence régionale de santé), réunit toutes les institutions impliquées dans la prévention : caisses de retraite, organismes régis par le code de la mutualité, ANAH (Agence nationale de l'habitat)...

Les logements-foyers rebaptisés résidences-autonomie et modernisés

La loi donne un nouveau souffle aux logements foyers renommés « résidences autonomie » et renforce leur rôle dans l'offre d'habitat intermédiaire entre le domicile et l'institution pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes.

Pour mieux valoriser leur mission de prévention de la perte d'autonomie, les résidences-autonomie pourront bénéficier d'un financement spécifique pour les actions individuelles ou collectives de prévention à destination de leurs résidents, et de personnes extérieures.

De plus, le rapport annexé à la loi prévoit de soutenir certaines résidences autonomie dans leurs travaux de rénovation et de réhabilitation au travers d'un plan d'aide à l'investissement.

Un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD

L'annuaire du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr comportera d'ici fin 2016 :

- les prix de l'hébergement pratiqués par l'ensemble des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) publics, associatifs et privés commerciaux. Les prix affichés correspondront à un socle de prestations liées à l'hébergement défini par un décret en cours de publication, ce qui facilitera la comparaison des prix des établissements.
- Les tarifs dépendance en vigueur dans l'établissement.

Le calcul du reste-à-charge en EHPAD, déjà possible grâce au simulateur proposé sur le portail, sera également simplifié. Les internautes auront un accès direct à une information claire sur les tarifs appliqués et les aides financières possibles. Enfin, ils n'auront plus à téléphoner aux EHPAD pour récupérer les tarifs pratiqués avant de lancer la simulation.

Afin de renforcer les droits des résidents en EHPAD, la loi définit par ailleurs les sanctions encourues par les établissements qui ne respecteraient pas certaines obligations, alors même qu'ils opèrent dans un secteur où par essence le consommateur est généralement vulnérable.

Par ailleurs, la loi prévoit une réforme du financement des EHPAD pour poursuivre les efforts de médicalisation de ces derniers (présence de personnels soignants), pour mieux prendre en compte la perte d'autonomie des personnes âgées accueillies.

À noter : La création du portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr est une mesure de la loi, concrétisée avant même sa promulgation. Sept mois après sa mise en ligne, plus de 500 000 personnes ont visité le portail.

Une réaffirmation des droits et libertés des personnes âgées

Les personnes âgées résidant dans des établissements médico-sociaux ou faisant appel à un service médico-social auront désormais la possibilité de désigner une personne de confiance dans le cas où elles rencontreraient des difficultés dans la compréhension de leurs droits. La désignation de la personne de confiance était jusqu'alors uniquement réservée aux personnes hospitalisées.

La loi renforce également la procédure d'acceptation du contrat de séjour au moment de sa signature à l'entrée en maison de retraite, permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits.

Enfin, des actions de communication pour faire connaître le mandat de protection future qui permet d'anticiper sa perte d'autonomie et organiser à l'avance sa propre protection, seront mises en place.

Comment les mesures de la loi seront-elles financées ?

Des mesures concrètes vont améliorer la vie quotidienne des personnes âgées et de leurs proches, comme la réforme de l'APA à domicile (allocation personnalisée d'autonomie) ou la création d'un droit au répit pour les proches aidants.

Ces mesures seront financées en rythme de croisière par l'affectation à la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) d'une partie de la recette de la CASA (contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie), soit environ 700 millions d'euros par an. Ce financement permettra aux départements de couvrir les dépenses nouvelles liées à la mise en œuvre des mesures prévues par la loi.

La CASA, Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie

La CASA est un prélèvement social de 0,3 % sur les prestations retraites et les pensions d'invalidité, instauré par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013. C'est l'équivalent du prélèvement de 0,3 % effectué sur les salaires au titre de la journée de solidarité, créée après la canicule de 2003. Pour en savoir plus sur la CASA, consulter le site de la CNSA.

Allocation autonomie, maintien à domicile, 5e risque : quelle politique pour la dépendance ?

D'après le rapport Libault sur la dépendance remis en mars 2019, le nombre de seniors en perte d'autonomie va passer de 1,3 million en 2017 à 2,2 millions en 2050. Ce nombre pourrait même atteindre 4 millions de personnes, selon une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) qui prend en compte les personnes âgées dépendantes ne bénéficiant pas de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

En 2014, près de 30 milliards d'euros ont été consacrés à la prise en charge de la dépendance. Les pouvoirs publics participent à 80% au financement de ces dépenses (santé, aide à la perte d'autonomie et hébergement), le reste est assuré par les ménages. Le rapport Libault évalue à 9,2 milliards d'euros le besoin de financement supplémentaire par an en 2030.

Pour faire face à ces dépenses croissantes, le gouvernement a ouvert la voie à la création d'une "cinquième branche" de la sécurité sociale couvrant les risques liés à la perte d'autonomie. Deux projets de loi relatifs à la dette sociale ont été présentés par le gouvernement le 27 mai 2020. Ils prévoient la remise d'un rapport au Parlement sur les conditions de création de cette nouvelle branche d'ici le 30 septembre 2020, de manière à inscrire la réforme dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Une allocation spécifique pour les personnes âgées en perte d'autonomie

La dépendance des personnes âgées désigne une perte d'autonomie aussi bien physique que mentale chez les personnes âgées de plus de 60 ans. Cette perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne de façon ponctuelle ou permanente. La prise en charge des personnes âgées dépendantes et celles des personnes handicapées relèvent de réglementations distinctes. La barrière de l'âge (avant et après 60 ans) explique que deux personnes atteintes du même type de handicap relèvent de dispositifs spécifiques (réglementations, structures d'accueil).

Les politiques publiques ont intégré l'enjeu du vieillissement depuis les années 1990. En 1997, est créée la prestation spécifique dépendance, remplacée par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) le 1er janvier 2002.

L'APA est une aide financière attribuée aux personnes d'au moins 60 ans qui, malgré les soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou requièrent une surveillance particulière. Il existe deux types d'APA :

- l'APA à domicile qui aide à payer les dépenses nécessaires au maintien à domicile malgré la perte d'autonomie (garde, repas, toilette, transport, installation de matériel comme un lit médicalisé...);
- l'APA en établissement qui prend en charge une partie des frais liés aux tarifs dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des unités de soins de longue durée (USLD).

Le montant perçu par une personne âgée dépend de son degré d'autonomie évalué selon la grille Aggir (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources).

L'évaluation est conduite par une équipe médico-sociale du conseil départemental qui identifie ce que la personne peut faire ou ne pas faire seule. Six niveaux sont distingués dans la grille Aggir :

- les niveaux 1 et 2 regroupent les personnes les plus dépendantes, Confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, elles nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- les niveaux 3 et 4 regroupent les personnes moyennement dépendantes ;
- les niveaux 5 et 6 regroupent les personnes peu ou pas dépendantes.

Dans son enquête sur l'aide et l'action sociale 2019, la Drees recense 1,3 million de personnes bénéficiaires de l'APA, pour un coût estimé à près 6 milliards d'euros. Depuis la création de cette prestation en 2002, les dépenses totales au profit de l'APA ont été multipliées par 2,6 et le nombre de ses bénéficiaires a plus que doublé. 60% des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile, 40% en établissement d'hébergement spécialisé.

En 2004, à la suite de la canicule de l'été 2003 qui a causé une forte surmortalité chez les personnes âgées, la loi du 30 juin 2004 crée une journée de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette journée se matérialise par la mise en place d'une contribution de solidarité pour l'autonomie collectée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La loi du 11 février 2005 précise et renforce les missions de la CNSA. Celle-ci est compétente sur l'ensemble du champ des politiques de l'autonomie, elle a notamment pour mission de :

- contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses ;
- assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie.

L'adaptation de la société au vieillissement

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 alloue 700 millions d'euros par an à de nouvelles mesures visant à mieux prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie, financés par la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Cette loi est organisée autour de trois piliers : l'anticipation du vieillissement, l'adaptation de la société et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Priorité pour l'accompagnement à domicile

La loi privilégie le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Pour cela, l'APA à domicile est réformée. Les plafonds d'aide sont augmentés, permettant ainsi d'accroître le nombre d'heures d'aide à domicile.

Pour financer l'accompagnement à domicile des personnes en perte d'autonomie, la loi affecte à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) le produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). La CASA, créée en 2013, est prélevée sur une partie des pensions de retraite, d'invalidité et des préretraites. Jusqu'en 2015, une partie des fonds collectés était affectée au Fonds de solidarité vieillesse.

Soutenir les proches aidants

De nouvelles dispositions sont adoptées pour faciliter le travail des aidants à domicile. La loi reconnaît le "droit au répit" qui donne les moyens à un aidant de prendre du repos. Un proche aidant une personne âgée en perte d'autonomie peut bénéficier d'une aide jusqu'à 500 euros par an pour financer la prise en charge de la personne dépendante dans une autre structure (hébergement temporaire, relais à domicile, etc.) afin qu'il puisse se reposer ou dégager du temps pour soi.

En outre, depuis le 1er janvier 2017, le congé de proche aidant est entré en vigueur. Il succède au congé de soutien familial avec un champ d'application élargi. Ce congé non rémunéré permet à un salarié du secteur privé, avec l'accord de son employeur, de suspendre ou réduire son activité professionnelle pour accompagner un proche qui souffre d'une perte d'autonomie importante :

- d'une durée maximale de trois mois, le congé est renouvelable dans la limite d'une année pour l'ensemble de la carrière ;
- le congé peut être pris pour soutenir une personne de la famille ou une personne avec laquelle la personne aidée entretient des liens étroits et stables ;
- le proche aidant doit avoir un an d'ancienneté dans l'entreprise (au lieu de 2 ans avec le congé de soutien familial).

Une prise en charge de la dépendance qui reste lacunaire

Le bilan d'application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) est contrasté. Plusieurs rapports avancent des propositions pour renforcer les dispositifs existants.

Un rapport du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) en juin 2018 met l'accent sur l'insuffisante reconnaissance du rôle des aidants. Le droit au répit et au congé de proche aidant ne constituent pas une protection réelle. Sur de petits échantillons représentatifs, le Conseil relève que 56% des aidants interrogés n'ont pu conserver leur emploi et 31% ont été licenciés ou ont accepté une rupture conventionnelle de leur contrat de travail ou ont dû démissionner. Le Conseil dénonce en outre le caractère symbolique du droit au répit et préconise son déplafonnement.

Selon le baromètre d'opinion 2020 de la Drees huit aidants d'une personne âgée sur dix déclarent ne pas se sentir suffisamment aidés et considérés par les pouvoirs publics.

Pour une meilleure mise en œuvre du droit de répit, Joëlle Huilier étudie l'exemple québécois du "baluchonnage" (ou "relayage") qui consiste en une intervention d'au moins 2 jours et 1 nuit d'un professionnel au domicile de la personne âgée afin de soulager un proche aidant. Elle propose d'expérimenter ce système en France dans trois territoires volontaires. Le rapport rappelle que l'aide aux aidants est d'autant plus importante qu'elle permet de réduire le nombre de places d'hébergement en structures d'accueil permanent.

Les EHPAD accueillent chaque jour près de 585 000 résidents. La loi ASV en accordant la priorité au maintien à domicile a mis un peu de côté ces établissements qui sont aujourd'hui au centre du débat public. Des mouvements de personnels ont dénoncé des mauvaises conditions d'hébergement et de soins pour les personnes âgées ainsi qu'une dégradation de leurs conditions de travail. L'insuffisance des moyens alloués aux EHPAD ne permet pas d'assurer une prise en charge digne des personnes âgées dépendantes.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, une enveloppe supplémentaire de 450 millions d'euros a été dédiée aux EHPAD pour 2020-2021 et 50 millions d'euros au secteur de l'aide à domicile.

Cette loi crée également une indemnisation du congé de proche aidant qui doit être mise en place à partir d'octobre 2020. Les salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires pourront désormais bénéficier de trois mois de congés indemnisés pour aider un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Les conditions d'accès doivent être précisées par décret.

Vers la création d'un cinquième risque ?

La création d'un "cinquième risque" a déjà été proposée par le gouvernement de François Fillon en 2008. Considérant que les quatre branches de la sécurité sociale (maladie, accidents du travail, retraite, famille) ne pouvaient répondre au vieillissement de la population, ce projet devait permettre d'assurer la prise en charge de la dépendance en combinant un financement public au titre de la solidarité et la mise en place d'une assurance individuelle encouragée par des incitations fiscales.

Malgré le lancement d'un grand débat national en 2011, le projet a été abandonné en raison du contexte économique et de la situation des finances publiques.

Dans son discours du 9 juillet 2018 prononcé devant le Congrès et dans un discours sur le vieillissement de la population du 13 juin 2018, le président de la République, Emmanuel Macron, a semblé faire renaître l'idée de la prise en charge au sein d'un "nouveau risque".

À la suite de la concertation nationale "Grand âge et autonomie", organisée fin 2018, 175 propositions de mesures ont été présentées dans le rapport Libault. Un projet de loi consacré à la dépendance devait être présenté par le gouvernement en 2019, mais a finalement été reporté à 2020 en raison de la réforme des retraites.

La crise sanitaire du COVID-19 remet à l'ordre du jour le sujet de la dépendance. Une concertation avec les partenaires sociaux et les collectivités territoriales devrait être organisée prochainement afin de trouver des solutions de financement à mettre en place pour la prise en charge de ce nouveau risque d'ici 2024.

Selon le baromètre d'opinion 2020 de la Drees, les deux tiers des Français (64%) sont demandeurs d'une prise en charge financière par les pouvoirs publics de la perte d'autonomie. Sept Français sur dix souhaitent que cette aide soit réservée aux personnes âgées disposant de faibles revenus. De plus en plus de Français sont favorables à une aide universelle, sans conditions de ressources.

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun poursuit son accomplissement.

Les personnes âgées, pour la plupart, restent autonomes et lucides jusqu'au terme de leur vie. Au cours de la vieillesse, les incapacités surviennent à une période de plus en plus tardive. Elles sont liées à des maladies ou des accidents, qui altèrent les fonctions physiques et/ou mentales.

Même en situation de handicap ou de dépendance, les personnes âgées doivent pouvoir continuer à exercer leurs libertés et leurs droits et assumer leurs devoirs de citoyens.

Leur place dans la cité, au contact des autres générations et dans le respect des différences, doit être reconnue et préservée.

Cette Charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi que les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables.

ARTICLE I - CHOIX DE VIE

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

Elle doit bénéficier de l'autonomie que lui permettent ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il convient de la sensibiliser à ce risque, d'en tenir informé l'entourage et de proposer les mesures de prévention adaptées.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible le désir profond et les choix de la personne, tout en tenant compte de ses capacités qui sont à réévaluer régulièrement.

ARTICLE II - CADRE DE VIE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

Elle réside le plus souvent dans son domicile et souhaite y demeurer. Des dispositifs d'assistance et des aménagements doivent être proposés pour le lui permettre.

Un handicap psychique rend souvent difficile, voire impossible, la poursuite de la vie au domicile, surtout en cas d'isolement. Dans ce cas, l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. La décision doit répondre aux souhaits et aux difficultés de la personne. Celle-ci doit être préparée à ce changement.

La qualité de vie ainsi que le bien-être physique et moral de la personne doivent constituer l'objectif constant, quel que soit le lieu d'accueil.

Lors de l'entrée en institution, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite ; la personne concernée a recours au conseil de son choix avant et au moment de l'admission.

Le choix de la solution d'accueil prend en compte et vérifie l'adéquation des compétences et des moyens humains de l'institution avec les besoins liés aux problèmes psycho-sociaux, aux pathologies et aux déficiences à l'origine de l'admission.

Tout changement de lieu de résidence, ou même de chambre, doit faire l'objet d'une concertation avec la personne.

En institution, l'architecture et les dispositifs doivent être conçus pour respecter la personne dans sa vie privée.

L'espace commun doit être organisé afin de favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements. Il doit être accueillant et garantir les meilleures conditions de sécurité.

ARTICLE III - VIE SOCIALE ET CULTURELLE

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

La vie quotidienne doit intégrer son rythme d'existence ainsi que les exigences et les difficultés liées aux handicaps, que ce soit au domicile, dans les lieux publics ou en institution.

Les élus et les urbanistes doivent prendre en considération le vieillissement de la population et les besoins des personnes de tous âges présentant des incapacités, notamment pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être accessibles en toute sécurité afin de préserver l'insertion sociale et de favoriser l'accès à la vie culturelle en dépit des handicaps.

Les institutions et industries culturelles ainsi que les médias doivent être attentifs, dans leurs créations et leurs programmations, aux attentes et besoins spécifiques des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

Les nouvelles technologies doivent être accessibles dans les meilleures conditions possibles aux personnes qui le souhaitent.

ARTICLE IV - PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Le rôle des proches qui entourent la personne à domicile doit être reconnu. Il doit être étayé par des soutiens psychologiques, matériels et financiers.

Au sein des institutions, l'association des proches à l'accompagnement de la personne et le maintien d'une vie relationnelle doivent être encouragés et facilités.

En cas d'absence ou de défaillance des proches, il revient aux professionnels et aux bénévoles formés à cette tâche de veiller au maintien d'une vie relationnelle dans le respect des choix de la personne.

Toute personne, quel que soit son âge, doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec lequel, de façon libre et mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

Respecter la personne dans sa sphère privée, sa vie relationnelle, affective et sexuelle s'impose à tous.

ARTICLE V - PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs et à ses besoins, sous réserve d'une protection légale, en cas de vulnérabilité.

Elle doit être préalablement informée de toute vente de ses biens et préparée à cette éventualité.

Il est indispensable que le coût de la compensation des handicaps ne soit pas mis à la charge de la famille. Lorsque la personne reçoit des aides sociales, la fraction des ressources restant disponible après la prise en charge doit demeurer suffisante et servir effectivement à son bien-être et à sa qualité de vie.

ARTICLE VI - VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement existent à tout âge, même chez des personnes malades présentant un affaiblissement intellectuel ou physique sévère.

Développer des centres d'intérêt maintient le sentiment d'appartenance et d'utilité tout en limitant l'isolement, la ségrégation, la sensation de dévalorisation et l'ennui. La participation volontaire à des réalisations créatives diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation uniformisée et indifférenciée, mais permettre l'expression des aspirations personnelles.

Des activités adaptées doivent être proposées aux personnes quelle que soit la nature du déficit.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

ARTICLE VII - LIBERTÉ D'EXPRESSION ET LIBERTÉ DE CONSCIENCE

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

Sa liberté d'expression s'exerce dans le respect des opinions d'autrui.

L'exercice de ses droits civiques doit être facilité, notamment le droit de vote en fonction de sa capacité juridique.

Toute personne en situation de handicap ou de dépendance doit être reconnue dans ses valeurs, qu'elles soient d'inspiration religieuse ou philosophique.

Elle a droit à des temps de recueillement spirituel ou de réflexion.

Chaque établissement doit disposer d'un espace d'accès aisé pouvant servir de lieu de recueillement et de culte et permettre la visite des représentants des diverses religions et mouvements philosophiques non confessionnels en dehors de tout prosélytisme.

Les rites et les usages religieux ou laïcs s'accomplissent dans le respect mutuel.

ARTICLE VIII - PRÉSERVATION DE L'AUTONOMIE

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. Le handicap physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie, chaque fois que son efficacité est démontrée.

En particulier, la personne exposée à un risque, soit du fait d'un accident, soit du fait d'une maladie chronique, doit bénéficier des actions et des moyens permettant de prévenir ou de retarder l'évolution des symptômes déficitaires et de leurs complications.

Les possibilités de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, des personnes âgées comme des professionnels, et être accessibles à tous.

Handicaps et dépendance peuvent mettre la personne sous l'emprise d'autrui.

La prise de conscience de cette emprise par les professionnels et les proches est la meilleure protection contre le risque de maltraitance.

ARTICLE IX - ACCÈS AUX SOINS ET A LA COMPENSATION DES HANDICAPS

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile selon les besoins de la personne. Les discriminations liées à l'âge sont contraires à l'éthique médicale.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Les soins visent aussi à réduire les fonctions déficitaires et à compenser les incapacités. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie, à soulager la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets.

En situation de handicap, la personne doit avoir accès à l'ensemble des aides humaines et techniques nécessaires ou utiles à la compensation de ses incapacités

Aucune personne ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou en institution. Le consentement éclairé doit être recherché en vue d'une meilleure coopération du malade à ses propres soins.

Tout établissement de santé doit disposer des compétences et des moyens, ou à défaut, des coopérations structurelles permettant d'assurer sa mission auprès des personnes âgées malades, y compris celles en situation de dépendance.

Les institutions d'accueil doivent disposer des compétences, des effectifs, des locaux et des ressources financières nécessaires à la prise en soins des personnes âgées dépendantes, en particulier des personnes en situation de handicap psychique sévère.

Les délais administratifs anormalement longs et les discriminations de toute nature à l'accueil doivent être corrigés.

La tarification des soins et des aides visant à la compensation des handicaps doit être déterminée en fonction des besoins de la personne et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge. Elle ne doit pas pénaliser les familles.

ARTICLE X - QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

Une formation spécifique en gérontologie doit être assurée à tous les intervenants concernés. Cette formation est initiale et continue : elle s'adresse en particulier à tous les métiers de la santé et de la compensation des handicaps.

La compétence à la prise en charge des malades âgés ne concerne pas uniquement les personnels spécialisés en gériatrie mais l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir dans les aides et les soins.

Les intervenants, surtout lorsqu'ils sont isolés, doivent bénéficier d'un suivi, d'une évaluation adaptée et d'une analyse de leurs pratiques. Un soutien psychologique est indispensable ; il s'inscrit dans une démarche d'aide aux soignants et aux aidants.

ARTICLE XI - RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Il faut éviter de confondre les affections sévères et les affections mortelles : le renoncement thérapeutique chez une personne curable s'avère aussi inacceptable que l'obstination thérapeutique injustifiée. Mais, lorsque la mort approche, la personne doit être entourée de soins et d'attentions appropriés.

Le refus de l'acharnement thérapeutique ne signifie pas un abandon des soins, mais justifie un accompagnement visant à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la souffrance morale.

La personne doit pouvoir vivre le terme de son existence dans les conditions qu'elle souhaite, respectée dans ses convictions et écoutée dans ses préférences.

La place des proches justifie une approche et des procédures adaptées à leurs besoins propres.

Que la mort ait lieu à l'hôpital, au domicile ou en institution, les intervenants doivent être sensibilisés et formés aux aspects relationnel, culturel, spirituel et technique de l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur famille, avant et après le décès.

ARTICLE XII - LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

Elle implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et sociales, les sciences économiques et les sciences de l'éducation.

La recherche relative aux maladies associées au grand âge est un devoir. Bénéficier des progrès de la recherche constitue un droit pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés.

Seule la recherche peut permettre d'acquérir une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge ainsi que de leurs conséquences fonctionnelles et faciliter leur prévention ou leur guérison.

Le développement d'une recherche gérontologique et gériatrique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance, diminuer leurs souffrances et abaisser les coûts de leur prise en charge.

ARTICLE XIII - EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE VULNÉRABLE

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

L'exercice effectif de la totalité de ses droits civiques doit être assuré à la personne vulnérable, y compris le droit de vote en l'absence de tutelle.

Les professionnels habilités à initier ou à appliquer une mesure de protection ont le devoir d'évaluer son acceptabilité par la personne concernée ainsi que ses conséquences affectives et sociales.

Dans la mise en oeuvre des protections prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), les points suivants doivent être considérés :

- le besoin de protection n'est pas forcément total, ni définitif ;
- la personne protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;
- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne puisse exprimer des orientations de vie et soit toujours tenue informée des actes effectués en son nom.
- La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être assurée.

Toutes violences et négligences, même apparemment légères, doivent être prévenues, signalées et traitées. Les infractions caractérisées peuvent donner lieu à des sanctions professionnelles ou à des suites judiciaires.

Les violences ou négligences ont souvent des effets majeurs et irréversibles sur la santé et la sûreté des personnes : l'aide aux victimes doit être garantie afin que leurs droits soient respectés.

ARTICLE XIV – L'INFORMATION

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

Les membres de la société doivent être informés de manière explicite et volontaire des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées en situation de handicap ou de dépendance.

L'information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une attitude de mépris ou à une négligence indifférentes à la prise en compte des droits, des capacités et des souhaits de la personne.

Une information de qualité et des modalités de communication adaptées s'imposent à tous les stades d'intervention auprès de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

Loyale et compréhensible, l'information doit intervenir lorsque la personne est encore en capacité d'affirmer ses choix.

Il convient également de prendre en considération le droit de la personne qui se refuse à être informée.

Une exclusion sociale peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus individuel et collectif d'être attentif aux besoins et aux attentes des personnes.

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Agir pour la santé de tous

L'accompagnement des personnes âgées

Les agences régionales de santé ont pour mission de mettre en œuvre les plans nationaux en faveur des personnes âgées. Pour cela, elles travaillent en étroite collaboration avec les acteurs de terrain.

572 273 places en EHPAD en France

Les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Les agences régionales de santé et les conseils départementaux les financent en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge inscrits dans une convention.

Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles de plus de 60 ans et de préserver leur autonomie. Ils assurent une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

La question du vieillissement est un défi pour l'avenir de notre pays et un enjeu de pérennisation de notre système social. En 2050, un tiers des français aura plus de 60 ans.

Identifier les besoins des personnes âgées sur les territoires

Les agences régionales de santé déclinent les politiques nationales et les adaptent à leurs caractéristiques régionales (populationnelles, épidémiologiques, géographiques). L'enjeu est de mettre en place une organisation mieux ancrée dans les territoires, avec un accompagnement plus efficace des professionnels de santé et une évaluation plus fine des besoins des patients.

Pour cela, elles identifient les besoins médico-sociaux et planifient les évolutions dans leur schéma régional de santé, désormais unique, établi pour 5 ans.

De plus, elles définissent, par arrêté, les **territoires de démocratie sanitaire** (anciennement « territoires de santé ») pertinents pour la prise en charge et l'accompagnement médico-social... Chaque territoire de démocratie sanitaire est doté d'une instance consultative : le **conseil territorial** qui contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

L'enjeu est d'offrir, au niveau local, une prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale au plus près des besoins des personnes âgées.

Accompagner les personnes âgées : organiser les parcours de vie

Les agences régionales de santé assurent la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement.

Elles sont à la manœuvre pour mettre en place une médecine de « parcours » – de santé, de soins, de vie. Il s'agit de renforcer la prise en charge sur tout le territoire et de décloisonner les secteurs : soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux... L'objectif est de prévenir, de soigner et d'accompagner de manière globale et continue les patients et les résidents, au plus près de chez eux.

Coordonner les actions des différents intervenants

Les agences régionales ont pour mission d'améliorer les coordinations et la transversalité des approches des différents acteurs, qui sont nombreux :

- la CNSA, les conseils départementaux, les caisses d'assurance maladie et d'assurance retraite et la conférence des financeurs (instaurée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement)
- les associations de patients, proches aidants, familles
- les structures, les établissements et les professionnels sanitaires et médico-sociaux :
 - les maisons départementales de l'autonomie
 - les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), qui renseignent sur tous les dispositifs susceptibles de répondre aux besoins des personnes âgées
 - les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), pour les personnes en situation de précarité
 - les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) et les unités d'hébergement renforcé (UHR), qui favorisent une meilleure articulation entre les structures de soins, d'information et d'accompagnement en vue d'offrir une réponse graduée et adaptée à chaque situation.

La politique nationale de bientraitance dans les établissements médico-sociaux

Les orientations prioritaires de cette politique nationale de lutte contre la maltraitance se déclinent en programmes dont l'animation et le suivi au niveau local relèvent, pour les secteurs sanitaire et médico-social, des agences régionales de santé.

Le plan national maladies neurodégénératives 2014-2019

Le plan Maladies neuro-dégénératives (PNMD), lancé en 2014, concerne les maladies d'Alzheimer, de Parkinson et la sclérose en plaques qui touchent plus d'un million de personnes en France.

Il s'inscrit dans une dynamique de progrès en matière de recherche, de soins et d'accompagnement en apportant des réponses concrètes aux besoins des patients et de leurs aidants.

Au niveau territorial, les agences régionales de santé sont chargées de conduire la déclinaison territoriale du plan et d'**identifier les établissements « ressources »** dans le cadre d'un diagnostic territorial.

Landes : un plan "Bien Vieillir" pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées dépendantes

Le Département souhaite renforcer la qualité de la prise en charge des aînés dans les Landes, notamment en investissant 2,5 millions d'euros dans les Ehpad sur les cinq prochaines années, en offrant des primes annuelles aux aides à domicile, et en luttant contre la désertion du personnel soignant.

Investir plusieurs millions d'euros dans les structures d'accueil et de prise en charge des personnes âgées, revaloriser les métiers du grand âge, et renforcer l'ancrage des Ehpad dans les territoires : voilà les grandes lignes du plan "Bien Vieillir", qui doit entrer en vigueur dans l'année, et qui est piloté par le conseil départemental des Landes, en collaboration avec l'Agence régionale de santé (ARS) et les acteurs locaux, pour mieux accompagner et prendre soin des aînés landais.

Améliorer et renforcer le rôle des Ehpad

Le plan "Bien Vieillir" se donne pour objectif d'améliorer la prise en charge en Ehpad. Le département souhaite permettre la création de 200 emplois dans les Landes sur les cinq prochaines années, soit trois nouveaux postes par établissement. Le financement de ces créations d'emplois reposera en partie sur le Département, qui participera à hauteur de 2,5 millions d'euros, mais aussi sur l'ARS, ainsi que sur les résidents eux-mêmes : le tarif d'hébergement à la journée augmentera légèrement, avec un plafond de 60 euros, pour environ 55 euros auparavant.

Au-delà d'un simple accroissement des effectifs, le but est aussi de renforcer le rôle des Ehpad dans les territoires. Et pour les responsables d'établissements, comme Mathieu Henry, président de l'Association des Directeurs d'Ehpad du département des Landes, c'est une initiative qui va dans le bon sens : *"Présenter les Ehpad comme des pôles ressource sur le territoire, c'est à mon avis la bonne direction à prendre. Dans un département rural comme le département des Landes, c'est important que l'Ehpad soit la « tête de proue », qu'il puisse piloter sur chaque territoire la prise en charge de la personne âgée du domicile jusqu'à l'entrée éventuellement dans l'institution, en s'associant avec du service à domicile. Ça permet de mettre en place un parcours, un genre de guichet unique pour permettre à la personne âgée d'être prise en charge tout au long de son vieillissement et de sa dépendance"*.

Soutenir l'aide à domicile

C'est aussi les aides à domicile que le plan "Bien Vieillir" entend soutenir. Le département propose d'offrir depuis cette année une prime de mobilité de 100 euros par an aux aides à domicile, pour couvrir leurs déplacements. Ce qui représente un coût annuel d'environ 1,5 millions d'euros pour le département. Les premiers versements de cette prime auront lieu en fin d'année 2019.

Le plan entend ainsi renforcer les services à domicile, pour permettre aux personnes âgées qui le peuvent et qui le souhaitent, de rester chez soi plus longtemps malgré une certaine dépendance, et

de ne pas entrer automatiquement ou trop tôt en institution. L'objectif est donc de proposer aux aînés de meilleurs services médicaux mais aussi sociaux à proximité de leur lieu de vie.

Revaloriser les métiers du grand-âge

Mais ces différentes mesures font face à une difficulté majeure dans le secteur du grand âge : le recrutement. Pour mieux prendre en charge nos aînés, encore faut-il qu'il y ait des personnes pour s'en occuper. Or, le secteur souffre aujourd'hui d'une désertion du personnel, et d'un manque de nouvelles candidatures. C'est aussi sur ce point que le département entend agir, en valorisant les métiers du grand âge.

Cette valorisation passe tout d'abord par Pôle Emploi, avec qui le département souhaite construire un partenariat pour orienter les et soutenir les parcours de formation vers ces métiers, et à terme créer des vocations. Le plan "Bien Vieillir" prévoit également la possibilité de mettre en place des passerelles pour permettre aux aides à domicile de devenir aide-soignants en possible renfort dans les Ehpad.

Ces pistes de travail sont pour beaucoup encore en discussion, et devraient être actées dans le courant de l'année.

Maintien à domicile, refonte des Ehpad... comment les Français veulent améliorer la place des personnes âgées dans la société

En décembre dernier, une consultation citoyenne a été lancée par le ministère chargé de l'Autonomie sur les moyens qui pourraient permettre d'améliorer la place des personnes âgées dans la société. Sans surprise, les résultats dévoilés ce mardi 11 mai montrent que la transformation des Ehpad et la revalorisation du personnel sont plébiscitées.

La question n'est pas nouvelle mais elle a pris une résonance particulière avec la pandémie de Covid-19. C'est dans un contexte où les personnes âgées ont particulièrement été touchées par ce virus que le ministère de l'Autonomie a décidé de lancer une consultation citoyenne, en partenariat avec la plateforme Make.org. La question est large : comment améliorer la place des personnes âgées dans la société ? Du 18 décembre au 9 février, près de 54.000 personnes ont participé à cette consultation. Il en est ressorti près de 1.800 propositions.

Les principales s'articulent autour des lieux de vie et du lien social. "Pour les lieux de vie, nous devons aller au-delà de la réflexion binaire entre Ehpad (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ndlr) et domicile et inviter à penser à des Ehpad plus ouverts sur la cité", a encouragé Brigitte Bourguignon, ministre déléguée à l'Autonomie en introduction de la présentation de la concertation ce mardi 11 mai. Mais c'est surtout sur le maintien à domicile qu'il est demandé de mettre l'accent. Ce qui passe par l'adaptation du logement mais aussi par une meilleure formation des aides à domicile et par une augmentation de leurs effectifs. Cette revalorisation des professionnels est aussi demandée pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. "Nous avons déjà entamé des actions avec le plan métier et le Ségur de la santé", a rappelé la ministre.

Cette volonté de rester chez soi peut aussi être réalisable grâce à d'autres formes d'habitat comme la cohabitation intergénérationnelle. Mais quand ce n'est pas possible, l'accueil en Ehpad peut aussi être repensé. "Il y a une volonté de remplacer les gros Ehpad par de plus petites structures intégrées dans la commune", détaille Axel Dauchez, président de Make.org. Et d'améliorer leur fonctionnement en augmentant les effectifs et en baissant leur coût pour les résidents", ajoute-t-il. De telles actions sont déjà menées. Invitée à témoigner de son expérience, Romy Lasserre, directrice d'un Ehpad dans le 13e arrondissement de Paris, a cité l'exemple de plusieurs initiatives pour mieux intégrer les établissements dans la vie de la commune comme y installer une crèche, un relais poste ou encore une Amap (association pour le maintien d'une agriculture paysanne) pour venir y chercher des paniers de fruits et légumes.

La concertation fait aussi ressortir le besoin de liens entre générations. "Il s'agit de changer le regard en revalorisant l'utilité sociale de la personne âgée à travers la transmission des savoirs et des expériences auprès des plus jeunes", détaille Axel Dauchez. Cela passe notamment par le service civique solidarité senior qui doit permettre dans les trois prochaines années à 10.000 jeunes d'accompagner près de 300.000 personnes âgées isolées.

C'est un autre point abordé par la concertation, la volonté de rompre l'isolement des personnes âgées. Dans ce but, "les aidants sont des maillons essentiels", estime Brigitte Bourguignon. Les participants à la concertation demandent d'ailleurs plus de reconnaissance de leur rôle par la société. Ils estiment nécessaire de continuer à leur donner du temps de répit et à leur permettre d'aménager plus facilement leur temps de travail. "Il faut aussi que les dispositifs soient mieux connus, ce qui n'est pas encore le cas par exemple pour le congé de proche aidant rémunéré", regrette Morgane Hiron, déléguée générale du collectif pour les aidants "je t'aide". L'ensemble de ces propositions devrait permettre d'alimenter la loi grand âge et autonomie annoncée depuis plusieurs années. Si, pour le moment, aucune date pour sa présentation n'a été officiellement communiquée, la ministre a assuré qu'elle "continue de la poursuivre (sa préparation, ndlr)".

La loi sur le grand âge et l'autonomie ne peut attendre plus longtemps

Tribune

Les médecins Régis Aubry (1) et Claude Jeandel (2), spécialistes en gériatrie, regrettent l'inadaptation du système de santé aux personnes âgées et appellent à l'adoption d'une loi assurant une meilleure protection pour le quatrième âge.

La crise sanitaire a fortement impacté les personnes âgées. Elle ne doit pas se doubler d'un report de la loi grand âge et autonomie.

Les enjeux sous-tendant ce projet de loi posent en effet la question du rapport de notre société avec les personnes âgées. Près de 5 millions de français seront âgés de plus de 85 ans en 2050, trois fois plus qu'à ce jour. Plus de 2 millions d'entre eux seront en perte d'autonomie, deux fois plus qu'à ce jour.

Un report serait par conséquent source d'interrogations et d'incompréhensions tandis que la crise sanitaire que nous traversons a servi de révélateur de la vulnérabilité des personnes âgées, et plus particulièrement de celles d'entre elles les plus exposées en raison de leur polyopathie. Environ la moitié des 100 000 décès directement liés à cette pandémie concerne des personnes âgées, et en particulier des personnes âgées vulnérables, le plus souvent en institutions.

L'émergence de la gériatrie

Un des traits saillants de la médecine contemporaine est l'émergence de la gériatrie. Le développement de cette discipline médicale est une nécessité compte tenu de l'évidence démographique et de la complexité des situations auxquelles sont confrontées les personnes âgées et qui viennent interroger l'organisation même de notre système de santé.

La pandémie en cours est venue confirmer les fragilités que constituent les cloisonnements encore trop présents des réponses dédiées aux personnes âgées, entre domicile, établissements médico-sociaux et établissements sanitaires. Notre système de santé s'avère en effet inadapté et inopérant aux spécificités des personnes âgées les plus vulnérables, celles qui présentent plusieurs maladies synchrones, à l'origine d'une altération de leur autonomie psychique et/ou physique.

Les enjeux et les contraintes de la performance dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux vont malheureusement souvent à l'encontre du besoin d'approche globale de la santé et du besoin d'humanité à l'égard de ces personnes. Tandis que ces dernières, présentent une altération de leur indépendance fonctionnelle et/ou de leur autonomie psychique, leur prise en charge s'avère trop souvent morcelée, par pathologie ou par organe, aux dépens de l'approche globale, systémique, qui constitue un des fondements de la gériatrie.

Une dénégation du vieillissement

Cette inadaptation du système de santé se double d'une forme de dénégation du vieillissement dans notre société alors que celui-ci est une réalité et le restera pour plusieurs décennies encore. Il s'avère ainsi difficile pour une personne âgée, a fortiori si elle présente une altération de son indépendance fonctionnelle et/ou de son autonomie psychique, de trouver sa juste place dans une société qui valorise plus la jeunesse, beaucoup la performance, et donc, dévalorise en miroir ce que vivent et ce que sont ces personnes âgées vulnérables.

Ainsi, on porte certainement une moindre attention à ce qu'ont pourtant à dire ces personnes âgées au seul motif parfois qu'elles pourraient être plus lentes ou en difficulté pour exprimer leurs attentes et point de vue. On ne prend pas suffisamment en compte l'avis de ces personnes concernant leur souhait de prise en soins, de lieu de vie, ou encore de lieu de fin de vie.

Les conditions de vie d'une grande partie des personnes âgées ont été révélées par la pandémie de Sars-Cov 2. Près de 90 % des 100 000 personnes décédées du Covid avaient plus de 65 ans. Dans les Ehpad, la pandémie a fait plus de ravages que la canicule de 2003 qui avait pourtant marqué les esprits avec ses 19 000 décès.

Sentiment d'indignité

Parce que les Ehpad sont des établissements qui concentrent des personnes immunodéprimées du fait de leur âge, ces structures sont devenues une véritable poudrière lorsqu'un virus, faisant office de détonateur, s'y est introduit. Si l'on ajoute à ces constats le fait qu'une majorité des personnes hébergées en Ehpad n'ont pas procédé à ce choix en toute lucidité, il y a urgence à repenser les conditions de la fin de la vie pour que celle-ci soit marquée par du sens.

Faut-il rappeler que les plus âgés se suicident dans notre pays, plus que dans les autres pays d'Europe ? Une des raisons de ces suicides peut résulter du sentiment d'indignité qu'ils éprouvent dans une société qui les marginalise, ou les exclut. À cet égard, il est beaucoup plus urgent de mettre en œuvre une véritable politique d'accompagnement de la fin de la vie que d'envisager une évolution du droit des personnes en fin de vie vers une dépénalisation de l'euthanasie ou de l'assistance au suicide.

À défaut, ces personnes éprouvant un sentiment d'indignité pourraient recourir au droit pour éviter ce châtimeur que notre société leur infligerait, en ne les respectant pas.

L'angle mort des troubles cognitifs sévères

Il est essentiel de repenser l'accompagnement de ces personnes vulnérables et en particulier de celles atteintes de troubles cognitifs sévères. Cette réalité est un véritable angle mort de nos politiques publiques et de notre système de santé. Cet accompagnement ne devrait pas se réduire à des contraintes ou à des interdictions mais garantir des conditions de vie dignes. Il est donc urgent de concrétiser les propositions issues des récents rapports et notamment du rapport Libault.

La loi grand âge et autonomie, tant attendue, est fondamentale pour notre société parce qu'elle vise au soutien et au développement des politiques de maintien des personnes âgées dans leur domicile,

à la refondation du modèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), à la revalorisation des métiers du grand âge et à la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée au financement de la dépendance. Cette Loi ne peut attendre qu'un prochain gouvernement ne s'en empare.

Nous tenons à rappeler que protéger les personnes les plus vulnérables est l'honneur et sans doute la plus noble des missions d'une société démocratique.

(1) Chef du pôle Autonomie–Handicap au CHRU de Besançon et président de la plateforme nationale de recherche sur la fin de vie. (2) Responsable du pôle de gériatrie du CHU de Montpellier et président du Conseil National Professionnel de Gériatrie.

Remise du rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie

175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France

Une vaste concertation nationale pour des propositions élaborées avec les personnes et les acteurs concernés

Par lettre de mission en date du 17 septembre 2018, le Premier ministre a demandé à Dominique Libault de conduire une concertation et de faire des propositions de réforme, notamment dans la perspective d'un projet de loi. Le 1er octobre 2018, Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé lançait une vaste concertation nationale « Grand âge et autonomie » qui s'est achevée en février 2019. Elle a mobilisé 10 ateliers nationaux, 5 forums régionaux, une consultation citoyenne ayant recueilli plus de 1,7 million de votes pour 414 000 participants, 100 rencontres bilatérales et des groupes d'expression de personnes âgées, professionnels et aidants. « La concertation Grand âge et autonomie qui vient d'avoir lieu s'est traduite par des contributions très riches et convergentes de la part de tous les acteurs. Ce rapport en est la traduction la plus fidèle possible », explique Dominique Libault, pilote de la concertation Grand âge.

10 propositions clés pour « passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie »

1. La création d'un guichet unique pour les personnes âgées et les aidants dans chaque département, avec la mise en place des Maisons des aînés et des aidants
2. Un plan national pour les métiers du grand âge permettant notamment d'agir à la fois sur une hausse des effectifs (cf. point 4), une transformation des modes de management, la prévention des risques professionnels, la montée en compétences à travers une politique de formation ambitieuse, le développement de perspectives de carrière en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et d'une meilleure structuration de la filière
3. Un soutien financier de 550 millions d'euros pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, afin d'améliorer le service rendu à la personne âgée et de revaloriser les salaires des professionnels
4. Une hausse de 25 % du taux d'encadrement en Ehpad d'ici 2024 par rapport à 2015, soit 80 000 postes supplémentaires auprès de la personne âgée, pour une dépense supplémentaire de 1,2 milliard d'euros
5. Un plan de rénovation de 3 milliards d'euros sur 10 ans pour les Ehpad et les résidences autonomie

6. Améliorer la qualité de l'accompagnement et amorcer une restructuration de l'offre, en y consacrant 300 millions d'euros par an, vers une plus forte intégration entre domicile et établissement, pour des Ehpad plus ouverts sur leur territoire
7. Une baisse du reste à charge mensuel de 300 € en établissement pour les personnes modestes gagnant entre 1000 et 1600 € par mois
8. Une mobilisation nationale pour la prévention de la perte d'autonomie, avec la sensibilisation de l'ensemble des professionnels et la mise en place de rendez-vous de prévention pour les publics fragiles
9. L'indemnisation du congé de proche aidant et la négociation obligatoire dans les branches professionnelles pour mieux concilier sa vie professionnelle avec le rôle de proche aidant
10. La mobilisation renforcée du service civique et, demain, du service national universel, pour rompre l'isolement des personnes âgées et favoriser les liens intergénérationnels

Les 175 propositions du rapport de Dominique Libault font sens dans leur globalité. De nature diverse, elles se renforcent mutuellement. L'ambition de ce rapport est de créer un cercle vertueux entre l'attractivité des métiers, l'amélioration de la qualité du service en Ehpad comme à domicile, la transformation de l'offre, un cadre de vie plus adapté, la diminution du reste à charge pour les familles, la prévention de la perte d'autonomie. L'objectif : permettre le libre choix et une meilleure qualité de vie pour les personnes âgées, dont la citoyenneté doit être pleinement reconnue.

8 priorités se détachent pour transformer l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie

Les 175 propositions formulées répondent aux 8 priorités identifiées par les acteurs de la concertation Grand âge et autonomie :

Priorité 1 : investir dans l'attractivité des métiers du grand âge, à domicile comme en établissement

Priorité 2 : pouvoir choisir librement de rester à son domicile. Pour que cette liberté soit effective, un certain nombre d'obstacles au maintien à domicile doivent être levés.

Priorité 3 : piloter pour et par la qualité. La liberté de choix n'a de sens que si des prestations sont offertes à sa décision. L'amélioration de la qualité du service rendu à la personne âgée en tout point du territoire pour tout type de prise en charge est l'axe névralgique des réformes à venir.

Priorité 4 : mettre fin aux réponses en silos dans le parcours de la personne âgée pour simplifier la vie des aidants et des aidés La spécificité de la personne âgée réside dans la grande diversité de ses besoins, qui font appel à des interventions multiples qui doivent être coordonnées : soin, actes d'hygiène, accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, lien social, besoin de prises en charge expertes à domicile, en établissement ou à l'hôpital...

Priorité 5 : une nouvelle offre pour concrétiser le libre choix de la personne. L'ensemble de l'offre doit évoluer vers une approche plus attentive aux besoins des personnes et sortir d'une approche binaire avec le cloisonnement entre Ehpad et domicile pour proposer une gamme de solutions intermédiaires, mieux articulées entre elles.

Priorité 6 : reste à charge en établissement : faire baisser la contribution des personnes modestes. Aujourd'hui, les restes à charge sont élevés en établissement. La participation financière des résidents, une fois versées les différentes allocations et les contributions des obligés alimentaires, est estimée à un peu moins de 1 850 euros par mois pour la moitié d'entre eux. Une action ciblée est proposée en direction des familles modestes.

Priorité 7 : lutter contre l'isolement de la personne âgée et des aidants. On ne peut concevoir une action forte en faveur des personnes âgées sans s'engager fermement auprès des proches aidants, dont le rôle est essentiel. L'intervention de la collectivité est nécessaire pour reconnaître et mieux soutenir les aidants. Parallèlement et pour favoriser la présence non-professionnelle auprès de la personne, le bénévolat et la présence de jeunes auprès des personnes âgées doivent être développés.

Priorité 8 : augmenter l'espérance de vie en bonne santé en renforçant la prévention. Aujourd'hui, en France et dans d'autres pays, les stratégies précoces de prévention ont des effets tout à fait positifs, qu'il s'agisse du maintien de l'autonomie physiologique ou cognitive. Il s'agit là d'un motif d'espoir, porteur d'une ambition nouvelle. Il est indispensable que notre pays investisse fortement ce champ et franchisse un cap nouveau pour une stratégie globale de prévention de la perte d'autonomie.



ÉLÉMENTS DE CORRECTION

Bases de notation

Il est demandé au candidat de rédiger une note de travail fondée sur la synthèse des documents joints et dont le sujet est la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La notation du candidat s'effectuera en fonction de ses capacités à cerner le sujet et sa pertinence à analyser la situation à l'aide des documents joints.

Le hors sujet et les jugements personnels seront sanctionnés.

Il sera tenu compte d'une note bien rédigée dans un vocabulaire approprié et selon un plan structuré révélant le niveau requis par le concours.

Un des documents peut servir de base à la rédaction de cette note et permettra d'éviter les redondances.

Une présentation claire et soignée, lisible, maîtrisant l'expression écrite et l'orthographe valorisera le travail du candidat.



A) PROPOSITION DE PLAN

1) Analyse de la situation

a) Présentation de la loi

- L'indemnisation de la dépendance
- La priorité au maintien à domicile
- La reconnaissance du statut de Proche aidant
- L'entretien des EHPAD
- Une transparence quant aux tarifs des EHPAD
- La prise en compte du consentement de la personne
- Le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019
- La revalorisation des métiers du grand âge
- Le financement de la dépendance grâce à la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale

b) Rôle des structures institutionnelles

- Le rôle de L'agence régionale de santé (ARS) :
- Le rôle des départements
- Le rôle de la CNSA

c) Les faiblesses du dispositif actuel

- manque de nouvelles candidatures
- Des personnes âgées en retrait
- Un parcours de soins pas assez coordonné
- Un statut de proche aidant insuffisamment reconnu
- Une insuffisance des moyens au sein des EHPAD, de mauvaises conditions d'hébergement ainsi que la dégradation des conditions de travail des personnels

2) Propositions et solutions opérationnelles

- a) Améliorer les lieux de vie
- b) Revaloriser l'utilité sociale des personnes âgées et leur insertion au sein de la société
- c) Adaptation de la cité aux personnes en perte d'autonomie
- d) Une meilleure prise en compte de l'avis des personnes âgées
- e) Revaloriser les métiers du grand âge
- f) Les proches aidants
- g) Renforcer et favoriser le maintien à domicile



B) PROPOSITION DE DÉVELOPPEMENT

1) Analyse de la situation

a) Présentation de la loi

La loi 1^{er} janvier 2016 loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement renforce certains dispositifs.

- **L'indemnisation de la dépendance**

L'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile a été créée en 2002 pour remplacer la prestation spécifique dépendance datant de 1997.

1,3 millions de personnes étaient bénéficiaires de l'APA en 2019 selon une enquête menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 6 milliards d'euros de coût. Toujours selon cette enquête, 60% des bénéficiaires APA vivent à domicile, 40% en établissement d'hébergement spécialisé.

Cette allocation qui a pour but de financer le maintien à domicile ou l'accueil dans un établissement des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie.

Il existe deux types d'APA :

- **APA à domicile** qui aide à couvrir les dépenses nécessaires au maintien à domicile malgré une perte d'autonomie (garde, repas, toilette, transport...)
- **APA en établissement** qui prend en charge une partie des frais d'accueil dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins longue durée (USLD)

Le montant perçu est calculé en fonction du degré d'autonomie évalué selon la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) et les revenus (pas de reste à charge en cas de revenus inférieurs à 800 €).

- **La priorité au maintien à domicile**

La loi 1^{er} janvier 2016 prévoit l'élargissement des plafonds de L'APA ainsi que la reconnaissance et la valorisation du statut de proche aidant

La loi de financement de la sécurité sociale 2020 prévoit une enveloppe de 50 millions pour le secteur de l'aide à domicile pour 2020/2021



- **La reconnaissance du statut de Proche aidant** (conjoint, partenaire, parent, allié ou personne résidant avec la personne)

La loi 1^{er} janvier 2016 reconnaît le **droit au répit qui est intégré dans l'APA** pour les proches aidants :

- Jusqu'à 500 euros au-delà des plafonds de l'APA pour financer l'accueil dans un centre de jour ou d'hébergement temporaire,
- Jusqu'à 992 euros au-delà des plafonds de l'APA en cas d'hospitalisation d'un proche aidant.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le **congé proche aidant** (ancien congé de soutien familial) est possible. Ce congé non rémunéré permet au proche aidant, salarié du privé, en accord avec l'employeur, de suspendre ou réduire son activité professionnelle pour accompagner un proche en perte d'autonomie importante.

- Durée de 3 mois maximum reconductible dans la limite d'un an.
- Pour les proches aidants soutenant une personne de leur famille ou avec laquelle ils partagent des liens étroits et stables
- Il est nécessaire d'avoir au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise.

La loi de financement de la sécurité sociale 2020, prévoit l'indemnisation du congé de proche aidant à partir d'octobre 2020. Les proches aidant pourront désormais être indemnisés durant trois mois.

- **L'entretien des EHPAD**

La loi 1^{er} janvier 2016 alloue des fonds pour aider aux travaux de réhabilitation et de rénovation des EHPAD.

La loi de financement de la sécurité sociale 2020 prévoit une enveloppe de 450 millions pour les EHPAD pour 2020/2021

- **Une transparence quant aux tarifs des EHPAD**

La loi 1^{er} janvier 2016 impose un tableau comparatif des prix des EHPAD ainsi que des aides possibles afin que la démarche soit plus aisée pour les familles.

- **La prise en compte du consentement** de la personne avant son entrée en maison de retraite et l'information des droits qu'elle possède. La question du consentement concernant leur choix de vie est fondamentale. Il faut respecter au maximum les choix de la personne tout en tenant compte des capacités de la personne en les évaluant régulièrement.

La loi permet la désignation d'une personne de confiance pour les résidents d'établissements médico-sociaux.

Le code civil prévoit de considérer certains points dans le cas de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice :

- Un besoin de protection qui n'est pas nécessairement total ou définitif,
- Il doit être permis à la personne protégée de donner son avis quand cela est nécessaire et possible,
- La personne doit être informée des actes effectués en son nom,
- La sécurité physique de la personne contre toute agression ou maltraitance doit être assurée.

- **Le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019**



Il concerne les maladies d'Alzheimer et de Parkinson ainsi que la sclérose en plaques (1 million de personnes en France).

Il a pour but de favoriser la recherche afin de progresser dans les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de ces pathologies. Les ARS sont chargés d'appliquer ce plan au niveau territorial.

- **La revalorisation des métiers du grand âge**

À l'occasion du Ségur de la santé 2020, une revalorisation salariale a été actée notamment pour les métiers du grand âge

- **Le financement de la dépendance grâce à la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale**

Le nombre de séniors en perte d'autonomie va fortement augmenter ces prochaines années d'après le rapport Libault sur la dépendance remis en mars 2019 (1,3 millions en 2017 à 2,2 millions en 2050). Cela va entraîner un besoin de financement supplémentaire d'environ 9,2 millions par an en 2030. Le gouvernement a fait un geste en ce sens avec deux projets de loi datant du 27 mai 2020 :

- création de la cinquième branche
- inscription de celle-ci au projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021.

b) Rôle des structures institutionnelles

- **Le rôle de L'agence régionale de santé (ARS) :**

Les Agences régionales de santé (ARS) sont chargées de :

- Appliquer les politiques nationales en les adaptant au territoire.
- planifier les évolutions en besoins médico-sociaux dans le schéma régional de santé pour 5 ans.
- Définir des **territoires de démocratie sanitaire** (anciens territoires de santé). Chaque territoire est en relation avec le **conseil territorial**, instance facultative, proposant de mettre en cohérence les politiques nationales, les projets territoriaux sanitaires et le projet régional de santé. Le but étant de prendre précisément en compte les besoins des personnes âgées
- Mettre en place et coordonner une médecine de parcours incluant prévention et accompagnement. Le but étant de prévenir, accompagner et soigner les patients et résidents de manière globale et au plus près de chez eux
- Prendre en charge la procédure de demande d'APA suivant les étapes suivantes :
 - Visite à domicile d'une équipe médico-sociale
 - Évaluation du niveau de perte d'autonomie suivant les situations (besoins de la personne ainsi que des proches aidants)
 - Classement dans le GIR (Groupe iso ressources)
 - Niveaux 1 et 2 : personnes les plus dépendantes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu totalement leur autonomie et nécessitant une prise en charge permanente
 - Niveaux 3 et 4 : personnes moyennement dépendantes
 - Niveaux 5 et 6 : personnes peu ou pas dépendantes
 - Déterminer ensuite les besoins
 - proposition d'un plan d'aide (classement GIR / aides proposées/reste à charge (pas de reste à charge si – 800 €)). Cette proposition prend en



compte des aides techniques mais aussi les aménagements nécessaires des logements.

- **Le rôle des départements**

Les départements sont chargés d'appliquer les prérogatives de la loi.

Ils organisent une **conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie** dans chaque département dans le but de sceller un programme coordonné de financement des actions de prévention.

Cette conférence est présidée par le président du conseil départemental, le directeur général de l'ARS en étant le vice-président. Toutes les institutions concernées sont présentes (caisses de retraite, organismes régis par le code de la mutualité, Agence nationale de l'habitat (ANAH)).

- **Le rôle de CNSA (commission nationale de solidarité pour l'autonomie)**

Les pouvoirs publics financent à 80% les dépenses consacrées à la prise en charge de la dépendance (santé, hébergement, aide à la perte d'autonomie).

La loi du 11 février 2005 précise et renforce les missions de cette commission qui contribue au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

La CNSA est chargée de :

- Collecter les recettes (journée de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées créée en 2004, produit de la CAS (contribution individuelle de solidarité pour l'autonomie), créée en 2013 et prélevée sur une partie des pensions de retraite, d'invalidité et des préretraites,
- Assurer une répartition équitable de ses recettes sur tout le territoire,
- Analyser d'autonomie la situation relative à la perte d'autonomie, relever les éventuelles déficiences et proposer des améliorations.

c) **Les faiblesses du dispositif actuel**

- Désertion du personnel ces dernières années, **manque de nouvelles candidatures** pour les métiers du grand âge
- **Des personnes âgées en retrait** de la vie de la cité
- Un **parcours de soins pas assez coordonné**
- Un **statut de proche aidant insuffisamment reconnu** (56% des aidants interrogés (échantillons représentatifs) n'ont pu conserver leur emploi (rapport du conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), juin 2018
- Des **mouvements sociaux** qui ont mis en évidence une **insuffisance des moyens au sein des EHPAD, de mauvaises conditions d'hébergement ainsi que la dégradation des conditions de travail des personnels**. Question du respect de la dignité de la personne et de la bienveillance.

h) **Propositions et solutions opérationnelles**

a- **Améliorer les lieux de vie**



- **Investir** dans les structures d'accueil et la rénovation des EHPAD et résidences autonomie afin de proposer de meilleures conditions d'accueil. Par exemple, remplacer les grands EHPAD par des petits.
- **Penser des établissements plus ouverts sur la cité.**
- **Favoriser le bénévolat et les prestations d'intervenants divers** afin de répondre à la nécessité d'une stimulation intellectuelle des personnes en perte d'autonomie. (Organisation d'activités, en adéquation avec le public, au sein des établissements à renforcer, favoriser l'accès aux nouvelles technologies.)

b- Revaloriser l'utilité sociale des personnes âgées et leur insertion au sein de la société

- **Penser d'autres formes d'habitat : cohabitation intergénérationnelle** (besoin de lien entre les générations).
- **Favoriser la transmission des savoirs et expériences** auprès des plus jeunes.
- Généraliser le **service civique solidarité séniors.**

c- Adaptation de la cité aux personnes en perte d'autonomie

- **Améliorer l'accessibilité** des lieux publics et des transports
- Mettre en place **des politiques culturelles** qui prennent en compte les attentes et besoins des personnes âgées dépendantes

d- Une meilleure prise en compte de l'avis des personnes âgées

- **le consentement** concernant le placement en établissement spécialisé
- **le consentement** concernant la prise de soins
- **les questions de l'accompagnement de la fin de vie** (suicide assisté ou dépénalisation euthanasie selon Régis Aubry et Claude Jeandel, spécialistes en gériatrie, Tribune dans La Croix)

e- Revaloriser les métiers du grand âge

- **La formation**

Pôle emploi pourrait orienter et soutenir cette filière en élargissant les propositions de formations
Création de passerelles entre aide à domicile et aide-soignant

- **L'emploi et la rémunération**

Favoriser une création massive des emplois dans ces métiers afin d'augmenter les effectifs et surtout assurer une meilleure rémunération afin de rendre ces emplois plus attractifs

f- Les proches aidants

- **Plus de reconnaissance de leur rôle**

(temps de répit + aménagement plus facile du temps de travail)

Exemples :

- développer bénévolat + liens intergénérationnels
- « baluchonnage » ou « relayage » intervention d'au moins deux jours et une nuit par semaine pour soulager le proche aidant. Expérimenté au Québec



- **Mieux faire connaître les dispositifs** (congé non rémunéré de proche aidant)
- g- **Renforcer et favoriser le maintien à domicile**
- Assurer une **meilleure formation** des aides à domicile et **augmenter leurs effectifs**,
 - Travailler sur **l'adaptation des logements**.

d) **BARÈME DE NOTATION**

Forme technique	1 point
Contenu	15 points
- Note administrative : 3 axes principaux	(9 points)
- Propositions et solutions opérationnelles : 3 pôles de propositions (2 par axe)	(6 points)
Orthographe-Syntaxe-Présentation	4 points
TOTAL	20 points



EN-TÊTE DE LA NOTE

Collectivité émettrice
(Département de...
Service...)

Le (date de l'épreuve)

NOTE

À l'attention de Monsieur le directeur de l'action sociale

Objet (thème de la note)

Références : uniquement celles des principaux textes juridiques ou officiels fondant la note