

SESSION 2017

**CAPLP
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

SECONDE ÉPREUVE

Durée : 5 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.



EFE STM 2

SESSION 2017

**CAPLP
CONCOURS EXTERNE
ET CAFEP**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

SECONDE ÉPREUVE

Durée : 5 heures

Dans l'annexe I (extrait du référentiel), dans les deux dernières colonnes à droite, la lettre D signifie domicile et la lettre S signifie structure.

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement est entrée en vigueur le 1er janvier 2016. Dans un contexte budgétaire contraint, ce sont 700 millions d'euros par an qui seront alloués à l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées. Ce texte crée de nouveaux droits sociaux en réformant, en revalorisant l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie), et en créant un droit au répit pour les aidants. En juin 2015, Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a par ailleurs lancé le nouveau portail national d'information et d'orientation des personnes âgées, étape importante dans la mise en place du service public d'information en santé.

www.gouvernement.fr

1. Présenter la situation de la prise en charge à domicile de la perte d'autonomie, et analyser les évolutions de l'activité des services à domicile consécutives à la loi du 1^{er} janvier 2016.
2. Proposer des démarches pédagogiques, dans une perspective d'enseignement en Baccalauréat professionnel « Accompagnement soins et services à la personne » option A « à domicile » permettant de développer chez les élèves, des compétences figurant dans les extraits de référentiel fournis en annexe 1.

Dossier documentaire

Annexe 1 : Extrait du référentiel du baccalauréat professionnel Accompagnement Soins et Services à la Personne, option « à domicile »

Annexe 2 : « Aides à domicile » article publié le 18.12.14 mise à jour 02.09.16
<http://social-sante.gouv.fr/>

Annexe 3 : Extrait du « guide technique de la conférence des financeurs de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement »
http://www.cnsa.fr/documentation/conference_des_financeurs_guide-technique_v1.pdf

Annexe 4 : Campagne de communication de La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf

Annexe 5 : « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement » quelques chiffres clés
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf

Annexe 6 : La pyramide des âges au 1^{er} janvier 2016
<http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide>.

Annexe 7 : La gazette Santé Social : dossier la loi ASV : notion de proche aidant et droit au répit 25 juillet 2016

Annexe 8 : Extrait : Les cahiers de l'ODAS : Décentralisation et solidarités, les indispensables réformes, propositions issues du bilan de 30 ans de décentralisation, mai 2015
Rapport issu des travaux de l'ODAS élaboré par Jean-Louis SANCHEZ, en collaboration étroite avec Claudine PADIEU et Didier LESUEUR

Annexe 9 : Le nouveau cadre juridique des SAAD,
www.unccas.org, 01 janvier 2016

Annexe 10 : Dépendance des personnes âgées : le Sénat prépare le débat
http://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-263_mono.html

INFORMATION AUX CANDIDATS

Vous trouverez ci-après les codes nécessaires vous permettant de compléter les rubriques figurant en en-tête de votre copie.

Ces codes doivent être reportés sur chacune des copies que vous remettrez.

► **Concours externe du CAPLP de l'enseignement public :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EFE	7300J	102	7396

► **Concours externe du CAFEP/CAPLP de l'enseignement privé :**

Concours	Section/option	Epreuve	Matière
EFF	7300J	102	7396

Annexe 1 Extrait du référentiel du Bac pro ASSP option « à domicile »

Compétence 1.1				
Accueillir, communiquer avec la personne, sa famille, son entourage				
Compétences	Moyens et ressources	Indicateurs d'évaluation	D	S
C 1. 1. 1 Organiser les conditions matérielles de l'accueil	Contexte professionnel : Livrets d'accueil (livret du résident, livret d'accueil du personnel...) Protocoles d'accueil Chartes professionnelles Règlement(s) intérieur(s) Cadre législatif	Prise en compte des ressources et contraintes liées à la personne, à l'environnement professionnel Organisation des conditions d'accueil respectant la confidentialité, la convivialité, le confort, et la sécurité de la personne et de son entourage	X	X
C 1. 1. 2 Créer une situation d'échange, favoriser le dialogue, l'expression de la personne, la coopération de la famille et de l'entourage	Outils de communication Outils d'évaluation de la demande Organigramme de la structure, du service Fiche(s) emploi ou fiche(s) métier des partenaires ou professionnels	Respect des règles déontologiques Adaptation de la tenue et de l'attitude Qualité de l'écoute Qualité de l'expression Qualité du questionnement Qualité de la reformulation si nécessaire	X	X
C 1. 1. 3 Analyser la demande	Réseau des partenaires Horaires du service Plan des lieux	Identification de la demande Pertinence du questionnement Détermination des priorités, de l'urgence	X	X
C 1. 1. 4 Adapter sa réponse aux différentes situations dont situations de conflit et d'urgence	Questionnaires de satisfaction	Prise en compte de l'attitude et des comportements de la personne Langage et comportement adaptés à la situation et au public Pertinence et rapidité de la réponse Satisfaction de la personne	X	X
C 1. 1. 5 Orienter les personnes vers les professionnels, les services, les partenaires compétents		Identification des services ou partenaires Prise en compte des missions des différents services ou partenaires Pertinence de l'orientation dans la limite de ses compétences	X	X

Compétence 1.2				
Communiquer avec l'équipe, les autres professionnels, les services, les partenaires				
Compétences	Moyens et ressources	Indicateurs d'évaluation	D	S
C 1. 2. 1 Recueillir, sélectionner et ordonner les informations	Contexte professionnel Outils informatiques et logiciels adaptés Outils de communication, de transmission, de recueil de données	Recueil d'informations récentes et diversifiées Vérification de la fiabilité des sources d'information Utilisation des TIC Pertinence de la sélection des données Accessibilité des informations ordonnées Cohérence de l'organisation des données	X	X

C 1. 2. 2 Choisir et utiliser l'outil de communication	Chartes graphiques	Pertinence de l'outil choisi Maîtrise de l'outil	X	X
C 1. 2.3 Rédiger, mettre en forme et diffuser un document professionnel	Cadre réglementaire Procédures, organigrammes Projets d'établissements, de services, ... Projets individualisés, projets de vie, projets personnalisés, ...	Objectivité et exhaustivité de la restitution des informations Lisibilité des documents Respect des règles en usage dans le secteur professionnel pour la mise en forme des documents. Pertinence du choix des destinataires et du mode de transmission	X	X
C 1. 2. 4 Assurer une veille des documents professionnels	Bilan d'activités	Mise à jour des documents professionnels	X	X
C1.2.5 Transmettre les informations pour assurer la continuité de l'accompagnement	Documents professionnels (internes, scientifiques, revues, réglementation, ...)	Complétude des dossiers Exactitude, exhaustivité et objectivité des données à transmettre Conformité avec les protocoles de transmission en vigueur	X	X
C 1.2.6 Préparer une réunion de travail		Adéquation de l'ordre du jour à la thématique Convocations établies sans oubli et dans les délais réglementaires Transmission des documents Pertinence du choix des supports de communication	X	X
C 1.2.7 Animer une réunion de travail	Réunions inter services et inter établissements (menus, linge, ...)	Clarté de la présentation des objectifs Répartition de la parole Reformulation des points essentiels et des échanges Clôture de la réunion	X	
C 1.2.8 Intervenir en tant que représentant du service lors de réunions		Respect du positionnement professionnel Respect du mandat donné par la structure	X	X

Compétence 2.1				
Organiser le travail en équipe professionnelle				
Compétences	Moyens et ressources	Indicateurs d'évaluation	D	S
C 2.1.1 S'inscrire dans une équipe pluri professionnelle	Contexte professionnel Outils informatiques et logiciels adaptés Calendrier, plannings de travail Législation du travail, conventions collectives Organigrammes	Identification du statut et des compétences des différents membres de l'équipe Identification des limites de compétences liées à sa fonction Partage des informations nécessaires au travail en équipe Repérage des facteurs facilitant le travail d'équipe	X	X

C 2.1.2 Planifier ses activités de travail	Outils d'évaluation Fiches métiers Fiches postes, tableau de bord... Plan de formation	Organisation respectant la priorité des activités (besoins des personnes, contraintes horaires, du service ...)	X	X
C 2.1.3 Etablir le planning de travail et des activités des membres d'une équipe	Plan d'aide ou plan d'intervention	Prise en compte des situations des personnes Prise en compte des compétences des membres de l'équipe Respect de la législation du travail Prise en compte des contraintes horaires, du service ...	X	
C 2.1.4 Participer à l'évaluation des personnels	Situation d'entretien professionnel	Appréciation des activités de l'agent au regard du travail prescrit Prise en compte des critères d'évaluation établis par la structure Renseignement de la fiche d'évaluation Identification des tuteurs potentiels	X	
C 2.1.5 Identifier les besoins de formation des personnels d'une équipe	Référentiel de compétences	Identification et hiérarchisation des besoins de formation	X	

Compétence 2.3				
Participer au contrôle et à la gestion de la qualité				
Compétences	Moyens et ressources	Indicateurs d'évaluation	D	S
C 2.3.1 Repérer les personnels et instances chargées de la gestion et du contrôle qualité	Contexte professionnel Outils informatiques et logiciels adaptés Outils de recueil de données, fiches d'enregistrement, fiches de contrôles, fiches incident... Questionnaires d'enquêtes dont enquêtes sur la prévention des infections nosocomiales. Document unique de prévention des risques professionnels ; Plan de prévention des risques, chartes ; Modes opératoires, guides de bonnes pratiques... Procédures, protocoles	Identification correcte des instances et des personnels	X	X
C 2.3.2 Participer à l'élaboration ou à l'amélioration d'outils ou documents qualité		Propositions d'éléments de procédures ou protocoles conformes aux normes en vigueur Vérification de l'efficacité de la proposition	X	X
C 2.3.3 Participer à la mise en œuvre d'une démarche qualité		Signalement des anomalies et dysfonctionnements repérés Fiches de contrôles tenues à jour et exploitables Analyse d'enquêtes Contrôle du travail effectué Proposition de mesures correctives conformes à la démarche qualité	X	X

C 2.3.4 Participer à la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques professionnels	appliqués à des techniques : Entretien Soin Repas Cadre législatif et réglementaire Comptes rendus du CHSCT	Identification du danger Analyse des risques professionnels Proposition de moyens de prévention adaptés Formulation de propositions d'amélioration	X	X
C 2.3.5 Participer à la mise en œuvre d'une démarche de prévention des infections nosocomiales et liées aux soins	Comptes rendus d'audits de certification Projet d'établissement, de service	Identification des risques Signalement des anomalies Respect des protocoles par les personnels et l'entourage Fiches de contrôle, fiches d'incidents tenues à jour Proposition de mesures correctives conformes à la démarche de prévention		X

Connaissances	Limites de connaissances exigées	D	S
1.7.6 Perte d'autonomie, dépendance	Définir les notions d'autonomie et de dépendance A partir d'exemples ou d'observations, repérer les signes évocateurs d'une perte d'autonomie A partir de différents outils, évaluer la dépendance d'une personne (exemple grille AGGIR, ...)	X	X
1.7.7 Facteurs générateurs de la perte d'autonomie	A partir de différentes situations, repérer et classer les facteurs générateurs d'une perte d'autonomie	X	X
1.7.8 Comportements face au vieillissement	Présenter et analyser les réactions de la personne âgée, de son entourage face au vieillissement Comparer le rôle et la place de la personne âgée dans différentes cultures	X	X
1.7.9 Politique sociale et médicosociale	Enoncer et justifier les grands principes de la politique sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées Préciser les objectifs et conditions d'attribution des différentes allocations ou aides dédiées aux personnes âgées Indiquer les services ou organismes et les professionnels permettant la mise en œuvre de la politique médicosociale en faveur des personnes âgées	X	X
1.7.13 Maintien à domicile	A partir de situations données, présenter l'intérêt et les limites du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie A partir de documents, décrire les principales aides ou services permettant le maintien à domicile	X	

2. 3 Services à domicile

2.3.1 Différents Interlocuteurs et instances du maintien à domicile	Enoncer les différentes missions des interlocuteurs et instances du maintien à domicile : centre communal d'action sociale (C.C.A.S), conseil général, services sociaux, caisse nationale d'assurance vieillesse (C.N.A.V.), associations, maison départementale des personnes handicapées (M.D.P.H.), centre local d'information et de coordination (C.L.I.C.)...	X	
---	--	----------	--

Annexe 2 : Aides à domicile,

<http://social-sante.gouv.fr/> publié le **18.12.14** mise à jour **02.09.16**

En France, tout un chacun a accès à des prestations à domicile qui ouvrent droit aux bénéficiaires d'avantages fiscaux. Il existe ainsi des prestations à domicile proposées au plus grand nombre : les Services à la personne

Des services d'aide et d'accompagnement à domicile sont proposés plus spécifiquement à des publics vulnérables : les personnes âgées, les personnes handicapées ou les familles fragilisées. Ce sont les SAAD, les SSIAD, les SPASAD et les SPASAD "intégrés" Ces services permettent d'apporter à ces publics des prestations favorisant le maintien à domicile.

Selon le niveau de protections nécessaire à l'accompagnement de ces publics, les prestations peuvent relever de régimes juridiques différents : régime de l'autorisation, régime de l'agrément ou dans le cadre commun du régime général.

Les Services à la personne

Les Services à la personne, définis dans le code du travail (Art. L. 7232-1), désignent des services ayant des activités de garde d'enfants, de tâches ménagères ou familiales ou encore d'assistance aux personnes âgées ou handicapées quand elles sont exercées en mode mandataire. Ils visent à répondre au besoin croissant des familles d'être épaulées dans leur vie quotidienne.

Les particuliers qui ont recours à ces services peuvent être directement employeurs en choisissant ou non d'être accompagnés dans leurs démarches administratives par un service mandataire ou faire appel à un organisme ou une entreprise qui intervient comme prestataire.

Les services à la personne ouvrent droit à un certain nombre d'avantages fiscaux et sociaux, et peuvent être rémunérés au moyen du chèque emploi service universel (CESU).

Le particulier qui a recours à un salarié à domicile dans le cadre des services à la personne peut utiliser, pour déclarer et rémunérer ce salarié, le dispositif du chèque emploi service universel (CESU) "déclaratif". Il existe également un dispositif de (CESU) "préfinancé" qui permet de régler les services d'un organisme prestataire ou mandataire de services à la personne, ou d'une structure d'accueil d'un enfant, ou de rémunérer une assistante maternelle agréée ou un salarié employé par un particulier pour une activité entrant dans le champ des services à la personne.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Ils accompagnent notamment les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées ainsi que les familles fragilisées.

Le régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) est modifié par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Désormais tous les services intervenant auprès des publics fragiles au sens du code de l'action sociale et des familles (CASF) - personnes âgées, personnes handicapées, familles en difficultés - relèvent du régime de l'autorisation délivrée par le président du conseil départemental.

Depuis le 30 décembre 2015, tous les services agréés relevant du droit d'option ont basculé automatiquement dans le régime de l'autorisation, sans habilitation à recevoir les bénéficiaires de l'aide sociale, pour une durée de 15 ans à compter de la date de leur dernier agrément.

Tous les services d'aide à domicile sont désormais soumis aux mêmes règles de fonctionnement prévues par le code de l'action sociale et des familles et par le cahier des charges national annexé au décret n° 2016-502 du 22 avril 2016.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), créés en 1981, sont des services médico-sociaux qui interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection afin de leur dispenser des soins (soins techniques infirmiers et soins de nursing).

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont vocation tant d'éviter l'hospitalisation, notamment lors d'une phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Ils contribuent à prévenir la perte d'autonomie, à limiter les incapacités et à lutter contre l'isolement ; ils contribuent ainsi à retarder l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux. Ils dispensent des prestations de soins au domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées et dans les établissements mentionnés aux II, III et IV de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Prestations de soins

Les SSIAD assurent sur prescription médicale des soins infirmiers sous la forme de soins techniques et de soins de base et relationnels. Ils effectuent également une coordination des soins.

Soins techniques

Les soins techniques correspondent aux actes infirmiers côtés en AMI (actes médicaux infirmiers). Ils ne peuvent être effectués que par des infirmiers salariés du service, des infirmiers libéraux ou des centres de santé infirmiers ayant passé convention avec le SSIAD.

Soins de base

Les soins de base et relationnels correspondent notamment aux actes côtés en AIS (actes infirmiers de soins).

Les soins de base sont définis, dans la terminologie des actes infirmiers comme les soins d'entretien et de continuité de la vie, c'est-à-dire l'ensemble des « interventions qui visent à compenser partiellement ou totalement les incapacités fonctionnelles, afin de maintenir ses fonctions vitales et de lui permettre de recouvrer l'autonomie ».

Ces soins tiennent compte des habitudes de vie, des coutumes et valeurs de la personne soignée. Ils sont le plus souvent désignés par le terme de « nursing ».

Les soins de base comprennent en particulier les soins d'hygiène, de confort, mais aussi « les interventions qui consistent à assurer à la personne soignée la propreté corporelle et à lui procurer un environnement sain et agréable » (circulaire du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD).

Les soins de base sont des soins qui répondent à une technicité bien précise qui est particulièrement importante pour la prévention de la survenue d'escarres.

Coordination des soins

Les SSIAD effectuent un travail de coordination, assuré par un infirmier coordonnateur pour coordonner :

- Les interventions relevant du SSIAD auprès de la personne prise en charge
- Les professionnels du service
- Les interventions du service avec les différents acteurs du secteur

Ils contribuent également à l'éducation et à la prévention en matière de santé :

- Les SSIAD peuvent être amenés à participer à l'éducation thérapeutique des patients définie par les articles L. 1161-1 à L. 1161-6 du code de la santé publique.
- Ils peuvent également mettre en œuvre des actions d'éducation à la santé et d'aide à l'autonomisation des soins en direction des usagers et de leurs proches.
- Des actions de formation ou d'éducation et d'apprentissage à la réalisation des gestes peuvent enfin être mises en œuvre auprès des professionnels d'autres services à domicile.

Les Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Afin de répondre de manière plus complète aux besoins des personnes fragiles, une nouvelle forme d'organisation des services à domicile a été mise en place en 2005 sous la forme de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Les SPASAD apportent à la fois un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et des soins aux personnes prises en charge.

Ils regroupent des services qui assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Un SPASAD peut être nouvellement créé ou constitué à partir d'un SSIAD et d'un SAAD pré existants. La création fait l'objet d'un arrêté d'autorisation conjoint du directeur général de l'ARS (Agence régionale de santé) et du président du conseil départemental.

Par le rapprochement de ces 2 types de structures, les SPASAD favorisent la coordination des interventions tant autour de la personne accompagnée, qu'auprès des différents acteurs du secteur.

Enfin, l'évaluation des besoins de la personne donne lieu à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, construit et mis en œuvre dans une démarche conjointe par les personnels de l'aide et du soin à domicile, pour une prise en charge globale plus cohérente.

Les SPASAD « intégrés »

La loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement, propose en son article 49 d'expérimenter, sur une période de 2 ans, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD. L'objectif est de promouvoir le développement de ce modèle d'organisation de l'aide et du soin à domicile, et en particulier d'en améliorer la coordination et favoriser la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

Les expérimentations porteront sur une organisation et un fonctionnement intégrés des SPASAD pour assurer une plus grande mutualisation des organisations et des outils mais au-delà, une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance.

Ainsi, cette nouvelle forme de SPASAD permettra aux personnes accompagnées de bénéficier :

- D'un accès simplifié aux informations, par la mise en place d'un guichet unique et d'un interlocuteur unique,
- D'une prise en charge globale de ses besoins donnant lieu à l'élaboration d'un projet individualisé d'aide,
- D'accompagnement et de soins, et coordonnée au sein du service et auprès des partenaires extérieurs par un infirmier coordonnateur,
- Et d'actions de préventions (dont le financement pourra être pris en charge dans le cadre de la conférence des financeurs).

Annexe 3 Extrait du « guide technique de la conférence des financeurs »

http://www.cnsa.fr/documentation/conference_des_financeurs_guide-technique_v1.pdf

La conférence des financeurs est l'un des dispositifs importants institués par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 : « Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Les financements alloués interviennent en complément des prestations légales ou réglementaires. Le diagnostic est établi à partir des besoins recensés, notamment, par le schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles et par le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique. »

La conférence des financeurs s'inscrit dans le cadre général de la politique de prévention de la perte d'autonomie structurée dans un plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie autour des enjeux de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce plan fixe les priorités des pouvoirs publics autour des composantes essentielles de la prévention.

Sa finalité est de développer une « prévention globale » entendue comme la gestion active et responsabilisée de son « capital autonomie » par chaque personne ou groupe de personnes.

Son principe d'action est de laisser l'initiative de la mise en œuvre aux acteurs de terrain qui réalisent les actions, tout en leur donnant un cadre et des objectifs.

Il définit six axes stratégiques :

- Améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie ;
- Prévenir les pertes d'autonomie évitables ;
- Éviter l'aggravation de situations déjà caractérisées par une incapacité ;
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Former les professionnels ;
- Développer la recherche et les stratégies d'évaluation.

La réussite de la conférence des financeurs dans chaque territoire départemental résulte de l'engagement de l'ensemble des acteurs concernés dans une stratégie commune de prévention de la perte d'autonomie et repose sur une gouvernance partagée de l'ensemble des parties prenantes. L'État ne peut qu'inciter les acteurs investis dans des actions de prévention de la perte d'autonomie à s'impliquer davantage dans ce domaine. « Toutefois, l'objectif de faire monter en puissance les politiques de prévention suppose de définir des stratégies régionales et locales mieux coordonnées, à la fois dans leur cible, leur contenu et leur déploiement territorial. ».

Le rôle de la conférence est d'assurer « un effet de levier sur les financements que les membres de la conférence des financeurs consacrent à la prévention de la perte d'autonomie ». Il s'agit de s'appuyer sur les actions et circuits financiers existants et propres à chaque acteur sans créer une logique de fonds dédiés. Le périmètre d'intervention de la conférence dépasse les seules actions financées par les concours spécifiques versés par la CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) (...).

Les six axes de la conférence des financeurs

Sur la base du diagnostic des besoins et du recensement des initiatives locales, les membres de la conférence peuvent identifier les axes prioritaires qui s'en dégagent et les inscrire au sein du programme coordonné de financement des actions de prévention.

Ce dernier doit permettre l'émergence d'une stratégie coordonnée de prévention. Le programme, au-delà des six items prévus par la loi, doit mettre en évidence les liens de la stratégie de prévention avec d'autres politiques publiques telle que l'habitat.

Les financements spécifiques à la conférence des financeurs, prévus par deux concours versés par la CNSA aux conseils départementaux, ne concernent qu'une partie du périmètre d'intervention de la conférence des financeurs. D'autres financements sont mobilisables. Il faut noter que les financements relatifs aux axes 1 et 6 doivent bénéficier pour au moins 40 % de leur montant à des personnes non éligibles à l'APA.

Les six axes de la conférence des financeurs



Réaliser le diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus

Le diagnostic des besoins est une étape incontournable pour être en capacité d'identifier des personnes et des territoires infradépartementaux cibles dans l'objectif, après comparaison avec le recensement des initiatives, de prioriser certaines actions de prévention.

De multiples données existent sur le territoire, il s'agit de sélectionner celles qui concernent principalement les personnes âgées de soixante ans et plus. Le diagnostic peut être élaboré notamment à partir des outils et supports suivants :

- États des lieux préalables/diagnostics réalisés en vue d'autres documents stratégiques : PRS (projet régional de santé), SROMS (schéma régional d'organisation médico-sociale), schéma départemental, contrats locaux de santé, travaux réalisés par les pilotes MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) ... ;
- Données INSEE/DREES, données internes des partenaires ;
- Observatoire des fragilités (CNAV : caisse nationale d'assurance vieillesse).

Une attention particulière doit être portée aux besoins des personnes âgées en matière de prévention de la perte d'autonomie, notamment celles résidant dans les résidences autonomie, afin de définir des priorités de financement dans le cadre de l'attribution du forfait autonomie.

Le niveau de maillage du diagnostic est de préférence infra départemental.

Une comparaison des données départementales mérite d'être réalisée avec les autres départements de la région ainsi qu'avec des moyennes régionales et nationales.

Annexe 4 Campagne de communication de La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf

Adaptation de la société au vieillissement

→ APPORTER **PLUS DE JUSTICE SOCIALE ET DE PROTECTION** AUX PERSONNES ÂGÉES.

700 millions d'€/an

ALLOUÉS AUX MESURES DU PROJET DE LOI

Accompagner les personnes âgées dans leur parcours de vie

Revalorisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

375 millions d'euros

consacrés à la revalorisation de l'APA



Augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile

0€

Exonération de toute participation financière pour les bénéficiaires du minimum vieillesse (ASPA)

Réduction du niveau de participation financière

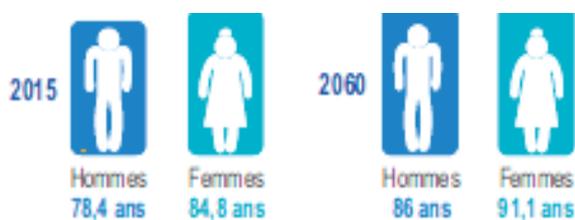


600 000 personnes bénéficiaires

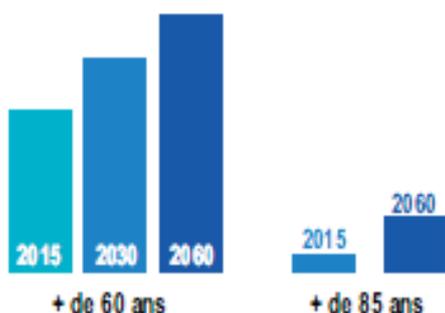
#LoiASV #PourNosAinés

Annexe 5 Dossier de presse : « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement »
quelques chiffres clés

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_loi_asv_janv2016.pdf



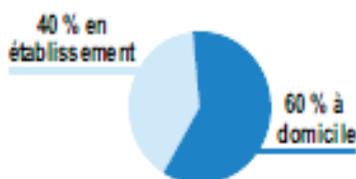
L'espérance de vie est de **78,4 ans** pour les hommes, **84,8 ans** pour les femmes. L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060. Cette année-là, elle devrait être de **86 ans** pour les hommes et **91,1 ans** pour les femmes.



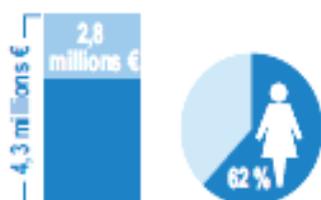
Les personnes âgées de **60 ans et plus** sont au nombre de **15 millions** aujourd'hui. Elles seront **20 millions** en 2030 et près de **24 millions** en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de **1,4 million** aujourd'hui à **5 millions** en 2060.



La majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls **8 %** des plus de 60 ans sont considérés comme dépendants (bénéficiaires de l'APA). À 85 ans, seulement **1 personne sur 5** est en perte d'autonomie. L'âge moyen d'entrée en perte d'autonomie est de **83 ans**.



On compte **1,2 million** de bénéficiaires de l'APA dont **60 %** vivent à domicile et **40 %** en établissement.

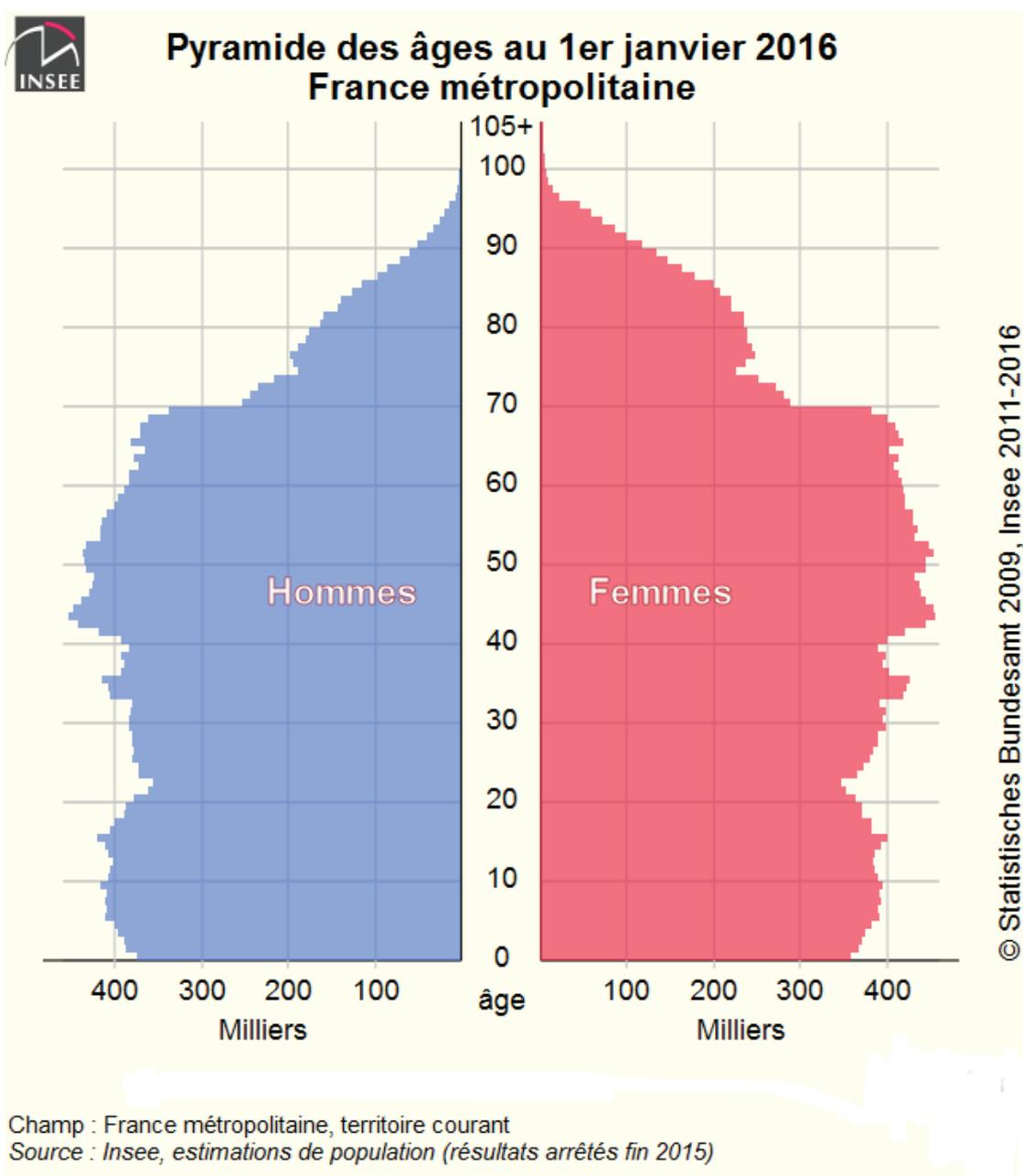


4,3 millions de personnes aident régulièrement un de leurs aînés. Parmi elles, **2,8 millions** apportent une aide à la vie quotidienne à une personne âgée vivant à domicile. **62 %** des aidants familiaux sont des femmes.



L'ensemble des concours publics consacrés à la dépendance s'élève à **21,1 milliards d'euros** en 2011 dont **11 milliards d'euros** pour le financement des soins, **5,3 milliards d'euros** au titre de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et **2,1 milliards d'euros** pour l'hébergement.

Annexe 6 : La pyramide des âges au 1^{er} janvier 2016, source Insee
<http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide>.



Annexe 7 La gazette Santé Social : dossier la loi ASV : La reconnaissance juridique des proches aidants et la création d'un droit au répit 25 juillet 2016 par Nadia Ben Ayed, avocat à la cour, Cabinet Seban & associés

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement apporte une innovation essentielle par la création d'un droit au répit pour les proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie financé dans le cadre du dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie. Le nouvel article L.113-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) a apporté une définition de la notion de proche aidant (loi d'adaptation de la société au vieillissement dite ASV, art. 51).

Définition légale du proche aidant de la personne âgée

« Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

La définition du proche aidant se fonde ainsi sur deux critères à savoir l'identification des catégories de personnes concernées ainsi que la nature et l'intensité de l'aide apportée à la personne âgée.

Cette définition est particulièrement intéressante en ce qu'elle vise les proches des membres de la famille de la personne âgée (qui sont les proches aidants dans 80 % des cas) mais pas uniquement.

Elle vise en effet les personnes entretenant des liens de solidarité concrets incluant ainsi ceux qui n'ont pas de lien de parenté (conjoint, partenaires ayant conclu un Pacs, concubins, personnes partageant le domicile ou ayant des liens stables et étroits).

Le second critère d'identification du proche aidant réside dans la nature et l'intensité de l'aide. Il s'agit en effet d'une aide non professionnelle, qui doit être soutenue à savoir être inscrite à la fois dans une régularité et une certaine durée.

La loi ASV prévoit également plusieurs modifications du code du travail afin de remplacer la notion de « soutien familial » par celle de « proche aidant ».

L'introduction de la notion de « proche aidant » au sein du code du travail traduit clairement la volonté d'étendre le champ d'application du droit à congés des personnes qui accompagnent les personnes âgées en perte d'autonomie et qui ne justifient pas d'un lien familial. À cet effet, le nouvel alinéa 9 de l'article L.3142-22 du code du travail prévoit la possibilité de prendre un congé de proche aidant dans le cas où la personne aidée est « la personne âgée [...] avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne » (code du travail modifié, art. L.3142-22). Le congé du proche aidant peut être transformé en contrat en période d'activité à temps partiel.

Création d'un droit au répit du proche aidant

L'article L.232-2 du CASF pose le principe du droit au répit du proche aidant pris en compte dans le cadre du plan d'aide établi pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permettant de financer un surcroît d'aide à domicile ou un hébergement temporaire en établissement pour la personne en perte d'autonomie.

La loi précise à cet égard que « le proche aidant qui assure une présence ou une aide indispensable au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie et qui ne peut être remplacé peut ouvrir droit, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie et sans préjudice du plafond mentionné à l'article L.232-3-1 à des dispositifs répondant à des besoins de répit » (CASF, art. L.232-2).

Il en ressort que le droit au répit ne peut être assimilé à un droit à congés découlant automatiquement du statut de proche aidant. En effet, il n'existe pas de caractère automatique du droit au répit du seul fait de la qualité de proche aidant (la définition du proche aidant et les critères du droit au répit ne se recoupent pas).

Au terme de l'article L.232-2 du CASF (code de l'action sociale et de la famille) précité, la loi pose des conditions supplémentaires pour que le proche aidant bénéficie du financement d'un répit, à savoir, d'une part, la présence et l'aide indispensable à la personne âgée et, d'autre part, l'impossibilité d'être remplacé.

Modalités de mise en œuvre du droit au répit

Ces dispositifs, qui doivent être adaptés à la personne aidée, sont définis dans le plan d'aide, en fonction du besoin de répit évalué par l'équipe médicosociale lors de la demande d'allocation, ou dans le cadre d'une demande de révision, dans la limite d'un plafond et suivant des modalités fixées par décret. À cet effet, le décret n° 2016-210 du 26 février 2016 prévoit désormais que l'équipe médicosociale apprécie le besoin de répit de l'aidant sur la base des référentiels mentionnés au 2° de l'article L.232-6 en même temps que l'évaluation de la situation de la personne âgée à l'occasion d'une première demande, de la révision ou de la demande du proche aidant (CASF, nouvel art. D.232-9-1).

Le droit au répit peut prendre la forme d'un accueil temporaire (établissement ou accueil familial), dispositif de relais à domicile ou tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée.

Augmentation du plan d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en cas d'absence temporaire du proche aidant.

Concrètement, les bénéficiaires de l'APA dont le proche aidant assure une présence ou une aide indispensable à sa vie à domicile et qui ne peut être remplacé pour ce faire par une autre personne à titre non professionnel peuvent bénéficier d'une augmentation du montant de leur plan d'aide.

Majoration du plafond du plan d'aide du bénéficiaire de l'APA en cas d'hospitalisation du proche aidant

Le bénéficiaire de l'APA ou son proche aidant adresse une demande au président du conseil départemental indiquant la date et la durée prévisibles de l'hospitalisation assortie des documents en attestant, les caractéristiques de l'aide apportée par l'aidant, la nature de la solution de relais souhaitée et, le cas échéant, l'établissement ou le service identifié pour l'assurer.

L'équipe médicosociale propose les solutions de relais en tenant compte dans la mesure du possible des propositions d'organisation formulées par le proche aidant, le bénéficiaire de l'APA, son entourage familial ou des professionnels entourant la famille (CASF, art. L.232-3-3 et D.232-9-1). En cas d'urgence, le président du conseil départemental met en place la solution de relais.

Appréciation du besoin de répit par l'équipe médicosociale dans le cadre de l'appréciation de l'établissement du plan d'aide

Depuis l'entrée en vigueur du décret n° 2016-210 du 26 février 2016, les personnes qui répondent à la définition du proche aidant ainsi qu'aux conditions pour bénéficier du droit au répit peuvent en faire la demande auprès du département.

La demande peut en effet s'effectuer directement par le proche aidant en dehors de la demande d'APA ou de renouvellement de l'APA. Dans ce cas, l'équipe médicosociale doit effectuer une réévaluation du plan d'aide en intégrant le besoin éventuel de répit du proche aidant. Le droit au répit peut prendre la forme d'un accueil temporaire (établissement ou accueil familial), dispositif de relais à domicile ou tout autre dispositif permettant de répondre au besoin de l'aidant et adapté à l'état de la personne âgée.

Les bénéficiaires de l'APA dont le proche aidant assure une présence ou une aide indispensable à sa vie à domicile et qui ne peut être remplacé pour ce faire par une autre personne à titre non professionnel peuvent bénéficier d'une majoration du montant de leur plan d'aide, sachant que le montant maximum de la majoration est fixé pour une année à 0,453 fois le montant mensuel de la majoration pour une aide constante d'une tierce personne. En cas d'hospitalisation du proche aidant, le plafond du plan d'aide peut être augmenté jusqu'à 0,9 fois le montant mensuel de la majoration pour une aide constante d'une tierce personne.

Annexe 8 : Les cahiers de l'ODAS : Extrait : Décentralisation et solidarités, les indispensables réformes, propositions issues du bilan de 30 ans de décentralisation

Rapport issu des travaux de l'ODAS élaboré par Jean-Louis SANCHEZ, en collaboration étroite avec Claudine PADIEU et Didier LESUEUR

1. Des budgets départementaux façonnés par la prégnance de l'action sociale

Alors que les budgets des Régions sont principalement affectés à l'investissement, les budgets des Départements ont une structure comparable à celle des Communes, avec une section de fonctionnement prépondérante. Or, de façon constante depuis 1984, les dépenses d'action sociale représentent environ 60 % des dépenses totales de fonctionnement des Départements.

Toute évolution dans les dépenses d'action sociale a donc une répercussion importante sur l'ensemble du budget départemental, tant en ce qui concerne la section de fonctionnement que la section d'investissement. Et effectivement, les transferts d'autres responsabilités à partir de 2005 (collèges, voirie) se sont traduits par une baisse de la part de l'épargne sur les budgets départementaux mais sans incidence sur la part (massive) de l'action sociale.

C'est cet impact important sur le reste du budget qui a longtemps fait craindre que les Départements acceptent mal les contraintes financières de l'action sociale au motif qu'elles ne pouvaient s'accroître qu'au détriment de la capacité d'équipement et donc du développement économique.

Or l'analyse rétrospective de ces trente dernières années montre que ces craintes n'étaient pas fondées. En effet, les dépenses sociales ont progressé au même rythme que l'ensemble des dépenses des Départements pour passer de 5,5 milliards d'euros en 1984 à 33,6 milliards en 2013, et ce malgré les difficultés financières des Départements.

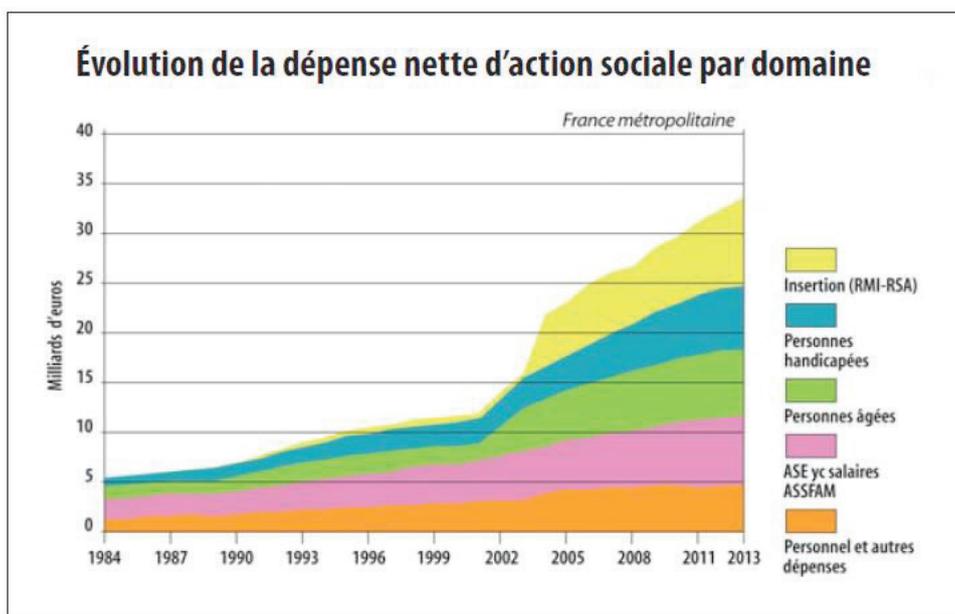
On peut donc dire que la mobilisation des ressources départementales en faveur de l'action sociale n'a pas été sacrifiée contrairement à tous ceux qui pensaient que les élus locaux s'en désintéresseraient faute d'impact électoral. D'ailleurs ce sont les dépenses les moins « électoralistes » qui ont le plus progressé, qu'elles soient dues à des décisions nationales ou locales.

2. Des budgets d'action sociale déterminés par l'évolution des besoins sociaux

La forte évolution de la dépense d'action sociale s'explique par une succession d'événements majeurs liés tant à l'évolution des besoins sociaux qu'à l'évolution de la réglementation qui en découle souvent (création du RMI, de la PSD, de la CMU, de l'APA, de la PCH...).

On peut y ajouter l'impact des évolutions du droit du travail et la multiplication des normes.

Mais, les orientations des élus départementaux ont aussi considérablement pesé sur l'évolution des dépenses dans des domaines où les choix n'étaient pas contraints. C'est pourquoi, il n'est pas sans intérêt de relever que, lorsque l'on analyse la restructuration des budgets d'action sociale départementale, on est frappé par la concordance entre l'évolution des dépenses et l'émergence de nouveaux besoins. (...)

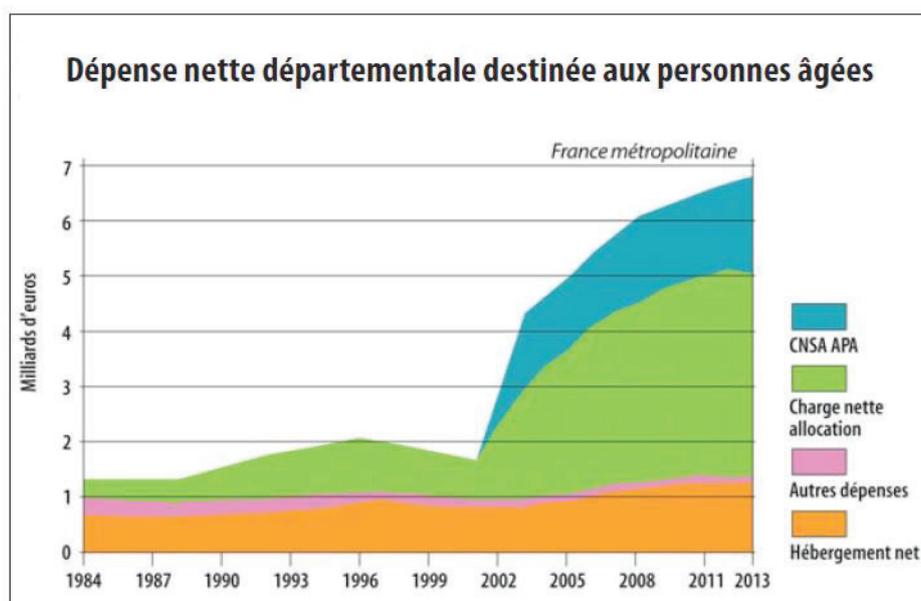


Concernant l'aide à domicile

Le nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile a lui aussi augmenté au fil du temps : cette allocation concernait 294 000 en 2002, 494 000 en 2003 et 716 000 en 2013. À l'inverse de l'APA en établissement, son coût moyen par personne ne cesse de baisser. Le passage d'un coût moyen de 4 790 euros en 2008 à un coût moyen de 4 520 euros en 2013 s'explique en partie par des progrès de gestion (développement de la télégestion et de la télétransmission, paiement direct au service, mutualisation des services...) mais aussi par le renforcement des contrôles et des aides sur les services.

D'ailleurs, les Départements sont de plus en plus nombreux à signer des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les associations du secteur. À titre d'information, les heures de soutien à domicile, qui sont utilisées quasi exclusivement pour financer de l'aide humaine, sont réalisées à 70 % par des services prestataires. Pour le reste, 20 % sont accomplies en emploi direct et 10 % par des services mandataires.

À noter que la mise en œuvre par les Départements de l'APA avec l'évaluation à domicile des besoins a été mise en place en moins de deux ans après l'adoption de la loi.



Annexe 9 : Le nouveau cadre juridique des SAAD,
www.unccas.org, 01 janvier 2016

La Loi ASV vient répondre à l'une des attentes essentielles portée par l'UNCCAS (union nationale des centres communaux d'actions sociales) : en supprimant le droit d'option et en inscrivant l'ensemble des SAAD dans un régime unique d'autorisation, l'article 47 de la Loi soumet désormais l'ensemble des SAAD aux mêmes garanties.

Rénové en faveur des usagers, le nouveau cadre juridique de l'aide à domicile comprend toutefois des dispositions plus ou moins contraignantes, parfois provisoires ou en attente de publication. Par ailleurs, les modalités du basculement dans le nouveau régime varient selon la situation des structures au jour de l'entrée en vigueur de la Loi... Autant de changements qui nécessitent d'être explicités.

Impact pour les services anciennement agréés :

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi, l'ensemble des services autrefois agréés dans le cadre du droit d'option sont réputés autorisés. Cette autorisation est valable 15 ans à compter de la délivrance du dernier agrément.

Toutefois, le basculement automatique dans le régime de l'autorisation n'entraîne pas pour autant tarification administrée ou habilitation à l'aide sociale :

- Concernant la tarification : Les services ont la possibilité de rester dans une tarification libre ou, avec l'accord du conseil départemental, d'entrer dans une tarification administrée.
- Concernant l'habilitation à l'aide sociale : seuls les services intervenant auprès des publics bénéficiaires de l'APA ou de la PCH sont réputés autorisés au titre de l'article L.313-1-2 du CASF. Les autres services peuvent à tout moment faire une demande d'habilitation à l'aide sociale auprès du conseil départemental.

Les services réputés autorisés conservent la zone d'intervention précédemment définie par leur agrément.

Les outils de la Loi 2002-2 (rénovation et modernisation de l'action sociale et médico-sociale) sont désormais applicables à l'ensemble des SAAD. En conséquence, les services anciennement agréés doivent tenir à disposition de leurs bénéficiaires :

- un livret d'accueil
- une charte des droits et libertés de la personne accueillie,
- un document individuel de prise en charge (il se substitue au contrat de prestation pour les services agréés)
- un règlement de fonctionnement (nouveau pour les services anciennement agréés)
- un projet de service (nouveau pour les services anciennement agréés)

En matière de démarche qualité :

- Le passage sous le régime de l'autorisation induit pour les services l'obligation de réaliser 3 évaluations internes à intervalles de 5 ans au cours des 15 ans d'autorisation. C'est une obligation nouvelle pour les services agréés qui n'y étaient pas astreints.

Par ailleurs, tous les services doivent désormais conduire 2 évaluations externes : la première au cours des 7 années suivant l'autorisation et la seconde au plus tard 2 ans avant le renouvellement de cette autorisation.

Pour les services anciennement agréés, la Loi prévoit qu'ils font procéder à l'évaluation externe à la date à laquelle leur agrément aurait pris fin. Toutefois, il est précisé que cette obligation ne peut intervenir dans les deux ans suivant la date de promulgation de la loi. Ainsi, l'évaluation devra donc être conduite en 2018 ou 2019 pour les services dont l'agrément arrive à échéance en 2016 ou 2017.

Pour les services dont l'agrément prenait fin en 2016 ou 2017, l'évaluation doit donc être conduite en 2018 ou en 2019.

- Enfin, la certification des services autorisés n'emporte pas renouvellement automatique de l'autorisation, comme c'était le cas auparavant dans le cadre de l'agrément.

Impact pour les services autorisés existants et les services en voie de création ou d'extension :

Pour les services autorisés existants, lorsque la capacité de ceux-ci a été fixée dans la limite d'un nombre d'heures ou de personnes accueillies, cette limite ne leur est plus opposable. Leur capacité est désormais définie par zone d'intervention et non plus par volume horaire ou en nombre de personnes accompagnées.

Pour ceux qui font ou feront l'objet d'une tarification administrée, il existe désormais un droit d'option entre la tarification issue de la loi nouvellement promulguée et le maintien de la tarification issue de la loi 2002-2. Deux modalités de tarification sont donc possibles :

- La tarification horaire prévue par l'article R 314-130 du CASF ;
- La tarification à l'activité et aux services rendus sous forme d'un forfait global institué par l'article 46 de la Loi ASV et transcrit dans le droit commun à l'article L313-11 CASF. Les SAAD peuvent désormais conclure un CPOM (*contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens*) avec le président du conseil départemental dans les conditions prévues par l'article L. 313-11 du CASF, article qui exempte les services de la procédure budgétaire annuelle.

Un cahier des charges national portant sur ce type de CPOM est en cours d'élaboration.

A compter du 1er janvier 2016, les services en demande d'autorisation, d'extension, ou d'habilitation à l'aide sociale sont dispensés de la procédure d'appel à projet jusqu'au 31 décembre 2022 (soit pour une période transitoire de 7 ans).

Leur création ou leur extension est libre mais demeure soumise à une décision du président du conseil départemental. Ce dernier dispose d'un délai de trois mois pour y répondre favorablement ou non. En cas de refus, il devra motiver sa décision par les motifs prévus à l'article L.313-8 du CASF (charges injustifiées ou excessives des budgets publics ...).

UN PANORAMA DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE QUI MONTRAIT QUE LE STATU QUO N'ÉTAIT PAS TENABLE À TERME

Dans son rapport d'étape, la mission commune d'information s'était attachée, en premier lieu, à décrire le paysage de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France et à expliquer pour quels motifs le *statu quo* n'était pas tenable à terme en la matière :

- d'une part, en dépit de l'accroissement significatif de l'effort public en direction des personnes âgées dépendantes, la qualité de la prise en charge de la perte d'autonomie pouvait être améliorée ;

- d'autre part, se posait la question de la soutenabilité de la dépense publique. Alors que, d'un côté, le nombre de personnes en situation de perte d'autonomie n'allait cesser d'augmenter, alimentant la croissance des charges liées à la dépendance, de l'autre, la dette publique accumulée, le poids déjà lourd des prélèvements obligatoires et la montée inéluctable des dépenses de maladie et de retraite imposaient de procéder à des arbitrages. (...)

La création de l'allocation personnalisée d'autonomie avait permis de solvabiliser une demande forte de nos concitoyens

Parmi les prestations dédiées à la prise en charge de la dépendance, la mission avait souligné la place particulière de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). La création de cette prestation, au début de la décennie, avait en effet été un succès et avait permis de solvabiliser une demande forte de nos concitoyens. (...)

A ces prestations dédiées s'ajoutaient des dépenses fiscales destinées également à alléger le coût de la prise en charge des personnes âgées. Il s'agissait, pour l'essentiel, de la réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement des personnes âgées dépendantes accueillies en établissement et de l'exonération d'impôt sur le revenu des sommes versées au titre de l'Apa. Ces deux dépenses fiscales ciblées sur la dépendance représentaient en 2009 un coût évalué à environ 250 millions d'euros. (...)

Parallèlement, la dépense publique en direction des personnes âgées dépendantes avait suivi une courbe extrêmement dynamique

Cette volonté politique de proposer à la fois des mécanismes de solvabilisation et une offre de soins et de services diversifiée expliquait en partie le fort dynamisme de la dépense publique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

Mais une prise en charge qui pouvait être largement améliorée

Malgré cet accroissement significatif de l'effort de solidarité, la mission avait néanmoins rappelé qu'un long chemin restait à parcourir pour relever les trois défis à l'aune desquels l'organisation du cinquième risque devait être pensée :

- le vieillissement de la population ;

- la nécessité d'améliorer les dispositifs actuels de prise en charge des personnes âgées, en particulier sur le plan qualitatif ;

- l'obligation de rendre plus lisible le schéma institutionnel de prise en charge de la perte d'autonomie et de fluidifier les relations, pour le moins complexes, entre les nombreux acteurs de cette politique publique.

Anticiper les effets du vieillissement de la population

· Les grandes tendances de l'évolution démographique de notre pays faisaient l'objet d'un

consensus général : quelles qu'étaient les hypothèses retenues en matière de taux de fécondité, de taux de mortalité ou de solde migratoire, le vieillissement de la population, à l'œuvre depuis la fin des années soixante, apparaissait comme un processus inéluctable.

Selon les récentes projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques, le nombre de personnes de soixante ans et plus augmenterait de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de soixante ans ou plus, soit une hausse de 83 % en cinquante-trois ans. L'augmentation serait la plus forte pour les plus âgés : le nombre de personnes de soixante-quinze ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des quatre-vingt-cinq ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.

Evolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060 (scénario central de projection)								
Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans et +		
1960	45 465	32,3	51,0	5,1	7,3	4,3	298,9	140
1970	50 528	33,1	48,8	5,2	8,1	4,7	308,1	180
1980	53 731	30,16	52,4	3,0	8,3	5,7	253,3	44
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	7,1	6,8	236,2	80
2000	58 858	25,6	53,8	4,6	8,8	7,2	243,9	70
2007	61 795	24,8	53,8	4,9	8,1	8,5	263,9	100*
2015	64 514	24,2	51,0	6,2	9,3	9,3	201,5	100
2020	65 962	23,9	49,6	6,0	11,0	9,4	173,2	100
2025	67 285	23,5	48,4	6,1	11,1	10,9	154,1	100
2030	68 532	23,0	47,5	6,0	11,1	12,3	142,1	100
2035	69 705	22,6	46,7	5,9	11,1	13,6	120,0	100
2040	70 734	22,4	46,6	5,3	11,1	14,7	82,4	100
2050	72 275	22,3	45,9	5,6	10,2	16,0	31,9	100
2060	73 557	22,1	45,8	5,4	10,5	16,2	+ 30,6**	100
* Solde migratoire issu de la projection.								
** Chiffre pour l'année 2059. Les projections s'arrêtent au 1 ^{er} janvier 2060. Le solde naturel de l'année 2060, différence entre les naissances de 2060 et les décès de cette année, n'est donc pas projeté.								
Champ : France métropolitaine								
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2077 et projection de population 2007-2060								

Or, comme l'avait déjà rappelé la mission en 2008, l'augmentation de la proportion des personnes âgées de soixante ans ou plus au sein de la population française ne manquera pas d'avoir une incidence majeure sur la problématique de la dépendance. En effet, même si la perte d'autonomie peut survenir à tout moment, la probabilité d'entrer en état de dépendance s'élève fortement avec l'âge, en particulier entre quatre-vingts ans et quatre-vingt-dix ans. La croissance du nombre de personnes âgées dépendantes ne devrait toutefois pas être strictement proportionnelle, dans la mesure où l'espérance de vie en bonne santé s'accroît également. S'il existe un lien réel entre le vieillissement de la population et la prévalence de la dépendance, il est, en pratique, difficile à quantifier.

Les projections démographiques et épidémiologiques disponibles permettent néanmoins (cf. graphique ci-dessous) de tableer sur une augmentation de l'ordre de 25 % des effectifs de personnes âgées dépendantes de plus de soixante-quinze ans d'ici 2025. Au-delà de cette date, la progression serait encore plus forte, avec l'arrivée à l'âge de la dépendance des générations du *baby-boom*. Les

plus de soixante-quinze ans doubleraient quasiment d'ici 2050 pour représenter 15,6 % de la population française, contre 8 % aujourd'hui. Ce n'est donc pas un choc démographique qu'il s'agit d'absorber d'ici 2050 mais deux (...).

Le développement de l'emploi à domicile

Les recommandations du centre d'analyse stratégique reposaient aussi sur la liberté de choix du mode d'hébergement des personnes dépendantes. Le respect de ce principe supposait que, parallèlement à la modernisation et à la médicalisation des Ehpad, le maintien à domicile fasse l'objet d'actions d'accompagnement destinées à rendre cette option réalisable pour les familles et les malades.

Accroître l'offre de services et de soins à domicile des assurés sociaux impliquait tout à la fois de renforcer l'appui aux tâches domestiques, l'aide à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, l'aménagement des logements ainsi que les aides techniques. Dans tous ces domaines, les besoins apparaissaient considérables.

Projections du centre d'analyse stratégique en matière d'hébergement à domicile des personnes âgées de soixante-dix ans et plus							
	Chez elles en couple ou logées chez un tiers			A domicile, vivant seules			Total
	Gir 1-2	Gir 3-4	Gir 5-6	Gir 1-2	Gir 3-4	Gir 5-6	
2004	96 800	213 100	3 748 500	22 700	108 200	2 575 400	6 764 700
2010	102 100	223 900	3 990 400	25 000	126 000	2 846 200	7 313 600
2015	110 600	247 700	4 070 300	27 300	162 900	3 039 700	7 658 500
2025	128 100	298 200	5 586 900	30 300	209 400	3 985 100	10 238 000

Source : calculs du centre d'analyse stratégique

S'agissant des coûts de la prise en charge d'ici 2025, le rapport du centre d'analyse stratégique estimait la progression annuelle des coûts à 5,8 % à domicile et à 3,5 % en établissement. Les dépenses en faveur de l'autonomie des personnes âgées dépendantes devaient ainsi passer de 0,94 % du Pib en 2005, à 1,29 % en 2015, puis à 1,55 % en 2025.

Les projections des coûts de la dépendance				
	Coûts en millions d'euros (hors inflation)			
	2005	2010	2015	2025
Domicile	4 305	5 378	7 518	13 232
Etablissement	9 206	13 449	15 678	19 274
Total	13 511	18 827	23 196	32 506

Source : calculs du centre d'analyse stratégique

http://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-263_mono.html