

CONCOURS INTERNE ET TROISIÈME CONCOURS D'ATTACHÉ TERRITORIAL

SESSION 2022

RAPPORT AVEC SOLUTIONS OPÉRATIONNELLES

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

CONCOURS INTERNE : Rédaction, à l'aide des éléments d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par une collectivité territoriale, d'un rapport faisant appel à l'esprit d'analyse et de synthèse du candidat, à son aptitude à situer le sujet traité dans son contexte général et à ses capacités rédactionnelles, afin de dégager des solutions opérationnelles appropriées.

TROISIÈME CONCOURS : Rédaction, à partir des éléments d'un dossier soulevant un problème sanitaire et social rencontré par une collectivité territoriale, d'un rapport faisant appel à l'esprit d'analyse et de synthèse du candidat, à son aptitude à situer le sujet traité dans son contexte général et à ses capacités rédactionnelles, afin de dégager des solutions opérationnelles appropriées.

Durée : 4 heures
Coefficient : 4

SPÉCIALITÉ : GESTION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- ♦ Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe.
- ♦ Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur non effaçable pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou l'encre bleue est autorisée. L'utilisation de plus d'une couleur, d'une couleur non autorisée, d'un surligneur pourra être considérée comme un signe distinctif.
- ♦ Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- ♦ Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 38 pages.

**Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend
le nombre de pages indiqué.**

S'il est incomplet, en avertir le surveillant.

Vous êtes attaché territorial, adjoint au chef du service des personnes âgées et de l'autonomie, au sein du pôle solidarités du département de Sociodep (850 000 habitants).

Dans un contexte de vieillissement de la population du territoire départemental (27% des habitants ont plus de 60 ans, et 11% ont plus de 75 ans) et d'élaboration d'un nouveau schéma départemental de l'autonomie, la Présidente du conseil départemental souhaite impulser une nouvelle dynamique de prévention et de lutte contre la dépendance des personnes âgées.

Dans cette perspective, la directrice des Solidarités vous demande de rédiger à son attention un rapport sur le soutien à l'autonomie des personnes âgées, permettant de dégager des solutions opérationnelles adaptées au territoire de Sociodep dans le cadre du nouveau schéma.

Vous rédigerez ce rapport à l'aide des éléments du dossier et de vos connaissances.

Liste des documents :

- Document 1 :** « Articles L-113-1, L-113-1-1, L-113-1-2, L-113-1-3, L-113-2 du Code de l'action sociale et des familles » - *legifrance.fr* - Consulté le 17 mars 2022 - 2 pages
- Document 2 :** « Concertation - Grand âge et autonomie » (extraits) - Rapport - Dominique Libaut - *Ministère des solidarités et de la santé* - 2019 - 8 pages
- Document 3 :** « Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie - Guide Technique » (extraits) - *DGCS, CNSA* - Consulté le 19 mars 2022 - 5 pages
- Document 4 :** « Le CDCA (conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie) » (extraits) - *pour-les-personnes-agees.gouv.fr* - 27 août 2020 - 1 page
- Document 5 :** « Grand âge : un rapport sénatorial plaide pour le maintien à domicile » - *lemediasocial.fr* - 1^{er} avril 2021 - 3 pages
- Document 6 :** « Loi d'adaptation de la société au vieillissement : quel bilan ? » - *essentiel-autonomie.com* - 20 mai 2020 - 3 pages
- Document 7 :** « Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2019-2023 » (extraits) - *Conseil départemental de Haute-Garonne* - 2019 - 5 pages
- Document 8 :** « Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi ! » (extraits) - Rapport d'information n° 453 - Bernard Bonne, Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales - *Sénat* - 17 mars 2021 - 3 pages
- Document 9 :** « Les résidences autonomie : pour qui ? » (extraits) - *pour-les-personnes-agees.gouv.fr* - 21 avril 2021 - 2 pages
- Document 10 :** « Plan départemental sport santé bien-être 2020-2024 » (extraits) - *Département des Bouches-du-Rhône* - 2020 - 2 pages
- Document 11 :** « Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement » (extraits) - *CGET* - Septembre 2019 - 2 pages

Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

DOCUMENT 1

Code de l'action sociale et des familles
Livre III, titre I^{er}

Chapitre III : Personnes âgées. (Articles L113-1 à L113-4)

Legifrance.fr

- **Article L113-1**

[Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 24](#)

Toute personne âgée de soixante-cinq ans privée de ressources suffisantes peut bénéficier, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement. Les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent obtenir les mêmes avantages lorsqu'elles sont reconnues inaptes au travail.

- **Article L113-1-1**

[Créé par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 24](#)

Dans les conditions définies au chapitre II du titre III du livre II, la personne âgée en perte d'autonomie a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie.

- **Article L113-1-2**

[Créé par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 24](#)

Les personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est mis en œuvre notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, par les départements et par les centres locaux d'information et de coordination, dans le cadre des compétences définies aux articles L. 14-10-1 et L. 113-2.

- **Article L113-1-3**

[Créé par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 51](#)

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.

- **Article L113-2**

[Modifié par LOI n°2015-1776 du 28 décembre 2015 - art. 76](#)

I.- Le département définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants mentionnés à l'article L. 113-1-3. Il coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale mentionné à l'article L. 312-5, les actions menées par les différents intervenants, y compris en faveur des proches aidants. Il définit des secteurs géographiques d'intervention. Il détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence.

Le département coordonne, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées, en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées mentionnée à l'article L. 233-1 et sur le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1.

Le département veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées, notamment les centres locaux d'information et de coordination mentionnés au 11° du I de l'article L. 312-1 et les institutions et les professionnels mettant en œuvre la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3.

II.- Le département peut signer des conventions avec l'agence régionale de santé, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour assurer la coordination de l'action gériatrique.

Ces conventions sont conclues dans le respect du schéma relatif aux personnes en perte d'autonomie mentionné à l'article L. 312-5 et du projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Elles précisent les modalités selon lesquelles sont assurées sur l'ensemble du territoire du département les missions mentionnées au dernier alinéa du I du présent article. Elles peuvent également porter sur la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, ainsi que sur le soutien et la valorisation de leurs proches aidants. Dans ce dernier cas, elles peuvent préciser la programmation des moyens qui y sont consacrés.

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie mentionné à l'article L. 149-1 est consulté sur ces conventions avant leur signature et est informé de leur mise en œuvre. (...)

QUI SONT LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ?

La DREES estime qu'en 2015 environ 1 459 000 personnes de plus de 60 ans vivant à domicile étaient en perte d'autonomie. Il convient d'y ajouter 584 000 personnes vivant en établissement, soit un peu **plus de 2 millions**.

En retenant uniquement une définition administrative, en 2015, **1 265 000 personnes de plus de 60 ans étaient bénéficiaires de l'APA** et 74 000 environ de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

L'écart entre les deux données peut provenir, soit d'un non-recours aux prestations, soit d'écart de mesures ou d'appréciation. Entre 9 % et 14 % des plus de 60 ans peuvent, selon cette définition, être considérés en perte d'autonomie.

La prévalence de la dépendance est très fortement croissante avec l'âge :

Taux de prévalence de la dépendance (GIR 1-4) à domicile en %		
Âge	Hommes	Femmes
65-74	1,3 %	1,6 %
75-84	4,6 %	6,0 %
85 ans en plus	16,7 %	20,1 %

Source : Insee, France, portrait social, Édition 2018 à partir de l'Enquête Care 2015

Les taux de prévalence par âge ont fortement reculé entre 2008 et 2015 : pour les plus de 75 ans, les taux de prévalence des personnes vivant à domicile ont baissé de 2 points pour les femmes et de 3 points pour les hommes.

La projection de la DREES à l'horizon 2030 se fait sur le nombre de personnes bénéficiaires de l'APA et dépend de deux éléments : la projection démographique et les hypothèses de taux de prévalence de la dépendance par âge.

Le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait d'environ 200 000 personnes (+15 %) entre 2015 et 2030 selon le scénario bas, de 320 000 (+25 %) selon le scénario intermédiaire et de 410 000 (+33 %) selon le scénario haut.

La divergence de la projection augmente fortement selon l'horizon de la projection : la hausse entre 2015 et 2050 serait de 620 000 (+49 %) dans le scénario bas et de 1 260 000 (+100 %) dans le scénario haut. Les progrès de la médecine ou l'efficacité des actions de prévention sont ainsi susceptibles de faire varier très sensiblement le nombre de personnes à accompagner dans la perte d'autonomie dans les années à venir.

La concertation a retenu le scénario intermédiaire comme scénario central : **le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie** (au sens de bénéficiaires de l'APA) **passerait ainsi de 1 265 000 personnes en 2015 à 1 582 000 en 2030 et 2 235 000 en 2050**. La hausse serait de l'ordre de plus 20 000 personnes par an jusqu'en 2030, mais accélérerait franchement à près de 40 000 personnes par an entre 2030 et 2040, du fait de l'arrivée en âge avancé des premières générations du baby-boom.

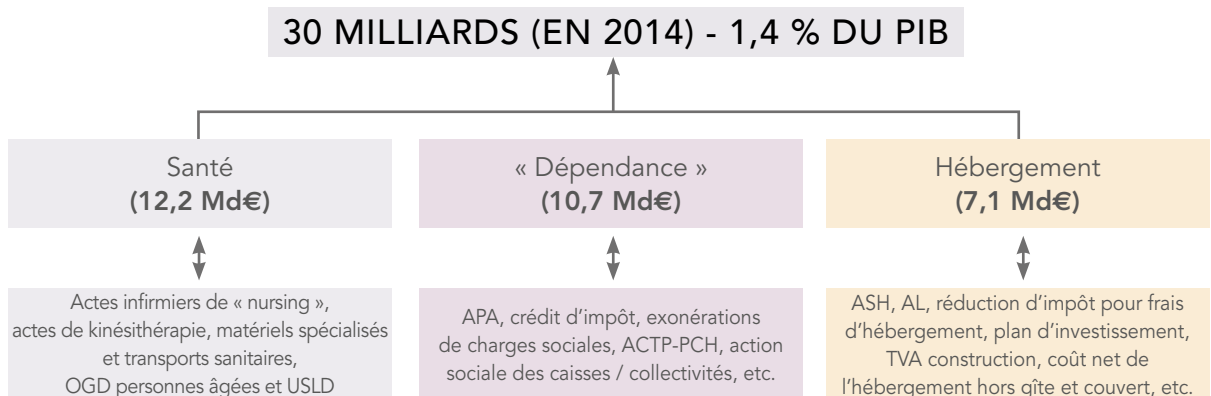
Pour plus de détails voir annexe

COMMENT LES DÉPENSES SONT-ELLES PRISES EN CHARGE ?

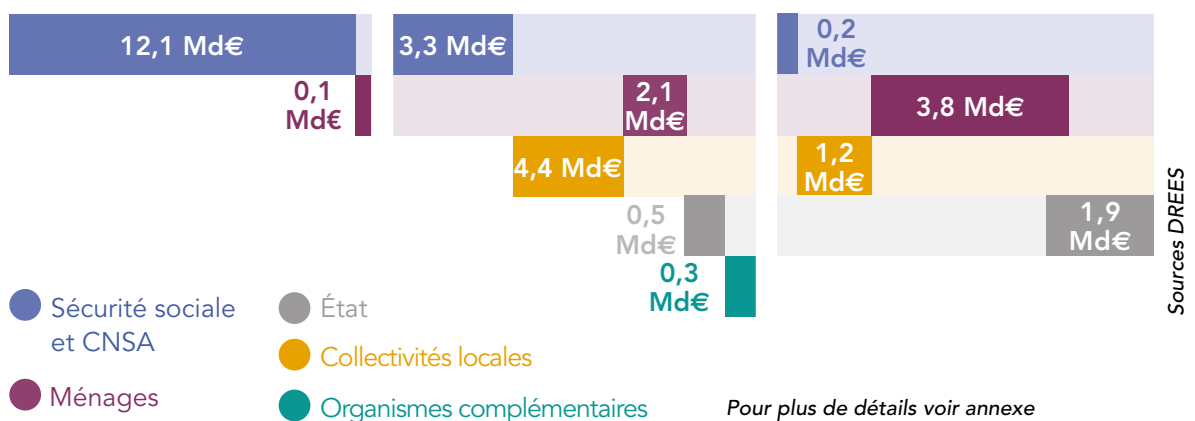
Selon le compte de la dépendance de la DREES, les dépenses liées à la perte d'autonomie des personnes âgées, évaluées en approche « surcoût », représentaient **1,4 % du PIB soit 30 Md€ en 2014**, dont 23,7 Md€ de dépenses publiques (79 %) et 6,3 Md€ de dépenses à la charge des ménages. Elles ne prennent pas en compte le travail informel des 3,9 millions de proches aidants auprès des personnes âgées, dont la valorisation atteindrait 7 à 18 Md€.

Les principales dépenses d'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées sont : **les dépenses de soins** pour environ 12,2 Md€ financées à 99 % par la dépense publique via l'assurance maladie, leur prise en charge est ainsi universelle ; **les dépenses dites de « dépendance »** (aides humaines, techniques et d'aménagement du logement pour compenser la perte d'autonomie) pour 10,7 Md€, et **les dépenses d'hébergement** en établissement, soit 7,1 Md€ (auxquelles peuvent être ajoutées 4,4 Md€ de dépenses dites de gîte et de couvert).

QUEL EFFORT ? POUR QUELLE DÉPENSE ?



QUI FINANCE ?



PARTIE 1 : CONSTATS ET ENJEUX

À l'évidence, malgré la hausse réelle et continue des moyens engagés en faveur du grand âge, les Français manifestent une grande inquiétude quant aux conditions futures de prise en charge de la perte d'autonomie.

Ce sentiment se nourrit d'une crainte liée à la qualité de la prise en charge médicale et sociale. Les inégalités accrues du fait de prestations fortement dépendantes des ressources, la perte de lien social et le risque d'isolement à domicile, l'image très dégradée de l'EHPAD contribuent à cette vision du grand âge.

Les Français souhaitent préserver la liberté de choix quant à leur lieu d'accueil, avec une préférence très marquée pour le maintien à domicile, mais également une claire conscience des risques d'isolement et de la charge qu'il implique pour les proches aidants.

Sur la base de ce constat général sont traités successivement :

- **les demandes très fortes de transformation en profondeur**, exprimées dans le cadre de la concertation (maintien à domicile, qualité de la prise en charge en établissement, « être chez soi » quel que soit le lieu de vie, simplification du parcours et de l'accompagnement, plus grande égalité de traitement entre les territoires),
- **les prises en charge morcelées et une action publique fragmentée** qui rendent le système complexe et peu lisible, en dépit d'un effort public croissant et de nombreuses initiatives innovantes,
- la nécessité et l'urgence d'un investissement fort dans **l'attractivité et les compétences des métiers du grand âge** alors que les difficultés de recrutement sont croissantes,
- l'attente des Français d'une meilleure **prise en compte des ressources des personnes** dans l'attribution des aides en privilégiant une couverture publique, alors que le reste à charge demeure important en établissement,
- **le manque d'articulation des interventions** autour de la personne, ce qui peut entraîner des ruptures de parcours, un développement insuffisant des réflexes de prévention et un isolement de la personne âgée et du proche aidant.

23 % DES EHPAD
NON RÉNOVÉS DEPUIS
PLUS DE 25 ANS

En excluant les fonctions mutualisables, qui peuvent expliquer des écarts de taux d'encadrement, les EHPAD privés lucratifs affectent, en moyenne, sensiblement moins de personnels aux fonctions d'animation, d'accompagnement social et de service : ces personnels y représentent 16,2 ETP pour 100 résidents contre 18,5 dans le privé non lucratif et 20,4 dans les EHPAD publics.

La qualité de l'offre des établissements au sens large incluant le soin, l'aide, l'alimentation, l'animation... est perçue comme très hétérogène. Mais aucune étude ne documente le sujet, signe fort de l'insuffisance du pilotage du secteur.

Les disparités sont également fortes quant à la configuration et à l'ancienneté des bâtis : selon la DREES, en 2015, la construction ou la dernière rénovation des bâtiments des EHPAD dataient de plus de 25 ans dans 23 % des cas. C'est notamment le cas des EHPAD habilités à l'aide sociale qui n'amortissent le plus souvent pas les frais de construction, ceux-ci étant supportés par la puissance publique sous forme de subventions. De même, les éléments de confort diffèrent : si les EHPAD privés lucratifs offrent quasiment exclusivement des chambres individuelles avec sanitaires privés, 11 % des places en EHPAD publics sont en chambre partagée et 25 % n'ont pas de douche privative. Par exemple, le Centre Emma Ventura à Fort-de-France propose 365 places (EHPAD et ESLD), dont l'essentiel en chambres de 4 personnes avec 1 sanitaire et 1 douche pour 8 résidents. Le centre porte un projet prometteur de centre de ressources gérontologique pour l'ensemble de la Martinique mais qui nécessite un effort d'investissement majeur, à la hauteur des besoins de rénovation du site.

À domicile, l'offre est nombreuse, mais atomisée et économiquement fragile

Pour les SAAD habilités à l'aide sociale (soit environ 75 % de l'offre), les tarifs moyens pondérés en

fonction de l'activité⁴ s'élèvent à 21,67 euros pour l'APA. Or le coût de revient horaire moyen des SAAD avait été évalué à 24 € dans une première étude de coût⁵, mettant en lumière les difficultés de gestion auxquelles les structures sont confrontées. Pour ces services, il n'est pas prévu, sauf dans quelques départements et de façon marginale, de sur-participation. L'offre est en outre atomisée (7 000 services autorisés en France dont 1 600 tarifés), ce qui ne favorise pas la réalisation d'économies d'échelle. De plus, les structures de coût varient selon les différentes conventions collectives dont dépendent les services. La majorité relève de la branche de l'aide à domicile (environ 60 %), mais une minorité relève d'autres conventions du privé non lucratif, de la convention des services à la personne de 2012 (privé lucratif environ 20 %) voire de la fonction territoriale (CCAS environ 10 %).

SERVICE À DOMICILE :
21,67 €
DE TARIF MOYEN
24 €
DE COÛT DE REVIENT MOYEN

Les disparités territoriales sont fortes tant sur l'offre que sur le montant des prestations

Les disparités territoriales sont fortes, aussi bien pour les soins qui sont pourtant financés au niveau national, que pour la mise en œuvre de l'APA et les barèmes d'ASH, qui relèvent des Conseils départementaux.

En ce qui concerne les soins à domicile comme en établissement, les taux d'équipement sont inégaux sur le territoire. Selon les régions, les taux d'équipement en EHPAD sont compris entre

4. Relevés en semaine.

5. Source : « Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts », DGCS - CNSA, mai 2016.

52 et 198 places pour 1 000 personnes âgées. Cet écart peut-être localement beaucoup plus fort si l'on prend en compte le régime juridique des établissements, avec notamment la quasi-disparition d'établissement à tarif accessible dans les centres villes des grandes métropoles.

Globalement, trois modèles émergent :

- l'Ouest et la partie orientale du massif central se caractérise plutôt par un taux d'équipement élevé en EHPAD ;
- le Nord et l'Est ainsi que la partie occidentale du massif central se caractérisent par un taux d'équipement élevé en services de soins infirmiers à domicile ;
- le Sud de la France, en particulier le Sud-Est, se caractérise par un nombre d'actes infirmiers en libéral particulièrement élevé.

En 2017⁶, le montant moyen des dépenses d'assurance maladie par habitant de plus de 75 ans varie de 1 500 à 3 500 euros selon les départements (soins infirmiers et dotations aux ESMS), la médiane se situant autour de 2 100 euros et l'écart-type autour de 300 euros). Les écarts de taux d'équipement, au-delà de différences locales de choix dans les modes d'accompagnement, semblent bien révéler un accès inégal aux soins sur le territoire pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le financement et la gestion de l'APA, tout comme celle de l'ASH, sont une compétence départementale. Les pratiques peuvent ainsi différer selon les territoires.

Concernant l'APA, les différences peuvent concerner l'éligibilité (notamment via le classement en GIR 5 et 6 plutôt qu'en GIR 4, éligible à l'APA), l'évaluation de la situation et des besoins, les modes de gestion, les règles de tarification et bien entendu les montants des plans d'aides. Selon le HCFEA⁷, si « une partie importante de la variabilité de la part des bénéficiaires de l'APA par département s'explique par les caractéristiques socio-démographiques et (...) par (...) la politique propre au département, (...) une part non négligeable des écarts entre départements n'est pas expliquée, et résulte d'éléments plus discrétionnaires. ». Depuis la loi ASV, l'évaluation doit être conduite suivant un référentiel national à caractère réglementaire.

Ces disparités territoriales affectant l'APA ont également été relevées par la Cour des comptes⁸. La Cour identifie notamment des montants moyens d'APA par bénéficiaire pouvant varier du simple au double d'un département à l'autre. Selon une enquête menée par la CNSA et la DGCS sur l'année 2017 auprès de 88 conseils départementaux, les pratiques tarifaires vis-à-vis des SAAD en mode prestataire sont effectivement disparates. La médiane des tarifs dépendance des établissements, fixés par le conseil départemental, s'établit en 2016 à part 5,5 €/jour pour les GIR 5-6, 13 €/jour pour les GIR 3-4 et 20,4 €/jour pour les GIR 1-2. Mais ils varient de plus ou moins 20 % autour de ces valeurs selon les départements⁹.

Concernant l'ASH, le barème, les dépenses prises en compte, le degré de filiation et les modalités de récupération sur successions retenues varient substantiellement selon les départements¹⁰. À titre d'exemple, en 2014 :

- 72 % des départements déduisent systématiquement les frais de mutuelle de la participation financière des bénéficiaires de l'ASH, environ la moitié des prélèvements fiscaux et des frais d'assurance pour conserver un reste à vivre suffisant aux personnes âgées ;
- si la totalité des départements ont systématiquement recours aux enfants, gendres et belles-filles dans le cadre de l'obligation alimentaire, 27 % ont recours systématiquement aux petits-enfants, 20 % parfois et 53 % jamais.

Les modes d'hébergement alternatifs montent lentement en puissance

Entre le domicile et l'institution, plusieurs formes d'habitat (inclusif, accueil familial, résidences autonomie et résidences services) se sont développées permettant de concilier une logique domiciliaire et un bouquet de services adaptés. Toutes ces formes sont du domicile au sens de l'APA et bénéficient ainsi des prestations et des dépenses fiscales qui s'y rapportent.

Les résidences autonomie (anciens logements-

6. Sources : CNMA, CNSA.

7. Source : HCFEA, 2017, op.cit.

8. Cour des comptes, rapport sur les finances publiques locales, oct. 2017.

9. Source : CNSA, les tarifs des EHPAD en 2016. La réforme tarifaire en cours conduira au terme de la convergence (2023) à une seule valeur du point GIR par département.

10. Source : DREES, 2018, « L'aide et l'action sociale en France ». Données 2014. Et Fragonard, 2011, « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées.

foyers) comportent environ 110 000 places. La loi ASV a institué des prestations minimales pour garantir la qualité d'accueil des résidents. Elle a aussi mis en place un forfait autonomie versé par les départements, via les conférences des financeurs. Son objectif est de financer la prévention de la perte d'autonomie. Très majoritairement publiques, les résidences autonomie ont un taux d'encadrement significativement plus bas qu'en EHPAD étant donné le nombre limité de personnes en perte d'autonomie accueillies (dans la limite de 15 % de la capacité autorisée pour les GIR 1 à 3, 10 % pour les GIR 1-2).

Environ 50 000 hébergements sont proposés en **résidences services**¹¹. Leur nombre n'est pas précisément connu et aucune obligation déclarative ne leur incombe. La loi ASV a toutefois créé un statut générique pour ces résidences, qui ne sont pas régies par le code de l'action sociale et des familles, et dont le statut était le même depuis 1965. Leur développement est rapide et s'adresse plutôt à des personnes âgées aisées, même si cette réalité est très différente selon les résidences et les localisations.

👉 **Moi j'envisage une résidence autonomie. J'aurais ma propre pièce, si je veux, je peux aller au restaurant. Je pourrais recevoir mes enfants et mes amis, c'est un milieu protégé, il y a une infirmière si besoin, peut-être que j'y irai dans quelques années** 👉👉

(Femme, 82 ans, à domicile, Paris)

Environ 6 000 personnes âgées sont accueillies dans le cadre d'un **accueil familial**. La loi ASV a créé un référentiel d'agrément et amélioré les droits des personnes accueillies. Interrogés dans le cadre de la concertation, les conseils départementaux soulignent l'intérêt de cette forme d'hébergement, mais signalent de fortes difficultés de recrutement pour maintenir leur capacité d'accueil.

Enfin, **l'habitat inclusif ou alternatif** se développe sans que des données quantitatives soient

disponibles compte tenu de la diversité des innovations et des formats. À titre d'exemple, la loi d'ASV dans son article 20 a donné l'autorisation pour les bailleurs sociaux d'attribuer en priorité à des personnes en perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap des logements construits ou aménagés spécifiquement¹². Selon les données du ministère du Logement, environ 4 700 logements à destination des personnes âgées et handicapées ont été financés depuis 2016.

DES PRESTATIONS PEU LISIBLES

La **prise en charge de la perte d'autonomie est complexe** : elle fait intervenir différents financeurs (Assurance Maladie, conseils départementaux, CNSA, État, caisses de retraite), pour des dépenses de natures différentes (soins, dépendance et aide à la vie quotidienne, hébergement, etc.) et des opérateurs aux statuts divers (publics, privés lucratifs, privés non lucratifs). Cette prestation peu lisible, qui distingue nettement la France des pays scandinaves, a pour conséquence une perception faible de la dimension de l'effort public réellement consenti. Elle contribue également à une distension du lien entre le financeur, le prestataire de services et l'interlocuteur de proximité de la personne. Préjudiciable à l'intelligibilité globale du système de prise en charge, cette complexité est renforcée par l'absence d'une porte d'entrée unique et facilement identifiable dans le système d'accompagnement et de soin.

À cette complexité du système d'acteurs, des circuits de financement et de l'accès à la prestation, s'ajoute le **manque d'information disponible** pour la personne âgée et ses proches. Des progrès ont été enregistrés depuis la loi ASV, notamment via l'enrichissement du portail numérique d'information www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr d'un comparateur de prix et reste à charge en EHPAD, ainsi que d'un annuaire des SSIAD et des SPASAD. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucun service d'information sur la qualité de la prestation (taux d'encadrement, état de santé des résidents, etc.), analogue à la démarche RAI (resident assessment instrument) systématisée aux États-Unis. Cette absence prive d'un outil puissant d'éclairage les choix des personnes et des familles, et d'incitation des

11. Source : Igas, 2015, Les résidences avec services pour personnes âgées

12. Ces logements représentant 70 % de l'ensemble immobilier construit.

établissements à développer leur qualité, face à une demande mieux informée.

La complexité des prestations se traduit par des **difficultés d'accès aux droits**, qu'il est difficile aujourd'hui de documenter de façon précise. Le dispositif de crédit d'impôt est souvent méconnu, y compris par certains travailleurs sociaux intervenant auprès de ces publics, alors même qu'il permet de diminuer de moitié le reste à charge des personnes bénéficiant d'une aide humaine à domicile.

L'interprétation de la faiblesse du taux de recours à l'ASH est plus complexe : aucune étude ne permet de chiffrer la part du non-recours qui proviendrait de la mobilisation de l'obligation alimentaire ou du recours sur succession¹³. Enfin, il n'y a pas d'analyse quantitative et qualitative satisfaisante du non-recours à l'APA. Selon l'enquête Vie quotidienne et santé, en 2014, 1,4 million de personnes de 60 ans et plus vivant à domicile présentent un « score » de perte d'autonomie au moins équivalent au GIR 4 soit près de deux fois plus que le nombre de personnes bénéficiant de l'APA à domicile¹⁴.

DES RÉPONSES PROFESSIONNELLES TROP CLOISONNÉES ET PEU COORDONNÉES

Depuis une vingtaine d'années, que ce soit dans les champs sanitaires et sociaux, les organisations administratives, les établissements publics et privés, ainsi que les acteurs de ville ont fait évoluer chacun de leur côté leurs réponses aux principaux besoins des personnes âgées. L'engagement des professionnels, la diversité des réponses et la qualité des expertises dans ce domaine sont une richesse importante de notre système.

Toutefois, nos organisations ont créé un foisonnement de réponses devenues complexes, cloisonnées et de moins en moins lisibles, tant au niveau local que national.

Aujourd'hui, il faut rappeler sans cesse que les personnes âgées fragiles ou en risque de perte d'autonomie souffrent d'isolement social et de multiples problèmes de santé (polyopathologies). L'objectif n'est souvent pas la guérison, mais la stabilisation du niveau d'autonomie individuelle. Cette dernière dépend intimement de la bonne coordination des soins et services issus des interventions nombreuses d'un ensemble d'acteurs sanitaires et sociaux dans la durée.

La chronicité des pathologies, en entraînant des limitations fonctionnelles, des handicaps durables et une détérioration progressive de la santé, nécessite des soins cliniques et des aides individuelles dans une prise en charge ville hôpital de longue durée. La multidimensionnalité des causes de la perte d'autonomie est susceptible de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'une personne, voire d'aggraver son état de santé.

La présence quasi systématique d'un nombre élevé de pathologies, souvent chroniques, rend prioritaire les articulations dans la durée entre les soins cliniques et techniques d'une part, et l'accompagnement du maintien de l'autonomie d'autre part (soins de nursing, aides à la vie quotidienne). La prise en charge de la perte d'autonomie nécessite l'intervention de nombreux professionnels spécialisés, de santé ou intervenants sociaux, particulièrement à domicile.

Les organisations et les pratiques des professionnels de santé et du social doivent donc évoluer en tenant compte de deux éléments fondamentaux : l'évolution des maladies chroniques et l'augmentation de leur nombre d'une part, et le caractère multidimensionnel des causes de la dépendance des personnes âgées (médicales, psychosociales, culturelles, environnementales et/ou économiques) d'autre part.

Les réponses apportées à ces questions l'ont été presque toujours en silos, sans véritable intersectorialité sanitaire, sociale et médico-sociale, ou n'ont été coordonnées que de manière imparfaite ou partielle.

13. Par ailleurs, il pourrait y avoir un frein au principe même de recours à une aide publique, comme pour d'autres droits ou prestations.

14. Source : DREES, 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », Dossiers de la DREES n° 13. Environ 70 000 personnes de plus de 60 ans sont par ailleurs bénéficiaires de la PCH.

UN PILOTAGE LOCAL PARTICULIÈREMENT COMPLEXE

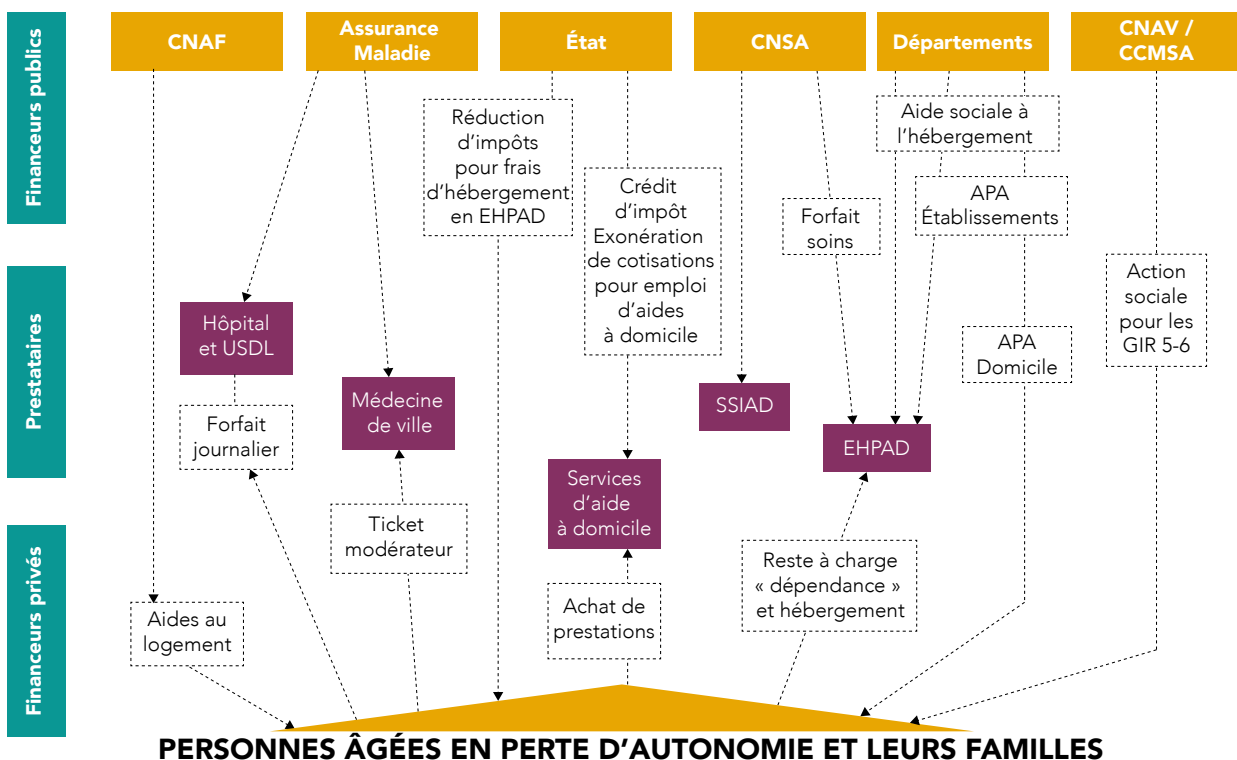
La complexité du pilotage local de la politique du grand âge fait l'objet d'un consensus parmi les acteurs de la concertation. Elle découle de deux caractéristiques de cette politique publique :

- une forte interaction entre l'accompagnement social et médico-social de la personne et sa prise en charge proprement sanitaire. Celle-ci se traduit par l'intervention conjointe du conseil départemental, chef de file de l'action sociale, et des Agences régionales de santé sur le système de santé ;
- une tension entre une logique de droits objectifs, universels, pilotés et financés au niveau national, et une logique d'aide sociale décentralisée, organisée localement au plus près des besoins de la personne âgée.

Cette complexité se décline dans de nombreux segments de la politique du grand âge : pilotage de l'offre et allocation des ressources aux établissements et services, politique de prévention, accueil et information de premier niveau, instances de coordination des interventions autour des personnes, etc.

Elle contribue à une **perte d'efficacité majeure**, à trois niveaux :

- **pour les personnes âgées et leurs proches**, les dispositifs d'accueil et d'information de premier niveau se juxtaposent sans que soit clairement identifiés une porte d'entrée ou un interlocuteur de référence. À ce titre, les forums régionaux organisés dans le cadre de la concertation font ressortir très fortement un besoin de simplification du paysage. L'objectif en serait double : rendre l'offre lisible et faciliter l'accès aux droits pour les personnes concernées. (...)
- **pour les gestionnaires d'établissements et services** (EHPAD et SPASAD surtout), la double tutelle subordonne l'allocation de ressources importantes à deux dialogues de gestion, pour des structures majoritairement de petite taille. Cette mobilisation intervient souvent au détriment d'actions de première importance pour les directions d'établissements et services : organisation et management du service, démarche qualité, promotion de la bienveillance ;
- **pour les régulateurs eux-mêmes**, cette complexité est fortement consommatrice de ressources. Le chevauchement des compétences relatives à l'autorisation, à la tarification et au contrôle financier des établissements et services génère d'importants doublons. Pour les EHPAD notamment, l'ensemble des procédures est réalisé à la fois par les ARS et les Conseils départementaux. Il en découle des circuits multiples de remontées d'information, de contrôles, de demandes de compléments ou d'explications, chronophages et difficiles à assumer par les acteurs de terrain.



DOCUMENT 3

Partie 1 : Appréhender le dispositif « conférence des financeurs »

1.1 Les membres de la conférence (voir l'annexe)

L'article L. 233-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) issu de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement définit la composition de la conférence des financeurs. Cette composition est précisée à l'article R. 233-13 du CASF. La conférence est présidée par le président du conseil départemental. Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant en assure la vice-présidence, et veille notamment à ce titre à la cohérence sur le territoire des politiques régionales de santé et de prévention dont celle de la prévention de la perte d'autonomie.

Outre son président, la conférence est composée des membres de droit titulaires et suppléants désignés comme suit :

- (1) Un représentant du département désigné par le président du conseil départemental.
- (2) Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant.
- (3) Le délégué de l'agence nationale de l'habitat dans le département ou son représentant.
- (4) Des représentants des collectivités territoriales volontaires autres que le département et des établissements publics de coopération intercommunale volontaires qui contribuent au financement d'actions entrant dans le champ de compétence de la conférence, désignés par l'assemblée délibérante.
- (5) Un représentant de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail⁵.
- (6) Un représentant de la caisse primaire d'assurance maladie.
- (7) Un représentant de la caisse de base du régime social des indépendants.
- (8) Un représentant de la mutualité sociale agricole.
- (9) Un représentant des institutions de retraite complémentaire.
- (10) Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française.

Il appartient au président du conseil départemental de saisir les organismes, membres de droit, pour qu'ils désignent leurs représentants respectifs au sein de la conférence. Cette demande peut être assortie d'un délai maximum afin de permettre au président du conseil départemental de convoquer les représentants ainsi désignés à une réunion de démarrage des travaux de la conférence. S'il appartient à chaque collectivité de déterminer si elle souhaite intégrer la conférence des financeurs, la démarche peut être à l'initiative du conseil départemental et de ses partenaires.

Par ailleurs, la composition de la conférence pourra être élargie, en fonction des partenariats locaux, à toute autre personne physique ou morale concernée par les politiques de prévention de la perte d'autonomie, sous réserve de l'accord de la majorité des membres de droit.

(...)

⁵ Pour l'Île-de-France il s'agit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

1.3 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 (...).



Axe 1 : L'amélioration de l'accès aux équipements et aux aides techniques individuelles

L'article R. 233-7 du CASF définit les équipements et aides techniques mentionnés par la loi.

Il s'agit de tout équipement, instrument, dispositif, système technique ou logiciel adapté ou spécialement conçu pour prévenir ou compenser une limitation d'activité, destiné à une personne âgée de soixante ans et plus.

Ils doivent contribuer :

- (1) À maintenir ou améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, les liens avec l'entourage ou la sécurité de la personne.
- (2) À faciliter l'intervention des aidants qui accompagnent la personne.
- (3) À favoriser ou accompagner le maintien ou le retour à domicile.

Plus précisément, les aides techniques concernées sont les suivantes :

- aides techniques inscrites à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ;
- autres aides techniques :
 - TIC (technologies de l'information et de la communication) pour l'autonomie et la sécurisation de la vie à domicile et le maintien du lien social,
- téléassistance,
- pack domotique,
- autres technologies,
 - autres aides techniques en particulier celles contribuant à la prévention du risque de chute au domicile (barre d'appui dans la salle de bains, rehausseur de w.c., main courante dans un escalier...).

Les conseils départementaux et les caisses de retraite financent dans le cadre des dispositifs d'aides actuels des aides techniques. Les aides techniques les plus régulièrement citées relèvent de la prévention du risque de chute dans les salles d'eau, toilettes et salles de bains. Il s'agit principalement d'aides techniques à faible coût (coût moyen inférieur à 100 euros). Le nombre de personnes âgées relevant des GIR 1 à 4 bénéficiant de ces aides est restreint, les plans d'aide APA étant aujourd'hui essentiellement consacrés au financement de l'aide humaine.

Les travaux de la préfiguration ont montré que la mobilisation de compétences spécifiques pour l'évaluation de la situation des personnes, telles que des ergothérapeutes, constitue un atout pour favoriser l'accès aux aides techniques des personnes âgées.

Un des constats établis lors de la préfiguration est que la mise en œuvre des modes innovants d'achat et de mise à disposition est un champ actuellement peu investi par les territoires, même si certaines initiatives intéressantes peuvent être signalées comme le projet Technicothèque¹² qui accompagne la personne tout au long du processus pour l'accès aux aides techniques : proposition d'une évaluation, lien avec le service financeur et acquisition par la Technicothèque du matériel qui le met rapidement à la disposition de la personne.

Axe 2°: L'attribution du forfait autonomie

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)¹⁴ dispose que tous les foyers-logements autorisés deviennent, au 1er janvier 2016, des résidences autonomie. Ces structures sont référencées dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux, dans la catégorie 202. Ces dernières disposeront de cinq ans, au plus tard le 1er janvier 2021¹⁵, pour mettre en place un socle minimum de prestations, notamment celles qui concernent la prévention de la perte d'autonomie. Un décret en prévoit la liste.

L'article L .313-12 du CASF prévoit qu'un forfait autonomie est alloué par le département aux résidences-autonomie, qu'elles bénéficient ou non d'un forfait soins, sous réserve de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM). Ce CPOM définit, après discussion entre le département et la résidence autonomie, les objectifs à atteindre en termes d'actions de prévention à mettre en œuvre ainsi que les moyens alloués (montant du forfait) pour y parvenir. Le forfait autonomie est versé par la CNSA aux départements dans le cadre d'un concours spécifique, les modalités d'attribution sont explicitées dans la partie « 1.4 le concours de la conférence des financeurs et les financements mobilisables » de ce guide.

Concrètement, dans le cadre de son programme, la conférence des financeurs détermine les catégories d'actions de prévention de la perte d'autonomie qu'elle juge prioritaire de financer et de mettre en œuvre dans les résidences autonomie relevant de son ressort territorial.

Pour cela, elle s'appuie sur les besoins des personnes âgées en la matière, qu'elle a recensés dans le cadre de son diagnostic préalable. L'ensemble des catégories d'actions pouvant être financées par le forfait autonomie est précisé par un projet de décret qui sera publié prochainement. Elles portent sur :

- « 1° Le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques ;
- 2° La nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes ;
- 3° Le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le développement du lien social et de la citoyenneté ;
- 4° L'information et le conseil en matière de prévention en santé et de l'hygiène ;
- 5° La sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités. »

Pour les mettre en œuvre, le forfait autonomie finance tout ou partie des actions individuelles ou collectives de prévention de la perte d'autonomie, au moyen de :

- « La rémunération de personnels disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie, notamment des animateurs, des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des diététiciens, le cas échéant mutualisées avec un ou plusieurs autres établissements, à l'exception de personnels réalisant des soins donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- Le recours à un ou plusieurs intervenants extérieurs disposant de compétences en matière de prévention de la perte d'autonomie, le cas échéant mutualisé avec un ou plusieurs autres établissements ;(...) »

¹² Plateforme d'accessibilité aux aides techniques, pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées, expérimentée en Maine-et-Loire.

¹³ <http://www.anah.fr/mediatheque/publications/>

Les actions financées par le département dans le cadre du forfait autonomie sont conformes aux priorités définies par la conférence des financeurs. Ces derniers peuvent néanmoins moduler ledit montant en fonction d'hypothèses limitativement énumérées dans le décret :

- « L'habilitation, y compris partielle, ou non à l'aide sociale de la résidence autonomie ;
- La mise en œuvre ou non d'actions de prévention dans le cadre du forfait soins mentionné au IV de l'article L. 313-12 ;
- L'ouverture ou non des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie organisées à d'autres personnes que les résidents ;
- La réalisation ou non d'opérations de mutualisation ou de partenariats avec des établissements relevant du 6° de l'article L. 312-1 ou avec des organismes proposant l'organisation d'actions de prévention de la perte d'autonomie. » (...)

Axe 3°: La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SAAD

Le rôle des services d'aide et d'accompagnement à domicile dans le repérage de situations individuelles de perte d'autonomie, fait de ces acteurs des maillons essentiels d'un processus global de prévention de la perte d'autonomie. Cette notion de repérage peut ainsi être valorisée dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus avec le département. Des outils de repérage de la perte d'autonomie sont déjà disponibles¹⁶ et d'autres à venir¹⁷.

Les SAAD peuvent également être des opérateurs d'actions collectives de prévention destinées aux personnes fragiles à domicile financées par la conférence des financeurs, si celle-ci l'estime pertinent dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'action du programme coordonné qu'elle a défini.

Plus globalement, dans le cadre de CPOM conclus avec le département, les SAAD peuvent exercer des actions de prévention ou les coordonner, au titre par exemple de missions de prévention, conformément au 6° de l'article L. 313-11-1 du CASF¹⁸, comme cela a pu être réalisé par certains départements dans les expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile.¹⁹

Axe 4°: La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SPASAD

Les départements reçoivent un financement spécifique permettant la promotion des actions de prévention des SPASAD. Ce concours a pour objet, comme plusieurs dispositions de la loi, de promouvoir ces services associant aides et soins à domicile. Les SPASAD assurent en effet les missions prévues par l'article D. 312-7 du code de l'action sociale et des familles. Ils assurent ainsi conjointement les missions d'un service de soins infirmiers à domicile et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile, mentionnées respectivement aux articles D. 312-1 et D. 312-6 du même code.

L'article 49 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit d'expérimenter sur deux ans une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD afin de développer ces structures et d'en améliorer la coordination au bénéfice de la qualité de l'accompagnement global de la personne et de la promotion de la bientraitance. Cette expérimentation permettra de renforcer l'intégration des services et facilitera le financement des actions de prévention qu'ils porteront, donnant aux SPASAD les moyens d'exercer leur rôle de repérage et de prévention de la perte d'autonomie des personnes fragiles.

Les actions de prévention des SPASAD participant à l'expérimentation sont définies dans un CPOM signé avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Ces actions qui concourent à favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées peuvent être individuelles ou collectives et sont éligibles aux financements de la conférence des financeurs.

Axe 5°: Le soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie

L'attribution d'une compétence en matière d'accompagnement des aidants à la conférence des financeurs s'inscrit dans un ensemble de mesures prévues par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour répondre à l'enjeu majeur de reconnaissance et de soutien des aidants (information, évaluation des besoins, répit, congé...). Plusieurs de ces mesures ont pour objet de mobiliser les institutions en leur faveur et de mieux coordonner leurs interventions.

Ainsi, l'article L. 113-2 du CASF élargit la responsabilité du département en matière d'action sociale en faveur des personnes âgées et de coordination des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées à leurs proches aidants. Dans le même temps, la compétence de l'ARS pour le soutien des aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap est réaffirmée²⁰.

Par ailleurs, plusieurs instances et outils peuvent être mobilisés pour assurer une meilleure structuration de l'aide aux aidants, voire définir une stratégie commune sur ce sujet ;

- les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie, mais aussi les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, que ce soit en formation plénière ou en formation institutionnelle ;
- le schéma départemental d'organisation sociale et le schéma régional de santé (voir la partie sur le diagnostic) ;
- les nouvelles conventions entre département, ARS, et caisses visant à coordonner l'action gérontologique, le soutien des aidants étant l'un des sujets d'intérêt commun à ces institutions (voir l'article L. 113-2 II du CASF).

Axe 6°: Le développement d'autres actions collectives de prévention

Le décret relatif à la conférence des financeurs identifie les « actions collectives de prévention en distinguant celles qui portent sur la santé, le lien social, l'habitat et le cadre de vie ».²²

À un niveau plus précis que ce qui est identifié par le décret, les thématiques principales de ces actions sont les suivantes :

- santé globale/bien vieillir dont :
 - nutrition,
 - mémoire,
 - sommeil,
 - activités physiques et atelier équilibre/prévention des chutes,
 - bien-être et estime de soi ;
- habitat et cadre de vie (dont sécurité domicile) ;
- sécurité routière ;
- accès aux droits ;
- lien social ;
- préparation à la retraite.

²⁰ article L. 1431-2 du Code de la santé publique.

²¹ Le développement d'une palette d'actions variées visera également à prendre en compte les aidants de personnes âgées plus autonomes dans une logique de sensibilisation et de prévention des risques d'épuisement des aidants.

Le CDCA (conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie)

Mis à jour le 27/08/2020 - *pour-les-personnes-agees.gouv.fr*

Le CDCA a été créé par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour renforcer la participation des personnes à l'élaboration des politiques publiques du handicap et de la vieillesse. Le CDCA donne son avis sur les sujets concernant les personnes âgées et les personnes handicapées. Il est composé de représentants des institutions, des personnes âgées et des personnes handicapées et des professionnels.

Qu'est-ce que le CDCA ?

Le CDCA remplace le conseil départemental consultatif des personnes handicapées (CDCPH) et le comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA).

Cette instance nouvelle présidée par le président du Conseil départemental a pour ambition de renforcer la démocratie participative au niveau local et de faciliter la co-construction des politiques publiques territoriales en concertation avec les personnes et leurs proches, les représentants institutionnels locaux et les professionnels du secteur de l'âge et du handicap.

A quoi sert le CDCA ?

Le rôle du CDCA est d'émettre des avis et des recommandations : prévention, accompagnement médico-social et accès aux soins, aides humaines ou techniques, transport, logement, habitat collectif, urbanisme, aide aux aidants, maintien à domicile, culture, loisirs, vie associative... Le CDCA est par exemple consulté sur les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces schémas programment l'évolution des établissements et services existants et la création de structures pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Il peut débattre de tout sujet relatif aux politiques de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes âgées et des personnes handicapées, selon des modalités d'organisation qu'il définit.

Qui compose le CDCA ?

Afin de répondre aux spécificités propres à chaque public, le CDCA est composé de deux formations spécialisées : une formation pour les questions relatives aux personnes handicapées et une formation pour les personnes âgées.

Ces deux formations sont composées chacune de 4 collègues :

Premier collègue : représentants des retraités, des personnes âgées et des proches aidants (pour la formation personnes âgées) et représentants des personnes handicapées et des proches aidants (pour la formation personnes handicapées).

Deuxième collègue : représentants des institutions. Par exemple, des représentants de l'Etat, du conseil départemental, de l'ARS, de l'ANAH et des caisses de sécurité sociale.

Troisième collègue : représentants des organismes et professionnels œuvrant en faveur des personnes âgées (pour la formation personnes âgées) et des personnes handicapées (pour la formation personnes handicapées). Par exemple, des représentants des organisations représentant les employeurs, les professionnels et les gestionnaires d'établissements et de services pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Quatrième collègue : représentants des personnes physiques ou morales concernées par les politiques de l'autonomie et de la citoyenneté des personnes âgées (pour la formation personnes âgées) et des personnes handicapées (pour la formation personnes handicapées) ou intervenant dans le domaine de compétence du CDCA. Par exemple, des représentants des bailleurs sociaux ou des organismes en charge de l'organisation des transports.

Les deux formations se réunissent indépendamment et se retrouvent à l'occasion des réunions plénières qui rassemblent les deux formations spécialisées du CDCA au moins deux fois par an. Les représentants des personnes âgées et des personnes handicapées et les professionnels réfléchissent donc ensemble dans le cadre du CDCA à la mise en place d'actions dans leur département.



Article | 01 avril 2021



Grand âge : un rapport sénatorial plaide pour le maintien à domicile

Dans un récent rapport d'information, deux sénateurs se penchent sur la stratégie de prévention de la dépendance, en proposant d'en finir avec la grille Aggir et de favoriser le maintien à domicile tout en cessant de construire de nouveaux Ehpad.

Encore un rapport sur le grand âge ? Certes. Mais le travail des spécialistes des politiques sociales que sont **Michelle Meunier** (Loire-Atlantique, PS) et **Bernard Bonne** (Loire, LR), réalisé pour la commission des affaires sociales du Sénat, aborde des thèmes variés et formule des propositions parfois surprenantes.

Incontestablement majeure dans une France qui vieillit, la question de la prévention de la dépendance manque pourtant de précision, ce terme lui-même n'étant défini juridiquement ni dans le code de la santé publique ni dans celui de l'action sociale et des familles.

Pourtant, en 2030, selon l'Insee, la France comptera 21 millions de personnes âgées de 60 ans et plus et, en 2070, « *les plus de 75 ans pourraient représenter près de 18 % d'une population de 76 millions d'habitants* », avec une répartition inégale entre les régions, rappelle le rapport dans ses éléments de cadrage, qui s'appuient sur de nombreux travaux publics et associatifs.

Espérance de vie sans incapacité

En 2019, par exemple, une femme de 65 ans pouvait espérer vivre 11,5 ans sans incapacité et 18,5 ans sans incapacité sévère ; respectivement 10,4 et 15,7 ans pour un homme. Par ailleurs, selon la Drees et l'Insee, le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pourrait augmenter de 24 % entre 2016 et 2030.

Sans oublier les conséquences sur notre système de soins. « *Alors que notre système de santé a été créé après la deuxième guerre mondiale pour traiter les maladies aiguës de l'adulte jeune, rappelle le rapport, la plupart des patients désormais pris en charge en soins aigus ont des pathologies chroniques. Il faut en conséquence repenser l'administration du soin.* »

Peu de logements adaptés

Mais les réalités sont contrastées car la politique d'adaptation des logements au vieillissement semble patiner. Sa part dans le budget de l'Anah a baissé depuis cinq ans. Seuls 6 % des logements seraient adaptés à la dépendance, moitié moins qu'en Allemagne ou au Danemark.

Les sénateurs relèvent le manque de coordination des acteurs sur le terrain, par exemple entre les Carsat (caisses de retraite) et les équipes APA des départements. Ils saluent toutefois le développement des équipes mobiles en gériatrie par les agences régionales de santé (ARS), ou les progrès réalisés en matière de coordination par les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa). Pour autant, pas plus de 11 % de la population âgée de plus de 75 ans (550 000 personnes) ne sont concernés.

La grille Aggir en ligne de mire

Également dans le viseur des deux parlementaires : la grille « Aggir » (pour « Autonomie gérontologie groupes iso-ressources »), utilisée pour évaluer le niveau d'autonomie des personnes âgées, dans le cadre de l'APA. Contestée de longue date, « *elle n'a pas pour objectif de répondre aux besoins de la personne, ni même de les évaluer* », soulignent les sénateurs qui s'appuient sur de nombreux rapports allant dans ce sens. Faut-il imaginer un autre outil ? Sans aucun doute, pour les auteurs, qui proposent de s'inspirer du *resident assessment instrument* (RAI) en vigueur aux États-Unis ou du système québécois de mesure de l'autonomie fonctionnelle (Smaf).

En tout cas, estiment Michelle Meunier et Bernard Bonne, il convient vraiment de « *mettre un peu d'ordre dans les outils d'évaluation des personnes mis à la disposition des équipes départementales en les modernisant et en les unifiant* ».

Visite à domicile à 75 ans

Pour construire une vraie politique de prévention, les auteurs préconisent aussi de rendre systématiques des visites à domicile autour de 75 ans, pour réaliser un bilan complet de la personne, avec le concours d'infirmiers, de psychologues, d'ergothérapeutes et/ou de kinésithérapeutes.

Selon la Fédération française des masseurs kinésithérapeutes, du fait de l'interruption des séances de kiné en établissement pendant le confinement, au printemps 2020, « *le nombre de patients devant être accompagnés pour marcher a doublé et un quart des patients pouvant marcher seuls ont perdu cette capacité* ».

Virage domiciliaire

Pour les sénateurs, cependant, il faut « *prendre (enfin...) le virage domiciliaire* ». Car « *l'objectif de privilégier le maintien à domicile, répété par les gouvernements successifs, n'a jamais été doté des moyens nécessaires à sa mise en œuvre* ».

La multiplicité des organismes conduit à multiplier les temps de déplacement dont le coût n'est pas négligeable. Il faudrait donc rationaliser les chances en réduisant la mise en concurrence des structures sur un même territoire. Pourquoi pas dès lors expérimenter de nouvelles organisations sur un territoire avec un monopole régulé d'un service ? Voilà de quoi susciter un vif débat...

On ne sera pas étonné de savoir que les représentants de la Chambre haute, émanation des pouvoirs locaux, proposent d'accroître les compétences des départements : ceux-ci seraient désormais responsables des visites de prévention à 75 ans, du maintien à domicile (c'est déjà le cas). Ils seraient également chargés de généraliser les centres locaux d'information et de coordination (Clic) ou leur équivalent sur le territoire.

Fragile modèle Ehpad

Sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), la tonalité est très négative. Le rapport Laroque de 1962 insistait déjà sur le risque de ségrégation en établissement. Avec 21 % des plus de 85 ans vivant en Ehpad, la France compte pourtant, aujourd'hui, le taux d'institutionnalisation le plus élevé en Europe.

Le modèle a aussi montré sa fragilité pendant la crise sanitaire. Comme le disait Franck Chauvin, président du Haut Conseil de la santé publique, devant la commission d'enquête du Sénat sur l'épidémie de Covid-19 : « *Je pense que le fait qu'une population vulnérable soit regroupée dans un même espace la rend extrêmement sensible à la diffusion d'une épidémie.* »

Renforcer le soutien aux aidants

Dès lors, la France doit se fixer l'objectif d'arrêter, à court terme, les projets de construction d'Ehpad. Et la priorité devrait être donnée dans ces structures à l'ouverture sur l'extérieur – ce qui pourrait être une condition pour financer des travaux de rénovation des établissements.

En parallèle, la priorité au maintien à domicile doit être inscrite dans le droit positif et le soutien financier aux proches aidants amélioré.

Enfin, Michelle Meunier et Bernard Bonne proposent de mettre en œuvre les préconisations du [rapport Piveteau-Wolfrom](#) pour développer l'habitat inclusif.



Noël BOUTTIER

SOURCES

- [Rapport du Sénat](#)

Loi d'adaptation de la société au vieillissement : quel bilan ?

Essentiel-autonomie.com - Mis à jour le 20/05/2020

Les aidants connaissent-ils leur statut ? Comment les entreprises accompagnent-elles les aidants salariés ? A l'occasion de la Journée Nationale des Aidants, (...) Essentiel Autonomie et OpinionWay ont mené l'enquête et tirent le bilan de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV).



Plus de **8 millions de personnes** en France aident un proche. Chaque année, la Journée Nationale des Aidants du 6 octobre est l'occasion de donner un coup de projecteur sur la réalité des aidants familiaux, leurs profils, leurs besoins et leurs attentes.

A l'occasion de la 9ème édition de la Journée nationale des aidants, Essentiel Autonomie et OpinionWay se penchent sur la **loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement** (ASV), entrée en vigueur le 1er janvier 2016.

Bon à savoir

Que dit la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ? « *La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit un budget de 700 millions d'euros par an pour l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées. La loi réforme et revalorise l'APA, c'est-à-dire l'allocation personnalisée d'autonomie, en augmentant le nombre d'heures d'aide à domicile par exemple, reconnaît le rôle des proches aidants et crée un droit au répit pour les aidants* ».

L'aidant connaît-il son statut ?

Etre aidant est loin d'être anodin et peut avoir des impacts sur la vie familiale, personnelle et professionnelle. Pourtant, le statut d'aidant, créé par la loi d'adaptation de la société au vieillissement, reste mal connu. Si **56% des aidants ont entendu parler de la loi** relative à l'adaptation de la société au vieillissement, seul **1 sur 5 dit connaître précisément ce statut**.

Au-delà de ces chiffres, les aidants ignorent les dispositifs qui leur sont proposés. Par exemple, **32%** des salariés qui accompagnent un proche en situation de dépendance **n'ont jamais entendu parler d'un congé spécial pour les aidants**. Il s'agit du congé proche aidant qui permet de s'occuper d'une personne handicapée ou faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

L'aidant connaît-il ses droits ?

Le statut d'aidant encore mal connu

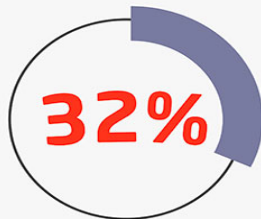


1 sur 5

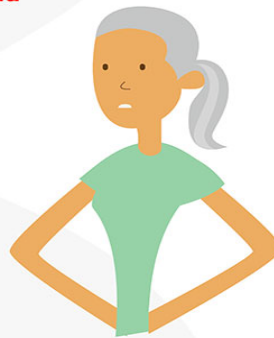


Seulement 19% des aidants connaissent précisément le statut d'aidant créé par la loi.

Le congé aidant, un dispositif méconnu



32% des aidants qui travaillent n'ont jamais entendu parler d'un congé spécial pour les aidants.



Une loi qui a eu un impact limité sur la vie des aidants



1 sur 3



Seulement 32% trouvent leur vie plus facile depuis la loi de 2017 prévoyant un budget de 700 millions d'euros par an pour l'accompagnement de l'autonomie des personnes âgées.

Étude OpinionWay pour Malakoff-Humanis réalisée en ligne auprès d'un échantillon de 503 aidants issu d'un échantillon de 1785 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. Les interviews ont été réalisées du 12 au 19 septembre 2018

**(essentiel
autonomie)**
malakoff humanis

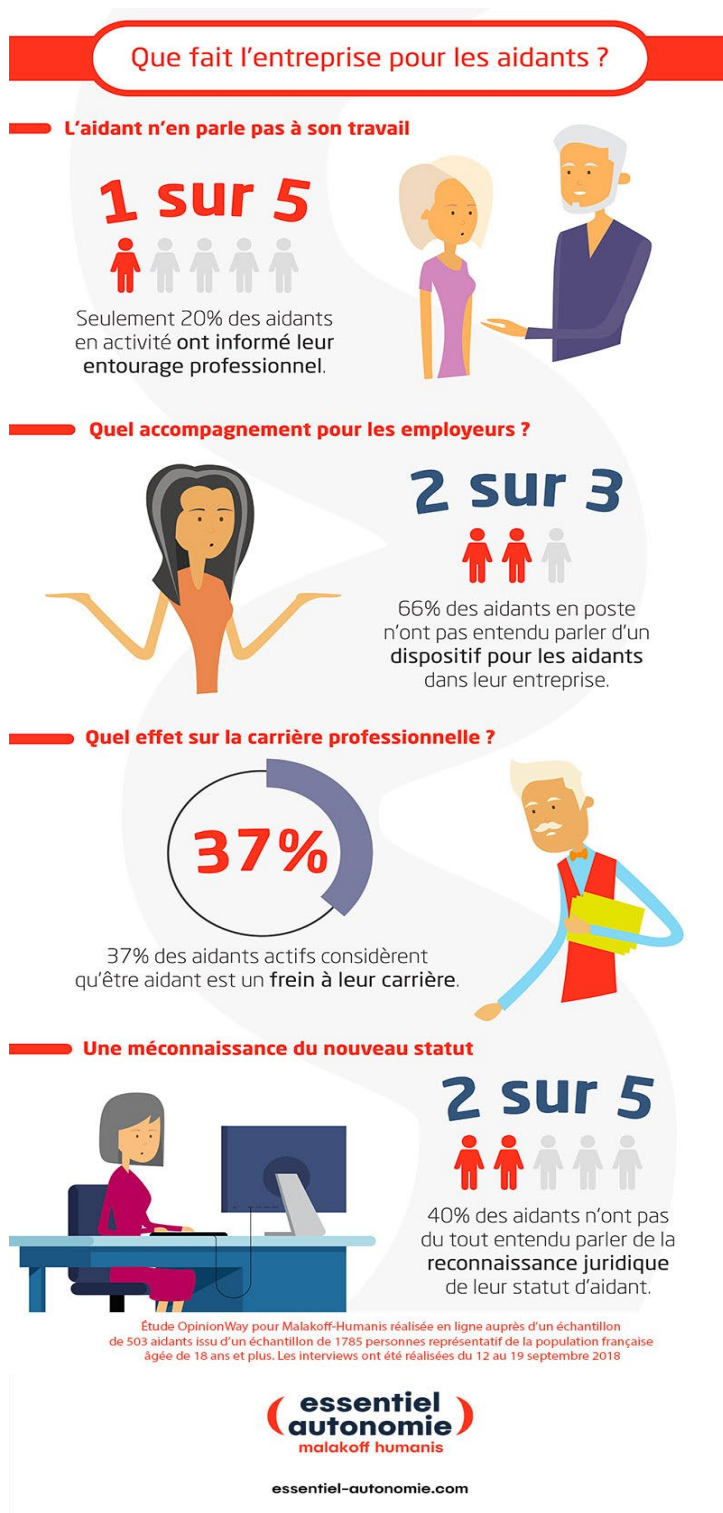
essentiel-autonomie.com

Que fait l'entreprise pour les aidants ?

Le nombre de salariés qui s'occupent d'un proche dépendant ou malade ne cesse d'augmenter. Conscientes de cette réalité, les entreprises sont de plus en plus nombreuses à mettre en place des solutions d'accompagnement. Pourtant, selon l'étude OpinionWay pour Humanis, **66% des aidants en poste n'ont pas entendu parler d'un dispositif pour les aidants** dans leur entreprise et **2 aidants sur 5** n'ont pas du tout entendu parler de la reconnaissance juridique de leur statut d'aidant. Une situation d'autant plus difficile que les aidants rencontrent des difficultés pour évoquer leur situation auprès de leur entourage professionnel. Seul **1 aidant sur 5** a informé son entourage professionnel de sa situation et **37% d'entre eux** considèrent qu'être aidant est un frein à leur carrière. Ces résultats permettent de tirer un constat : **deux ans après, la loi n'a pas encore fait ses preuves**. L'interprétation de certains de ses aspects

législatifs reste floue. Il en résulte, pour les aidants, une difficulté à connaître leurs droits et l'ensemble des dispositifs qui peuvent leur être proposés au sein de leur entreprise.

On observe que la loi a eu un impact limité sur la vie des aidants. Seul **1 aidant sur 3 considère que sa vie est plus simple** depuis la loi.



[1] Etude pour Humanis réalisée auprès d'un échantillon de 503 aidants issu d'un échantillon de 1 785 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. (...)

DOCUMENT 7

Schéma départemental en faveur des personnes âgées 2019-2023 - Conseil départemental de Haute-Garonne (extraits)

AXE III : Accompagner les acteurs de l'offre sociale, médico-sociale et sanitaire pour mettre en place les transformations nécessaires

ENJEU : ELABORER UNE STRATEGIE COHERENTE ET PARTAGEE EN FAVEUR DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE

Action n°19 : garantir une couverture territoriale optimale et de qualité		
Contexte		
<p>D'un côté, l'offre de SAAD (Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) est très importante et concentrée sur la métropole toulousaine.</p> <p>De l'autre côté, la couverture territoriale n'est pas garantie sur tous les territoires en zone rurale. 2 zones sont notamment identifiées : Le Fousseret (canton de Cazères) et Boulogne Sur Gesse (canton de Saint-Gaudens).</p>		
Objectifs		
<p>Organiser un niveau de réponse en SAAD cohérent au regard de la demande.</p> <p>Assurer la conformité au cahier des charges national en termes de qualité d'intervention.</p> <p>Partager avec les professionnels du secteur des objectifs de maillage territorial et de qualité de service.</p>		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	SAAD	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Mettre en place un moratoire de 2 ans concernant les nouvelles autorisations hormis sur les zones identifiées comme déficitaires.	Conseil départemental	2019-2020
Elaborer un diagnostic partagé de l'offre et des besoins avec les SAAD	Conseil départemental	2019-2020
Définir un cahier des charges de l'aide à domicile prenant en compte les problématiques territoriales et de qualité de services rendus.	Conseil départemental	2020-2021
Lancer des appels à projet par territoire.	Conseil départemental	2022
Points de vigilance		
<p>Accompagnement au changement des acteurs du secteur, voire des bénéficiaires des services.</p> <p>Eventuelle réforme nationale de l'aide à domicile.</p>		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
<p>Elaboration du diagnostic partagé.</p> <p>Définition d'un cahier des charges départemental partagé avec les acteurs du secteur.</p> <p>Maillage effectif du territoire en matière de couverture et de densité de services.</p>		

ENJEU : PROPOSER UNE OFFRE A DOMICILE PLUS INCLUSIVE ENTRE LES SECTEURS SOCIAUX, MEDICO-SOCIAUX ET SANITAIRES

Action n°20 : structurer la coordination des acteurs (SAAD / SSIAD / SPASAD / équipes Alzheimer / équipes APA/MAIA/PTA*) autour des situations individuelles		
Contexte		
<p>La coordination autour des situations individuelles des personnes âgées souffre d'une trop grande complexité et de la multiplicité des acteurs : interventions cloisonnées, partage d'informations parfois lacunaire nécessitant à la personne âgée et à son entourage de répéter des informations déjà transmises à d'autres intervenants, représentation sur les métiers et capacité de chaque service intervenant, etc.</p> <p>Le parcours de la personne âgée et de son entourage demeure encore difficile alors que de nombreux services ont été créés depuis des années pour les accompagner.</p> <p>Une coordination plus efficace de l'ensemble des services intervenant auprès des personnes âgées permettra de faciliter et simplifier leur parcours dans la dépendance.</p>		
Objectifs		
Fluidifier les parcours et les démarches des personnes par la mise en réseau et la structuration de la coordination entre services.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	ARS	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Repérage des acteurs de terrain, par territoires (bassin de vie) et élaboration d'un ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources).	Conseil départemental ARS ESMS	2019
Elaboration des conventions et des outils et co-construction d'un kit de formation.		2020
Actualisation des projets de service.		2021
Plans d'accompagnement transverses pour chaque personne suivie.		2022
Points de vigilance		
<p>Eviter le non-respect du secret médical et du secret social (respect partagé au sein de l'équipe de soin), et assurer la protection des données d'une manière générale.</p> <p>Besoin d'une mobilisation de tous les partenaires.</p>		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
<p>Mise en place du Kit.</p> <p>Nombre de projets de service actualisés. Nombre de conventions.</p> <p>Nombre de suivis de situation individuelle partagée entre services concernés.</p>		

*SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

ENJEU : VALORISER LES METIERS DE L' AIDE A LA PERSONNE PAR LE BIAIS DE LA FORMATION ET DE L' ACCOMPAGNEMENT DES EMPLOYEURS

Action n°21 : encourager la valorisation des métiers de l'aide à la personne et contribuer au recrutement, à la formation et à la fidélisation de ces personnels		
Contexte		
<p>Au 1^{er} janvier 2017, le Département compte 45 services tarifés intervenant auprès des personnes âgées.</p> <p>Parmi les principales difficultés rencontrées par ces services, le recrutement de personnel et le turn-over élevé demeurent les plus souvent cités (le métier d'aide à domicile souffrant d'une faible attractivité).</p> <p>Par effet de ricochet, ces difficultés impactent directement les personnes âgées bénéficiaires de ces services, dont la continuité et la qualité des accompagnements peuvent parfois en souffrir.</p> <p>Le secteur des EHPAD connaît les mêmes difficultés de recrutement pour leur personnel du fait des conditions de travail contraignantes, avec un besoin très fort de valorisation du métier.</p>		
Objectifs		
<p>Aider et accompagner les SAAD du territoire dans le recrutement des aides à domicile afin de palier le défaut d'embauche dans ce secteur.</p> <p>Accompagner les EHPAD dans la valorisation de l'emploi des personnels des EHPAD et la fidélisation de ces personnels : favoriser la continuité et la qualité des accompagnements en limitant les turn-over de personnels.</p>		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	SAAD EHPAD Conseil régional Porteurs de projet	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Réaliser un état des lieux des initiatives financées et/ou accompagnées par le Conseil départemental sur le territoire et repérer les secteurs géographiques prioritaires.	Conseil départemental	2019
Initier un travail de réflexion entre le Conseil départemental et le Conseil régional concernant la professionnalisation des aides à domicile et des personnels des EHPAD et la promotion des conditions d'exercice.	Conseil départemental Conseil régional SAAD EHPAD	2020
Lancer une expérimentation avec 10 SAAD sur le secteur géographique prioritaire.	Conseil départemental SAAD Porteurs de projet	2021

ENJEU : DIVERSIFIER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PERSONNES AGEES

Action n°22 : organiser une offre d'accompagnement plus diversifiée entre le domicile et l'établissement		
Contexte		
<p>Le souhait des personnes âgées est de vivre le plus longtemps possible à leur domicile. Toutefois, lorsque le domicile n'est plus adapté (retour d'hospitalisation ou augmentation du niveau de dépendance de la personne par exemple), plusieurs possibilités apparaissent pour la personne âgée : résidences autonomie, résidences services, familles d'accueil, EHPAD. Aujourd'hui, les offres de services dites « classiques » (résidences autonomie, EHPAD) ne sont plus parfaitement adaptées à l'évolution des besoins des personnes et à leur souhait de bénéficier de prestations d'accompagnement à domicile.</p> <p>A l'autre bout de la chaîne, on constate que les unités de soins de longue durée (USLD) se vident progressivement car les personnes sont orientées vers les EHPAD, modifiant ainsi leur offre de service et aussi leur image.</p> <p>De nouvelles offres de services sont alors à construire en mobilisant l'ensemble des ressources médico-sociales d'un territoire.</p>		
Objectifs		
Diversifier les offres d'accompagnement pour les personnes âgées, du domicile à la structure d'hébergement médico-sociale, tout en continuant d'accompagner les établissements dans l'amélioration de la qualité des services rendus aux résidents.		
Pilote	Partenaires participant à l'action	
Conseil départemental	ARS Etablissements et services médico-sociaux Communes et intercommunalités	
Modalités de mise en œuvre	Qui ?	Quand ?
Mettre en place un dispositif d'accueil de jour itinérant : <ul style="list-style-type: none"> • Appel à projet. • Ouverture du dispositif d'accueil de jour itinérant. 	Conseil départemental ARS	2019
Réfléchir au modèle de l'EHPAD de demain comme plateforme de services : <ul style="list-style-type: none"> • Services de soins aux résidents et à la population (télémédecine, SSIAD, lien avec l'hôpital et la médecine de ville...). • Services de vie sociale (restauration, animation, événement... ouverture des PASA, pour faciliter les entrées des nouveaux résidents). • Services d'aide aux aidants (répit, accueil de jour, hébergement temporaire, accueil de nuit, accueil d'urgence). 	Conseil départemental ARS EHPAD	2020
Définir une stratégie de programmation territoriale pour les	Conseil	2019

résidences autonomie et les EHPAD.	départemental Résidences autonomie ARS	
Enrichir l'offre en accueil familial avec des possibilités d'hébergement temporaire.	Conseil départemental	2019
Points de vigilance		
<p>Besoin d'une visibilité des crédits sanitaires pour accompagner l'augmentation des besoins des personnes très dépendantes.</p> <p>Volonté des acteurs de construire des offres de services intégrés.</p>		
Indicateurs d'évaluation et de suivi		
<p>Mise en place du dispositif d'accueil de jour itinérant.</p> <p>Nombre de conventions signées.</p> <p>Nombre de places nouvelles en résidences autonomie.</p>		

DOCUMENT 8

« Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi ! »

Rapport d'information n° 453 (2020-2021) de M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 17 mars 2021 (extraits)

(...)

À L'ÉCHELON LOCAL : ORGANISER L'OFFRE DE SOLUTIONS AUPRÈS DES USAGERS

1. Centraliser l'offre d'information et d'accompagnement des personnes

a) L'information des personnes

D'abord, les réseaux d'information des usagers sont éclatés. Ceux-ci peuvent en effet se tourner vers les services de leur département. Ils peuvent également s'adresser à leur agence départementale pour l'information sur le logement (ADIL), qui apporte au public un conseil gratuit, neutre et personnalisé sur toutes les questions relatives au logement et à l'urbanisme. (...)

S'agissant de l'information relative aux dispositifs techniques d'adaptation des logements, les usagers sont plutôt renvoyés vers les centres d'information et de conseil en aide technique (Cicat), qui proposent souvent des salles d'exposition et de test des matériels. Du moins, lorsqu'ils en disposent à proximité, car ces centres, qui ont été jusqu'à 35 sur le territoire, ne sont plus que 22, implantés dans 21 départements. Des projets de création sont cependant en cours dans d'autres départements comme l'Ille-et-Vilaine ou l'Oise. (...)

Les usagers peuvent certes se tourner vers des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), que la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a confiés aux départements. La mission des CLIC est très large, puisqu'ils peuvent fournir à l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans des réponses préventives et opérationnelles sur le passage à la retraite, l'accès aux droits, l'accessibilité du logement et des transports, la vie sociale, culturelle et sportive, et peuvent même se voir attribuer un rôle d'évaluation des besoins et d'élaboration et de suivi d'un plan d'aide personnalisé.

Le constat fait par la Cour des comptes en 2016 est cependant toujours valable : les plus de 600 CLIC forment un large filet sur le territoire mais ses mailles ont des tailles variables puisque l'Indre ou le Loir-et-Cher n'ont qu'un CLIC chacun, tandis que la Dordogne ou la Marne en comptent chacun neuf.

En toute hypothèse, la mission d'information générale gagnerait à être plus précisément définie. Le code de l'action sociale et des familles dispose aujourd'hui que « *les personnes âgées et leurs familles bénéficient d'un droit à une information sur les formes d'accompagnement et de prise en charge adaptées aux besoins et aux souhaits de la personne âgée en perte d'autonomie, qui est mis en œuvre notamment par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, par les départements et par les centres locaux d'information et de coordination* »^{91(*)} et que le département « *détermine les modalités d'information, de conseil et d'orientation du public sur les aides et les services relevant de sa compétence* »^{92(*)}.

La répartition des compétences, qu'il conviendrait de redécouper au profit des acteurs de proximité que sont les départements et les communes et leurs CCAS, devra ainsi être précisée.

Proposition : généraliser et unifier les réseaux d'information des usagers sur tout le territoire, sous la responsabilité des départements.

b) L'organisation de l'accompagnement

Une structure de proximité, à l'instar des MDPH créées par la loi de 2005 pour les personnes handicapées, apparaît ainsi indispensable, non seulement pour l'information de premier niveau, mais encore pour l'ouverture des droits et l'accompagnement des personnes. Le bon échelon d'exercice d'une telle responsabilité semble devoir être le département, en lien avec les communes et les CCAS. (...)

Les compétences du département ne sont pour l'instant, ni dans leur substance ni dans leurs relations à celles des autres acteurs, pas très précisément définies. Elles sont écrites à l'article L. 113-2 du code de l'action sociale et des familles tel que modifié par la loi ASV(...). Cet article dispose que le département :

- « définit et met en oeuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants » et « coordonne, dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, les actions menées par les différents intervenants » ;

- « coordonne, dans le respect de leurs compétences, l'action des acteurs chargés de l'élaboration et de la mise en oeuvre des politiques intéressant les conditions de vie des personnes âgées, en s'appuyant notamment sur la conférence des financeurs » ;

- « veille à la couverture territoriale et à la cohérence des actions respectives des organismes et des professionnels qui assurent des missions d'information, d'orientation, d'évaluation et de coordination des interventions destinées aux personnes âgées », notamment les CLIC et les MAIA ;

- « peut signer des conventions » avec l'ARS, les organismes de sécurité sociale ou tout autre intervenant en faveur des personnes âgées pour « assurer la coordination de l'action gériatrique », conventions qui « peuvent également porter sur la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées, ainsi que sur le soutien et la valorisation de leurs proches aidants ».

L'ambiguïté entre la décision et la coordination, l'imprécision de sa mission de coordination, le caractère peu normatif de l'alinéa relatif au conventionnement ne contribuent guère à l'efficacité de la politique de prévention à l'échelon le plus essentiel, celui de proximité avec les usagers et leurs familles qui, d'après nos retours d'expérience, s'adressent en premier lieu aux collectivités de proximité lorsque leur proche a besoin d'accompagnement.

Les rapporteurs, favorables à un scénario dans lequel le département deviendrait l'interlocuteur de gestion unique pour l'ensemble de l'offre, appellent ainsi de leurs voeux **la généralisation du modèle des maisons départementales de l'autonomie (MDA) pour simplifier les démarches des usagers, à l'instar de la première maison labellisée par la CNSA, la MDA de la Mayenne.**

La maison départementale de l'autonomie de la Mayenne

La MDA de la Mayenne regroupe depuis 2014 les services départementaux relatifs aux personnes âgées, la MDPH, les CLIC et les MAIA. En 2019, elle comptait 108 collaborateurs et 5 agents mis à disposition, soit un total de 113 agents, dont 80 du conseil départemental et 28 du GIP MDPH, auxquels s'ajoutent 5 agents mis à disposition par d'autres administrations.

En matière d'information, la MDA a ainsi mis un guichet unique à la disposition des personnes âgées et des personnes handicapées. Douze antennes à Craon, Renazé, Ernée, Gorron, Meslay-du-Maine, Grez-en-Bouère, Loiron, Evron, Villaines-la-Juhel, Mayenne, Château-Gontier et Laval assurent l'accueil physique des personnes, en complément de l'accueil téléphonique.

En matière d'ouverture des droits, le rapprochement des services d'accompagnement des personnes âgées avec la MDPH permet un traitement plus complet des dossiers, l'aide-ménagère étant par exemple proposée au bénéficiaire de la PCH qui en remplit les critères. Des

partenariats avec la Carsat et la MSA permettent le dépôt d'une demande unique auprès d'une caisse, par exemple de la carte mobilité inclusion.

En matière d'accompagnement, le regroupement des services départementaux des personnes âgées, des CLIC de niveau 3 et des MAIA permet de proposer aux personnes une aide graduée selon les besoins.

La généralisation des MDA ne méconnaîtrait pas le principe de libre administration des collectivités territoriales, mais devrait être imposée aux départements que par la loi. Le rapport Vachey envisage trois hypothèses juridiques pour leur extension sur le territoire : des MDA généralisées sous statut de groupement d'intérêt public (GIP), comme les MDPH, des MDA intégrées aux services du département, et des MDA sous forme d'établissements publics administratifs. Écartant la solution du GIP, il plaide pour des établissements publics présidés par le département et au conseil d'administration desquels siègeraient l'ARS, l'État et les associations représentant les usagers.

Propositions : redéfinir la compétence du département en matière médico-sociale, notamment pour le rendre responsable du maintien à domicile des personnes, préciser l'articulation de son action avec les communes et les CCAS d'une part, et les ARS d'autre part, et lui confier l'organisation des visites de prévention à 75 ans.

Généraliser les maisons départementales de l'autonomie sur tout le territoire pour faciliter la prise en charge des personnes.

2. Le fonctionnement des conférences des financeurs

Le fonctionnement des conférences des financeurs appelle à ce stade quelques observations, que la mission tire de ses échanges avec la CNSA.(...)

· **Le phasage des financements pourrait être repensé.** La fonction d'effet de levier est propice au soutien de projets ponctuels, mais moins au développement d'une activité pérenne par des acteurs bien identifiés, éléments indispensables pour réduire le non-recours.

Fixant de façon pluriannuelle des axes prioritaires de financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie, en cohérence avec les priorités dégagées au niveau national, un programme glissant sur trois ans, mis à jour chaque année, faciliterait le soutien pérenne aux projets et donnerait de la visibilité aux départements sur les financements.

· **Les projets financés ne sont pas forcément évalués.** La place pour l'évaluation des projets financés n'est pas suffisante, faute de moyens humains pour le faire. Dans le meilleur des cas, un bilan quantitatif est demandé aux porteurs de projets pour chaque action financée et alimente le rapport d'activités fourni à la CNSA au 30 juin de chaque année. L'amélioration de son fonctionnement par l'intégration d'experts, désignés conjointement par le président et le vice-président de la conférence, pourrait être envisagée.(...)

· **Enfin, le tour de table pourrait être opportunément élargi** à d'autres acteurs concourant aux actions de prévention de la perte d'autonomie, tels Action logement ou bien les services déconcentrés du ministère des sports, **afin de transcrire sur le terrain les priorités décidées au niveau national.** Pour l'heure, chaque partenaire se contente de s'engager à suivre les recommandations émises au niveau national. La convention d'objectifs et de gestion liant la CNAV à l'Etat promet par exemple de mettre à disposition des conférences le référentiel des sept programmes de prévention élaborés à partir des travaux menés avec Santé publique France, afin de garantir égalité de traitement et qualité de service.

Proposition : améliorer le fonctionnement des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie en rationalisant le nombre d'axes de financement, en permettant le soutien pluriannuel des projets, en articulant mieux ses objectifs aux priorités définies nationalement.

Les résidences autonomie, pour qui ?

Pour-les-personnes-agees.gouv.fr - 21 avril 2021

Les résidences autonomie sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif. Le coût du logement y est modéré. Leurs prix sont affichés dans l'annuaire du portail.

Les résidences autonomie (ex logements-foyers) comportent à la fois des logements individuels et privatifs et des espaces communs dédiés à la vie collective. Elles sont souvent construites au cœur des villes à proximité des commerces, des transports et des services.

A qui s'adressent les résidences autonomie ?

Les résidences autonomie sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles (à cause d'une baisse de revenus, de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...). Les résidences autonomie accueillent les personnes seules ou les couples.

Vivre dans une résidence autonomie permet de :

- continuer à **vivre de manière indépendante** ;
- bénéficier d'**un environnement plus sécurisé** ;
- **utiliser des services collectifs** : restauration, ménage, animations... ;
- avoir un **loyer modéré**.

Les résidences autonomie ne sont pas, en principe, destinées à recevoir des personnes qui ont besoin de soins médicaux importants ou d'une assistance importante dans les actes de la vie quotidienne.

Les soins médicaux et les soins courants des résidents sont réalisés le plus souvent par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), infirmiers libéraux...). Dans certaines résidences autonomie, du personnel médical est présent sur place comme des aides-soignants ou des infirmiers.

Les critères d'admission sont les suivants :

- **avoir un niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 5 ou 6**. Il est possible d'être admis en GIR 4 à condition que la résidence autonomie ait signé une convention avec :
 - d'une part un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes),
 - et d'autre part un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) ou un SPASAD (service polyvalent d'aide et de soins à domicile) ou un centre de santé ou un professionnel de santé.
- **avoir plus de 60 ans** (une dérogation est possible pour les personnes âgées de moins de 60 ans et les personnes en situation de handicap, mais dans des proportions limitées).(...)

Comment fonctionnent les résidences autonomie ?

Les résidences autonomie sont composées d'appartements privatifs et d'espaces communs partagés par les résidents (salle d'animation, salle de restaurant...). Elles accueillent en moyenne une cinquantaine de résidents. (...) Le fonctionnement des résidences autonomie est encadré par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ainsi que par les dispositions du Code de la construction et de l'habitation. C'est le conseil départemental qui délivre l'autorisation de fonctionnement aux résidences autonomie. Il vérifie la qualité des prestations par des évaluations régulières qui doivent être réalisées par les établissements.

Combien ça coûte ?

Les résidences autonomie (ex-logements-foyers) ont **une vocation sociale**. Le coût des loyers est donc modéré.

La facture se décompose en différentes parties :

- le loyer ou redevance,
- les charges locatives,
- les frais liés aux prestations incluses (par exemple la prestation de restauration, en fonction du système proposé),
- les frais liés aux prestations facultatives (par exemple les sorties extérieures). (...)

Quelles aides publiques ?

Les résidents des résidences autonomie (ex-logements-foyers) peuvent bénéficier de :

- l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile,
- aides au logement,
- l'ASH (aide sociale à l'hébergement) si la résidence autonomie est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement.

L'attribution de ces aides dépend de deux critères :

- des ressources pour l'APA, l'aide au logement et l'ASH,
- le niveau de perte d'autonomie pour l'APA.

Ces aides peuvent se cumuler.

(...)

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 a créé un forfait autonomie attribué aux résidences autonomie afin qu'elles organisent des actions de prévention de la perte d'autonomie.

Le décret du 27 mai 2016 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement définit précisément sur quoi portent les actions financées par le forfait autonomie :

- le maintien ou l'entretien des facultés physiques, cognitives, sensorielles, motrices et psychiques
- la nutrition, la diététique, la mémoire, le sommeil, les activités physiques et sportives, l'équilibre et la prévention des chutes
- le repérage et la prévention des difficultés sociales et de l'isolement social, le développement du lien social et de la citoyenneté
- l'information et le conseil en matière de prévention en santé et de l'hygiène
- la sensibilisation à la sécurisation du cadre de vie et le repérage des fragilités.

Ces actions de prévention peuvent être des actions individuelles ou collectives.

Ce financement, apporté par le conseil départemental, permet aux résidences autonomie de rémunérer du personnel ou des intervenants extérieurs chargés de mettre en place des actions de prévention ou d'accueillir un jeune en service civique. (...)

PLAN DÉPARTEMENTAL SPORT SANTÉ BIEN-ÊTRE 2020 - 2024



PRÉAMBULE

Lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées est un enjeu de santé publique. Ainsi, la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 a pour ambition de (re)mettre les Français en mouvement sur tous les territoires, de déployer des pratiques adaptées accessibles et encadrées et de faire reconnaître pleinement le rôle majeur des activités physiques et sportives pour la santé physique et mentale de chacun.

Un des enjeux principaux est de réinventer le sport pour les publics les plus éloignés de la pratique en veillant à ce qu'il contribue à l'amélioration de la santé et la prévention des maladies.

Prévenir est la ligne de conduite du Département, acteur incontournable de la santé publique sur tout le territoire des Bouches-du-Rhône. (...)

Afin de poursuivre son investissement dans les actions Sport Santé, le Département a souhaité mettre en place un plan ambitieux : **le Plan départemental Sport Santé et Bien-être 2020-2024**, successeur du Plan départemental Sport Santé et Bien-être 2017-2020. Il implique directement les acteurs du Sport Santé, des communes, du mouvement sportif et de la médecine du sport. Il s'adresse aux personnes en situation de handicap, aux personnes sédentaires, aux personnes souffrant de maladie chronique et/ou en affection de longue durée et aux personnes du Bel Âge. (...)

Ce plan comporte 3 objectifs principaux :

- ☒ Renforcer l'animation du territoire en matière de prévention et d'éducation à la santé par le sport : promouvoir un mode de vie physiquement actif (...)
- ☒ Développer l'offre de pratique Sport Santé sur le territoire : préserver pour tous l'autonomie et l'espérance de vie en bonne santé
- ☒ Promouvoir et homogénéiser le Sport Santé : développer des ressources territoriales Sport Santé Bien-être et faciliter la mise en réseau des différents acteurs (mouvement sportif, usagers, professionnels de santé, milieu académique...)

QU'EST-CE QUE LE SPORT SANTÉ ?

Le « Sport Santé » recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant. Ceci conformément à la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé : physique, psychologique et sociale.

Depuis le 1^{er} mars 2017 les médecins sont habilités à prescrire aux patients souffrant d'une affection longue durée (ALD) des activités physiques selon les modalités précisées au Journal Officiel le 31 décembre 2016.

(...)

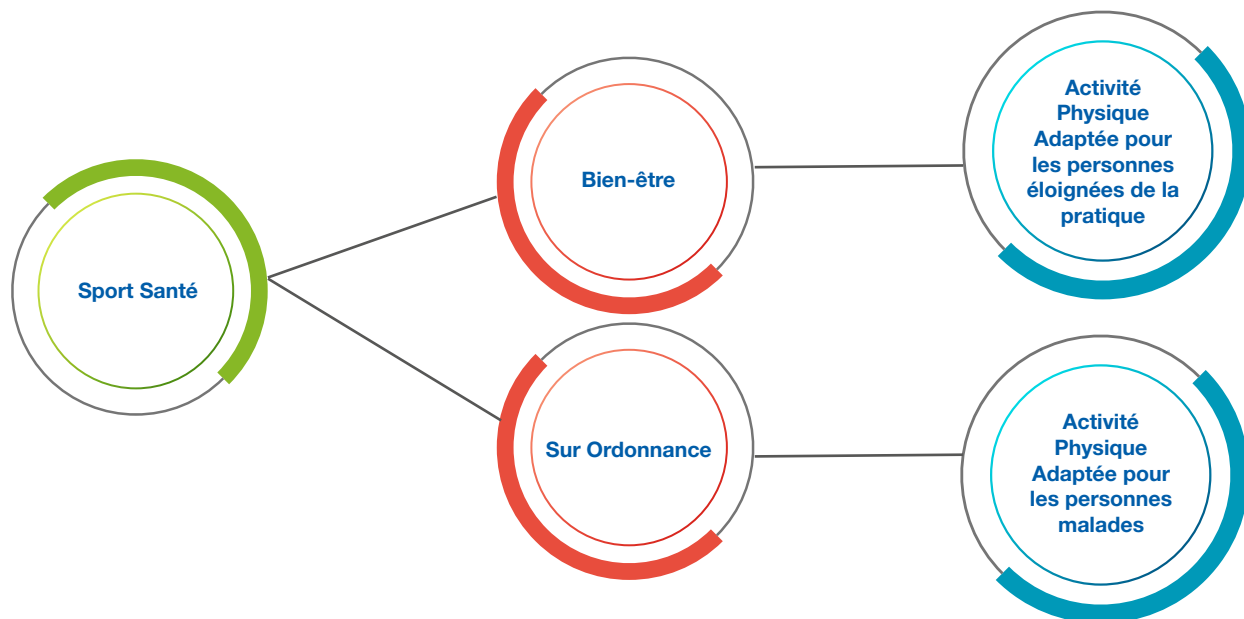
Enjeux :

46% des Français déclarent pratiquer un sport pour être en bonne santé.

En France, le coût social de prise en charge des malades en ALD s'élève à environ 90 milliards d'euros et celui des maux provoqués par la sédentarité à 17 milliards d'euros (source : Le Monde, 30/01/2019 « Le Sport Santé en attente d'une stratégie nationale »).

La pratique d'activités physiques ou sportives contribue au maintien de la santé chez le sujet sain dans le cadre de la prévention primaire. Elle contribue aussi chez les personnes vivant avec une maladie chronique non transmissible à améliorer l'état de santé. Mais permet aussi de prévenir l'aggravation et/ou la récurrence de ces maladies chroniques (prévention tertiaire).

LE SPORT SANTÉ À L'HEURE ACTUELLE PEUT SE SCHÉMATISER DE LA MANIÈRE SUIVANTE :



STRATÉGIE DU DÉPARTEMENT

Les objectifs principaux de ce plan sont :

- ❑ Préserver pour tous l'autonomie et l'espérance de vie en bonne santé
- ❑ Promouvoir un mode de vie physiquement actif dès le plus jeune âge
- ❑ Renforcer l'animation du territoire en matière d'éducation à la santé par le sport
- ❑ Accompagner le mouvement associatif dans la mise en œuvre d'actions de prévention
- ❑ Développer des ressources territoriales Sport Santé Bien-être et faciliter la mise en réseau plus systématique entre les acteurs concernés (professionnels de santé, secteur social, sportif, usagers, collectivités...), tout en garantissant un accès de proximité à l'ensemble de la population des Bouches-du-Rhône.

(...)

Un enjeu transversal et territorial

La vision française du vieillissement s'est longtemps résumée à la perte d'autonomie et à la dépendance. De fait, les politiques publiques étaient orientées sur l'offre des soins, les hébergements dédiés et l'aide à domicile. Face au constat d'une société qui vieillit notablement et va continuer à vieillir, certaines collectivités locales se sont progressivement engagées dans des programmes d'action beaucoup plus ouverts et transversaux. Depuis la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, l'Etat porte également une approche globale du vieillissement qui intègre notamment les questions de prévention, de lutte contre l'isolement, de nouvelles formes d'habitat et de solidarités familiales.

L'enjeu pour les territoires consiste à relever le **double défi** du « **mieux vivre individuel** » et du « **vivre ensemble tous âges confondus** ». En effet, il s'agit à la fois de répondre à l'attente de 83 % des Français qui souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible¹¹, et de faire en sorte que tous les âges puissent vivre sur un même territoire, en s'y rencontrant pour faire véritablement société. Dans cette optique, l'idée de « **territoires favorables au vieillissement** »¹², notamment portée par Luc Broussy dans son rapport pour la Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population¹³, se développe.

Elle se matérialise en général par la création ou l'adaptation de petits programmes immobiliers sur un périmètre restreint où se regroupent des commerces et des services de proximité, des transports en commun, des équipements publics (notamment en matière de santé) et des espaces verts.

6 - Revenus de l'année 2011 calculés, pour une unité de consommation, hors impôts et prestations sociales <http://www.comparateur-territoires.fr/revenus-personnesagees/>

7 - Insee. « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes ». Insee première. Numéro 1687. Février 2018 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>

8 - Villes et vieillir. Partenariat de projet entre l'Institut des villes, la Fondation de France et la Fédération nationale des agences d'urbanisme. Séminaire de Longwy, décembre 2003. http://framework.agevillage.com/documents/old_images/AgeNet/upload/documentation/IDV_doc01.pdf

9 - France Bénévolat. « L'engagement bénévole des seniors, une implication réfléchie ». 2015. <https://www.francebenevolat.org/documentation/edition-2015-etude-l-engagement-benevole-des-seniors-une-implication-reflechie>

10 - Insee. « Trente ans de vie associative ». Insee première. N°1580. Janvier 2016. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908144>

11 - CSA, Fédération des particuliers employeurs de France. Le domicile, un enjeu citoyen. 2016. <https://www.csa.eu/fr/survey/le-domicile-un-enjeu-citoyen>

12 - Cf. partie « Des exemples inspirants » : « Rennes, territoire favorable au vieillissement ».

Un quartier intergénérationnel à Pulnoy

Dès le début des années 2000, Pulnoy (54), commune périurbaine de 4 712 habitants située près de Nancy, imagine, avec l'agence de développement et d'urbanisme de l'aire urbaine nancéienne, un quartier intergénérationnel afin d'accueillir les personnes vieillissantes sans les isoler. Le quartier des Sables, à proximité du bourg, propose une offre d'habitat mixte et pour partie adaptée avec 260 logements individuels ou collectifs, une résidence ser-

vices pour personnes âgées, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), un centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles pour les personnes désorientées, un centre d'animation communal et une crèche. Le lien avec le centre-ville est assuré par des cheminements piétonniers et cyclables. La place de la voiture est limitée. Les espaces verts de l'Ehpad et du Cantou, ouverts en journée à la population locale, ainsi que le centre d'animation permettent aux personnes hébergées de maintenir des liens avec la communauté environnante.

Habitat intégré, service solidaire regroupé, dans l'Ain

Dans le cadre de son second schéma départemental en faveur des personnes âgées et de l'autonomie 2013-2018, le conseil départemental de l'Ain a engagé une réflexion sur les modes d'accueil alternatifs entre domicile et établissement médicalisé à destination des personnes âgées. En 2013, le Département a ainsi lancé, auprès des bailleurs sociaux, des collectivités et des associations d'aides à domicile, l'appel à expérimentation « habitat intégré service solidaire regroupé ». L'objectif était de construire, en centre-ville, ou au centre d'un village, à proximité des activités de services, de petits appartements réservés aux seniors, intégrés dans un ensemble

immobilier plus large, les résidents pouvant bénéficier, en fonction de leurs besoins et envies, de services d'aide à domicile et de services d'animation. Les neuf programmes retenus et financés par le conseil départemental reposent sur un partenariat entre une commune ou une communauté de communes, un bailleur social et une association d'aide à domicile. Le foncier est gracieusement mis à disposition par la commune au bailleur qui a en charge la construction des logements. L'association d'aide à domicile se charge de l'entretien des parties communes, des éventuelles aides individuelles et du projet socio-gérontologique (animations collectives).