



*Nous n'avons volontairement pas corrigé les imperfections de forme qui peuvent apparaître dans chaque copie.*

## Concours externe

4<sup>ème</sup> épreuve d'admissibilité : Questions sociales

Meilleure copie

Note : 17,5/20

Le XX août 2018

Note à l'attention du  
cabinet de la ministre  
des solidarités et de la Santé

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement vise à prendre la mesure du caractère transversal des changements démographiques à venir.

Ils réinterrogent en effet l'ensemble de nos choix en matière de prise en charge de la perte d'autonomie et du vieillissement

Dans cette perspective, la présente note :

- Présente les principes, orientations récentes et limites des politiques menées en la matière ;
- Propose trois axes d'orientation à développer :
  - à court terme, améliorer la prise en charge des personnes âgées dans les EHPAD ou à domicile.
  - à moyen terme, adapter les politiques en place à la diversité des situations et aspirations des personnes âgées
  - à plus long terme, réaffirmer le choix d'une prise en charge publique et réformer son pilotage.

I – Le triple choix d'une prise en charge publique, décentralisée et distincte du handicap de la perte d'autonomie n'est pas fondamentalement remis en cause par les limites qu'elle rencontre actuellement.

A – Le modèle français de la prise en charge de la perte d'autonomie repose sur trois piliers : son caractère public et universel, décentralisé et distinct du handicap malgré une certaine proximité.

1) La prise en charge de la perte d'autonomie et du vieillissement repose en premier lieu sur son caractère public et universel.

L'article L-113-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que «toute personne âgée de 65 ans privée de ressources suffisantes : bénéficiaire, soit d'une aide à domicile, soit d'un accueil chez des particuliers ou dans un établissement».

Ce droit est mis en œuvre par la création en 2001 de l'Allocation personnalisée d'autonomie, qui remplace la prestation spécifique dépendance jugée inadaptée. Celle-ci, en plus d'être récupérable sur succession, ne prenait en charge la perte d'autonomie des personnes âgées que de GIR 1 à 3.

L'APA se caractérise :

- par une prise en charge des personnes âgées de GIR 4 cas le plus fréquent, ce qui élargit considérablement son champ.
- par sa division en deux types, selon qu'elle finance une prise en charge à domicile ou le tarif «dépendance» des établissements d'accueil
- par son caractère universel mais modulé en fonction des ressources de la personne âgée ; qui se manifeste notamment par un ticket modérateur en établissement.

Ce choix correspond à l'enjeu démographique du vieillissement de la population : 31,1% de la population aura 60 ans ou plus en 2030.

Il convient enfin de rappeler le rôle du système de retraites dans la prise en charge du vieillissement et de la perte d'autonomie. Il a largement contribué à la baisse du taux de pauvreté des personnes âgées, aujourd'hui deux fois inférieur à la moyenne de la population (7,8% contre 14% à 60% du revenu médian).

2) La prise en charge de la perte d'autonomie est également décentralisée et déconcentrée, de façon cohérente avec la diversité territoriale du vieillissement.

Le département est l'acteur central de la prise en charge de l'autonomie.

- Il met en place un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale qui définit la répartition de l'offre d'établissements et de services médico-sociaux, en lien avec les ARS (cf. infra)
- Il gère (les centres locaux d'information et de coordination (CLIC))
- Il finance l'APA, avec un concours financier de la CNSA, à hauteur de 8 Md€ et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) qui peut couvrir les frais liés au tarif «hébergement» en EHPAD.
- ses équipes médico-sociales évaluent les conditions d'éligibilité des personnes âgées à ces dispositifs.

Les ARS disposent, en lien avec les départements, de la possibilité d'agréer un établissement de prise en charge des personnes âgées. La procédure prend désormais la forme d'un appel à projet et aboutit à la conclusion, depuis la loi ASV, d'un CPO 11.

La direction générale de la cohésion sociale joue un rôle d'impulsion et de coordinateur.

La dimension locale de la prise en charge de la dépendance est cohérente avec la diversité des situations territoriales en matière de vieillissement : en 2030, 20% de la population de Seine-Saint-Denis sera âgée de plus de 60 ans contre 45,4% des habitants de la Creuse. Ces dynamiques sont par ailleurs amenées à s'accroître sous l'effet de la dynamique différente du vieillissement de la population (effet de structure) et des flux.

3) En dépit d'une certaine proximité, la politique de prise en charge de la perte d'autonomie demeure distincte de celle du handicap.

La création, en 2005, de la CNSA, avait pour but de rapprocher ces deux problématiques. La CNSA joue aujourd'hui un rôle atypique :

- de financeur : il compense en partie les départements dans leurs dépenses d'APA)
- d'organe péréquateur : il répartit l'ONDAM médico-social (près de 20MdG) entre ARS à fins de tarification
- de pourvoyeur de ressources : il dispose en effet du produit de la contribution solidarité autonomie et d'une fraction de CSG
- d'animateur et de coordinateur du réseau de MDPH (pour le handicap) et des EMS.

Le débat sur le «cinquième risque» auquel contribuait la création de la CNSA semble ne plus être à l'agenda depuis 2009.

B – Le caractère hétérogène et incomplet de la prise en charge de la perte d'autonomie a présidé à des réformes qui n'épuisent pas les insatisfactions :

1 - La compensation de la perte d'autonomie souffre d'hétérogénéités territoriales et de restes à charge persistants en dépit de réformes.

La prise en charge de la perte d'autonomie demeure hétérogène. Les pratiques départementales en matière d'octroi de l'APA sont insuffisamment coordonnées. Cela est lié à la spécificité de la CNSA, qui ne saurait, en vertu de du principe de libre administration des collectivités territoriales, exercer une forme de tutelle sur celles-ci.

→ ainsi, si le gouvernement a engagé une mise en cohérence des systèmes d'information des MDPH en 2017, le chantier n'a pas encore été ouvert, en ce qui concerne les départements et leurs équipes médico-sociales (les MDPH étant des GIP).

D'autre part, d'importants restes à charge demeurent. Ceux-ci peuvent s'expliquer de plusieurs façons :

- de nombreuses personnes âgées ne souhaitent pas bénéficier de l'ASH, celle-ci étant récupérable sur succession.
- l'APA à domicile est versée sur la base d'une analyse par les EMS, qui découle sur un plan d'aide plafonné à un certain montant.
- L'APA en établissement est assortie d'un ticket modérateur – dont sont certes exonérés les bénéficiaires de l'ASH.

La réforme de l'APA, par l'article 41 de la loi ASV, reste inaboutie et complexe à mettre en œuvre selon l'IGAS : ainsi, des comportements de sous utilisation du nombre d'heures dont disposent les personnes âgées dépendantes persistent.

2 - La prise en charge en établissement (EHPAD) souffre des conditions de travail des agents, ce qui affecte la qualité du service dispensé.

Trois dynamiques ont affecté l'offre de prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

- 1 - une hausse du nombre de places à la suite aux plans Alzheimer (2008 – 2012) et grand âge (2007 – 2012) : 728 000 résidents en EHPAD aujourd'hui pour un taux de remplissage de 98% ;
- 2 - une politique de médicalisation des établissements
- 3 - une volonté de privilégier, conformément aux souhaits exprimés par une majorité de personnes âgées dépendantes, le maintien à domicile.

Ainsi ont été promus

- l'offre de services infirmiers à domicile (SSIAD)
- les accueils de jour
- les «résidences autonomie», qui offrent une plus grande liberté aux habitants

En conséquence, 7 personnes âgées sur 10 vivent encore chez elles.

Le malaise des personnels soignants, qui s'explique par le non respect des normes de la HAS relatives à l'encadrement des personnes âgées (Sénat, 2018), peut également conduire à des phénomènes de maltraitance qui font actuellement l'objet d'un plan de lutte. La réforme de la tarification, décidée par la loi ASV, fait par ailleurs courir le risque de faire des établissements perdants – parmi le public essentiellement, à hauteur de 20%, ce qui pourrait accroître le malaise des personnels.

Il – L'adaptation de notre société aux défis de la perte d'autonomie suppose d'adapter la prise en charge des personnes âgées à la diversité de leurs situations et aspirations, tout en réaffirmant les principes fondamentaux qui doivent y présider.

3 Axes doivent être poursuivis :

A – Faire évoluer la situation dans les EHPAD à court terme, avant de réorienter à moyen terme l'offre de prise en charge vers une meilleure prise en compte des parcours et des aspirations de chacun.

① - A court terme, il est nécessaire d'améliorer la situation dans les EHPAD. Plusieurs pistes peuvent être proposées.

- donner un caractère opposable aux références de la HAS en matière d'encadrement minimal. Cela dépendra de la volonté politique de consacrer un budget plus important au personnel, dans le cadre de la négociation budgétaire.

- lisser dans le temps les effets de la réforme pour les établissements «perdants», tout en réaffirmant le caractère nécessaire de cette réforme compte tenu des inconvénients du système antérieur.

- accélérer la production de référentiels de bonnes pratiques ; en particulier en matière de maltraitance, accentuer la fréquence des contrôles dans les établissements «à risque» - ce que le développement d'outils de data mining, en collaboration avec la DITP, pourrait permettre à plus longue échéance.

② - Adapter l'offre à la diversité des parcours et aspirations des personnes âgées dépendantes. A Cet égard, il convient :

- de recentrer l'EHPAD sur la dépendance la plus lourde.

Cela suppose de développer l'offre de services à domicile. A terme, si les résultats sont concluants, il sera possible de généraliser la mise en place des SPASAD

- il convient également de développer l'offre de résidences autonomie et d'accueils de jour, qui correspondent au développement d'une logique de parcours de la personne âgée dépendante. Cela pourrait impliquer, à plus long terme, de renforcer la coordination entre les outils de planification à la main de l'ARS (notamment le PRS – et ceux du département, pour un meilleur pilotage de l'offre. Cela est d'autant plus souhaitable que ces derniers ont désormais un pouvoir d'agrément sur les SAAD.

③ Développer la thématique du «mieux vieillir». A cette fin, peuvent être proposées les pistes suivantes :

- définir une stratégie relative aux aidants en veillant au caractère effectif du droit au répit.

- mettre l'accent sur la prévention en sécurisant les financements des nouvelles Conférences départementales de la prévention de la perte d'autonomie sous l'égide de la CNSA. Il conviendrait d'articuler son action avec les plans de santé publique dirigés par la DES.

- favoriser l'engagement des jeunes vers des actions de solidarité intergénérationnelle, en réservant par exemple un contingent obligatoire à flécher dans le cadre du service civique.

- équiper les EHPAD d'outils numériques, ce qui aurait le double avantage de favoriser le déploiement de la télémédecine et de permettre aux personnes âgées de développer de nouvelles compétences et centres d'intérêt.

## B - Réaffirmer le choix d'une prise en charge universelle et publique tout en luttant contre le reste à charge.

### ① Lutter contre le reste à charge doit demeurer une priorité.

- à moyen terme, il est nécessaire de réarticuler l'ensemble des revenus de remplacement et des exonérations / avantages fiscaux dont disposent les personnes âgées. Cela doit être intégré dans la réflexion actuelle du gouvernement sur les minimas sociaux et pourrait donner lieu à un groupe de travail qui examinerait, par exemple, l'hypothèse :

- d'une fusion entre APA1 et APA2 et ASH, dans un tarif dépendance / hébergement unique
  - d'une prise en charge par l'assurance maladie du tarif «dépendance»
- améliorer l'information en impliquant les CARSAT

### ② Le caractère public et universel doit être conservé

L'idée d'une assurance privée semble devoir être écartée, moins par principe que souci d'efficacité : les phénomènes d'antiselection paraissent exclure cette hypothèse si la prise en charge privée du risque dépendance n'était pas rendue obligatoire.

En revanche, demeure la nécessité de trouver de nouvelles ressources : il faudrait à cet égard, envisager la possibilité d'une réaffectation de la CRDS après extinction de la dette sociale ou d'une montée en puissance de la CSA.

## C – Encourager de nouvelles synergies avec le handicap

Celles-ci pourraient, si l'expérience est concluante, généraliser l'idée de maisons départementales de l'autonomie et affermir le pilotage de la CNSA en la matière.